

# Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería



**DIF**  
SISTEMA NACIONAL  
PARA EL DESARROLLO  
INTEGRAL DE LA FAMILIA



**SEMAR**

**SEDENA**

**SALUD**





# **Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería**

## **Coordinación del proyecto**

### **María Elena Galindo Becerra**

*Subdirectora de la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.*

*Secretaría de Salud.*

*Secretaría Técnica de la Comisión Permanente de Enfermería.*

megalindo@salud.gob.mx

### **María de Jesús Posos González**

*Coordinadora Normativa de la Dirección de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.*

*Secretaría de Salud.*

maria.posos@salud.gob.mx

## **Revisó y Autorizó**

### **Juana Jiménez Sánchez**

*Directora de Enfermería de la Dirección General de Calidad y Educación en Salud.*

*Secretaría de Salud.*

*Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería.*

comisionenfermeria@salud.gob.mx

juanita.jimenez@salud.gob.mx

## **Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería**

Primera edición: ISBN: 978-607-460-218-0

D.R. © Secretaría de Salud 2012

Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud

Dirección General de Calidad y Educación en Salud

Homero 213 piso 13 Colonia Chapultepec Morales.

Delegación Miguel Hidalgo C.P. 11570 México D.F.

*Esta publicación tiene fines didácticos y de investigación científica acorde con lo establecido en el artículo 148 y análogos de la Ley Federal del Derecho del Autor.*

Impreso y hecho en México

Printed and made in Mexico

# Directorio

**Salomón Chertorivski Woldenberg**

*Secretario de Salud*

**Germán Fajardo Dolci**

*Subsecretario de Integración y Desarrollo del Sector Salud*

**Pablo Kuri Morales**

*Subsecretario de Prevención y Promoción de la Salud*

**Laura Martínez Ampudia**

*Subsecretaria de Administración y Finanzas*

**David García-Junco Machado**

*Comisionado Nacional de Protección Social en Salud*

**Mikel Andoni Arriola Peñalosa**

*Comisionado Federal para la Protección contra Riesgos Sanitarios*

**José Meljem Moctezuma**

*Comisionado Nacional de Arbitraje Médico*

**Romeo Sergio Rodríguez Suárez**

*Titular de la Comisión Coordinadora de los Institutos Nacionales de Salud y Hospitales de Alta Especialidad*

**Miguel Limón García**

*Titular de la Unidad Coordinadora de Vinculación y Participación Social*

**Francisco Caballero García**

*Titular de Análisis Económico*

**Guillermo Govea Martínez**

*Coordinador General de Asuntos Jurídicos y Derechos Humanos*

**Carlos Olmos Tomasini**

*Director General de Comunicación Social*

**Francisco Hernández Torres**

*Director General de Calidad y Educación en Salud*

**Juana Jiménez Sánchez**

*Directora de Enfermería y Coordinadora General de la Comisión Permanente de Enfermería*



# Índice

1. Atención básica al paciente hospitalizado	<b>13</b>
2. Alteraciones respiratorias del paciente neonato	<b>23</b>
3. Asma bronquial	<b>33</b>
4. Detección temprana de cáncer de mama	<b>45</b>
5. Cirugía ambulatoria	<b>55</b>
6. Dengue clásico en niños	<b>69</b>
7. Dengue clásico en adultos	<b>93</b>
8. Dengue hemorrágico	<b>105</b>
9. Diabetes mellitus	<b>115</b>
10. Hipertermia	<b>127</b>
11. Histerectomía	<b>131</b>
12. Incontinencia urinaria en el adulto mayor	<b>139</b>
13. Influenza A(H1N1)	<b>153</b>
14. Leucemia en paciente pediátrico	<b>175</b>
15. Mastectomía	<b>191</b>
16. Perioperatorio	<b>199</b>
17. Preeclampsia	<b>227</b>
18. Prevención de caídas	<b>241</b>
19. Prevención de UPP	<b>247</b>
20. Prevención de dengue	<b>257</b>
21. Polifarmacia	<b>267</b>
22. Quimioterapia en el paciente pediátrico	<b>275</b>
23. Salud reproductiva I.L.E.	<b>287</b>
24. Traqueostomía	<b>301</b>
25. Úlceras por presión	<b>309</b>



# Introducción

El *Catálogo Nacional de Planes de Cuidado de Enfermería*, es una herramienta metodológica que permitirá guiar la práctica de enfermería e impulsar al profesional a realizar un cuidado integral, holístico, especializado, individualizado y de alta calidad a la persona sana o enferma, familia y comunidad en cualquiera de los tres niveles de atención a la salud.

En esta primera edición, cada uno de los 25 planes de cuidado de enfermería que compone el catálogo, está estructurado con la metodología incluida en el *Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería*, elaborado y difundido previamente el cual, constituye una herramienta accesible y de fácil manejo por el personal de enfermería.

En el interior del Catálogo encontrará el desarrollo de cada plan de cuidados en el que se describen los diagnósticos de enfermería reales, potenciales, de riesgo y de salud clasificados en la North American Nursing Diagnosis Association (por sus siglas en inglés NANDA), resultados de enfermería Nursing Outcomes Classification (por sus siglas en inglés NOC) que son los que se espera obtener y medir objetivamente a través de indicadores y la descripción de una escala de medición tipo likert con puntuación de 1 a 5 y finalmente las intervenciones de enfermería Nursing Interventions Classification (por sus siglas en inglés NIC) con las actividades sugeridas dirigidas a solucionar o minimizar la problemática planteada en el diagnóstico.

Para darle opción al profesional de enfermería en la aplicación de cada uno de los planes de cuidado del catálogo se proponen, 99 diagnósticos de enfermería, 182 resultados, 833 indicadores, 235 intervenciones y 2329 actividades diversas.

Uno de los objetivos que se persigue con la difusión del *Catálogo de Planes*, es guiar a la estandarización del cuidado de enfermería, contribuir a la homogenización del conocimiento, garantizar la seguridad del paciente y la calidad de la atención de enfermería como una línea de acción de SICalidad.

Sin duda sabemos que el uso y utilidad que se le de a esta información será de manera ética, responsable y profesional en el saber ser y hacer del desempeño diario, confiamos en que contaremos con su colaboración para mejorar y reforzar el contenido de los mismos con la prospectiva y convicción de la mejora continua.



# Prólogo

Debido a la gran diversidad en los sistemas de trabajo del profesional de enfermería, resulta necesario establecer líneas metodológicas que permitan la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería (PLACE) con criterios unificados y homogéneos, encaminados a mejorar la calidad de la atención y seguridad del paciente.

La estandarización de los cuidados de enfermería y la institucionalización del Proceso de Atención de Enfermería (PAE) incorporan el uso de sistemas que permitan identificar el estado de salud o los problemas de la persona, familia o comunidad factibles de prevenir, resolver o reducir mediante actividades que el profesional de enfermería realice en forma independiente, elementos que la Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud ha impulsado como garantía de calidad y la disminución de eventos adversos para la atención de los pacientes en los establecimientos del Sistema Nacional de Salud y como línea de acción del Sistema Integral de Calidad (SICalidad) planteada en el Programa Sectorial de Salud 2007-2012 (PROSESA).

Los Planes de Cuidados de Enfermería se han elaborado en el seno de la Comisión Permanente de Enfermería (CPE) con la colaboración de instituciones de salud, educativas y de organismos gremiales, utilizando la metodología incluida en el Lineamiento General para la elaboración de Planes de Cuidados de Enfermería elaborado y difundido por la CPE y que constituye una herramienta accesible y de fácil empleo por el personal de enfermería.

El conjunto de elementos que nos aportan los Planes de Cuidados de Enfermería constituyen una herramienta de soporte vital para la profesión de enfermería, caracterizado por el enfoque humanístico que abarca no sólo los cuidados específicos de la patología, sino los componentes sociales, culturales y espirituales que rodean al paciente, además de la vinculación de las clasificaciones taxonómicas de Diagnósticos de Enfermería North American Nursing Diagnosis Association (por sus siglas en inglés NANDA); Clasificación de Resultados de Enfermería Nursing Outcomes Classification (por sus siglas en inglés NOC) y Clasificación de Intervenciones de Enfermería Nursing Interventions Classification (por sus siglas en inglés NIC) como un sistema propuesto para la protocolización de cuidados de enfermería, con soporte científico.

Esta primera edición del Catálogo Nacional de Planes de Cuidados de Enfermería, será una guía de uso vital para el profesional de enfermería; orientados a la toma de decisiones objetivas e incrementando en cada intervención la calidad del cuidado enfermero, sin que esto suponga, alguna limitación a la atención individualizada de cada persona; el proceso de estandarización, constituye la base para homologar los cuidados de enfermería, en una conjunción de todos sus elementos.

Las enfermeras y enfermeros de México, cuentan ahora con un instrumento de referencia para considerar la elaboración e implementación de Planes de Cuidados de Enfermería, que les permitirá encauzar sus propuestas a las necesidades particulares de sus instituciones, generando intervenciones en enfermería cada vez más seguras, y de mayor calidad para nuestros pacientes, quienes son el objeto de nuestros esfuerzos conjuntos. Indudablemente continuamos impulsando y apoyando el cambio planeado para la comunidad científica de enfermería quien constituye un factor indispensable para la salud en nuestro país.

**Dra. Maki Esther Ortiz Domínguez**

*Subsecretaria de Integración y Desarrollo del Sector Salud*

*Vicepresidenta de la Comisión Permanente de Enfermería*

# Atención básica al paciente hospitalizado

# 1

Se refiere al ingreso de una persona a una empresa institución de salud en calidad de paciente para recibir la prestación de servicios de salud la cual debe garantizar el cumplimiento de todas las normas de calidad en cada uno de los procesos y procedimientos que se realicen y se vean reflejados en la evaluación de resultados, dicho en otras palabras, en la mejora o recuperación de la salud de la persona en un determinado período de tiempo.

Durante este periodo es habitual que el paciente aumente sus niveles de ansiedad y de temor y probablemente se sienta amenazado ante lo desconocido. Por eso la importancia de brindar la información necesaria al paciente y familia para brindarle confianza garantizando su seguridad durante su estancia hospitalaria.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Nuevo Manual de la Enfermería / océano Centrum. Editorial Océano. Edición en español 2008.*

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ATENCIÓN BÁSICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Protección ineficaz</p>		<p>Mantener los signos vitales en parámetros normales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatura corporal.</li> <li>– Frecuencia del pulso apical.</li> <li>– Frecuencia cardíaca apical.</li> <li>– Frecuencia del pulso radial.</li> <li>– Frecuencia respiratoria.</li> <li>– Presión arterial sistólica.</li> <li>– Presión arterial diastólica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Proceso infeccioso, lesión neurológica, agentes lesivos, nutrición insuficiente, efectos de farmacoterapia, perfiles hematológicos anormales, etc.</p>		<p>Respuesta favorable a la medicación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Efectos terapéuticos esperados presentes.</li> <li>– Cambio esperado en los síntomas.</li> <li>– Mantenimiento de concentraciones sanguíneas y de la medicación terapéutica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Cifras de signos vitales y de coagulación alteradas, deficiencia inmunitaria, debilidad, desorientación, etc.</p>					

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

#### ACTIVIDADES

- Minimizar y eliminar los factores ambientales estresantes.
- Monitorizar periódicamente la calidad de la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio en profundidad y simetría, además de la frecuencia y los sonidos cardiacos.
- Registrar principalmente tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
- Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome la medicación si es posible.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales como: Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, etc.
- Monitorizar los pulsos periféricos, el llenado capilar, la temperatura y el color de las extremidades.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Comprobar el buen funcionamiento y la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos del paciente.
- Registrar la presencia de signos y síntomas de alguna alteración de los signos vitales.
- Registrar los valores obtenidos de la toma de signos vitales en el formato correspondiente de registros clínicos de enfermería acorde a la NOM 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

### INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA: SEGURIDAD

#### ACTIVIDADES

- Observar la presencia de alteraciones físicas o cognitivas del paciente que alteren los signos vitales.
- Minimizar riesgos del medio ambiente para disminuir el peligro y potenciar la seguridad del paciente, acorde a la normatividad institucional.
- Registrar en el formato correspondiente la información de los riesgos que presente el paciente para enterar a los miembros del equipo multidisciplinario de salud, responsables de la atención y cuidado del mismo.
- Vigilancia continua y supervisión del paciente para implementar las acciones terapéuticas necesarias.

## INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

### ACTIVIDADES

- Corroborar la fecha de caducidad en el envase del fármaco y eliminar los no utilizados o caducados, de acuerdo a la normatividad de cada institución.
- Etiquetar correctamente los medicamentos antes de ser ministrados.
- Valorar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos.
- Ayudar y asesorar al paciente a tomar la medicación.
- Seguir los cinco principios de administración de la medicación.
- Preparar los medicamentos utilizando el equipo, técnicas y lugar correcto designado, acorde a la normatividad de cada institución de salud.
- Valorar los factores que puedan impedir al paciente la administración de los fármacos tal como se han prescrito.
- Informar al paciente y a la familia acerca de las acciones esperadas de la medicación así como de posibles efectos adversos.
- Explicar al paciente el objetivo de la medicación por el método prescrito, asegurándose de que el paciente lo comprenda.
- Administrar la medicación con la técnica y vía correcta (consultar las diversas vías de administración, de acuerdo a la prescripción).
- En caso de los narcóticos y otros fármacos restringidos, seguir protocolo acorde a normatividad institucional.
- Verificar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos, así como si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
- Observar los efectos y respuesta terapéutica de la medicación en el paciente.
- Desarrollar estrategias de cuidado para controlar efectos secundarios de los fármacos (úlceras gástricas, hiperémesis, pirosis, náuseas, etc.).
- Coordinarse con el médico tratante para los cambios de la medicación de acuerdo a la respuesta terapéutica del paciente, si fuera necesario.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería la administración, cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

## INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR INHALACIÓN

### ACTIVIDADES

- Valorar la habilidad del paciente para utilizar el inhalador, tomando en cuenta la edad, estado de salud, capacidad cognitiva, etc.
- Enseñar al paciente el uso del inhalador, si fuera necesario.
- Solicitar al paciente, incline la cabeza ligeramente hacia atrás y pedirle que aspire.
- Ayudar al paciente a colocarse el inhalador en la boca o la nariz.
- Pedir al el paciente respire lenta y profundamente, con una breve pausa al final y una espiración pasiva mientras utiliza el nebulizador.
- Observar las respiraciones del paciente y realizar la auscultación pulmonar, según sea conveniente.
- Enseñar y retroalimentar la técnica de autoadministración, si es conveniente.

## INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRADÉRMICA

### ACTIVIDADES

- Elegir la aguja y la jeringa correcta según el tipo de inyección.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.
- Elegir el lugar de inyección y examinar que en la piel no haya contusiones, edemas, lesiones o decoloraciones.
- Realizar la antisepsia con una torunda alcoholada, siguiendo los principios.
- Introducir la aguja a un ángulo de entre 5 y 15°.
- Inyectar la medicación mientras se observa si se presentan pequeñas ampollas en la superficie de la piel.
- Marcar el lugar de inyección y examinarlo pasado un intervalo de tiempo considerable después de la inyección (p. ej; 48-72 horas).
- Anotar la zona y la apariencia de la piel del lugar de la inyección en el formato correspondiente.

## INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR

### ACTIVIDADES

- Verificar indicaciones y contraindicaciones de la inyección intramuscular, como: implantes, edema, masas, cicatrices, contusiones, abrasiones, infecciones, entre otros.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolleta, vial o jeringa preparada.
- Elegir el lugar más idóneo para la inyección: deltoides, vasto externo del muslo.
- Elegir la aguja y la jeringa correcta según el tipo de medicamento.
- Administrar la inyección utilizando técnica aséptica y los principios básicos.
- Aspirar antes de inyectar, si no se aspira sangre, inyectar lentamente la medicación, esperar 10 segundos después de inyectar la medicación y entonces retirar suavemente la aguja y soltar la piel. Si se llegase a aspirar sangre retirar la aguja y preparar el medicamento nuevamente.
- Presionar suavemente el sitio de inyección sin masajear.

## INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSO

### ACTIVIDADES

- Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos intravenosos para evitar la presencia de algún evento adverso.
- Preparar la concentración correcta de medicación intravenosa de una ampolla o vial.
- Verificar la colocación y permeabilidad del catéter intravenoso.
- Administrar la medicación intravenosa a una velocidad adecuada.
- Controlar el equipo intravenoso, la velocidad de flujo y la solución a intervalos regulares.
- Vigilar si se produce infiltración y flebitis en el lugar de infusión.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN NASAL

#### ACTIVIDADES

- Enseñar al paciente a limpiar las fosas nasales con suavidad antes de administrar la medicación nasal, a menos que este contraindicado.
- Ayudar al paciente a colocarse en posición supina y acomodarle la cabeza para tener expuestos los senos paranasales.
- Enseñar al paciente a respirar por la boca durante la administración de las gotas nasales.
- Colocar el gotero a un centímetro por encima de las fosas nasales e instilar el número de gotas prescrito.
- Dejar al paciente en posición supina durante cinco minutos después de administrar las gotas nasales.
- Recomendar al paciente que no debe limpiar sus fosas nasales durante los minutos posteriores a la administración.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN OFTÁLMICA

#### ACTIVIDADES

- Colocar al paciente en posición supina con el cuello ligeramente estirado y pedirle que mire hacia el techo.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival utilizando técnica aséptica.
- Ejercer una suave presión en el conducto nasolagrimal si la medicación tiene efectos sistémicos.
- Enseñar al paciente a cerrar los ojos suavemente para ayudar a distribuir la medicación.
- Enseñar y retroalimentar la demostración de la técnica de autoadministración, si es conveniente.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL

#### ACTIVIDADES

- Verificar la existencia de alguna contraindicación para la medicación oral por ej; dificultad para deglutir, náuseas, vómito, inflamación intestinal, peristaltismo disminuido, cirugía gastrointestinal reciente, disminución del nivel de conciencia, etc.).
- Mezclar los medicamentos de mal sabor con la comida o líquidos, si fuera necesario y permitido.
- Cuando se trate de medicación sublingual colocarla debajo de la lengua del paciente e indicarle que no debe deglutir la pastilla y permanecer con él hasta que se disuelva.
- Observar si presenta riesgo de posible aspiración.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ÓTICA

#### ACTIVIDADES

- Colocar al paciente en decúbito lateral exponiendo el oído que se medicara hacia arriba o sentarlo en una silla.
- Poner recto el canal auditivo tirando el pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás en niños o hacia arriba y hacia atrás en adultos.
- Instilar la medicación sujetando el cuenta gotas a un centímetro de distancia del canal auditivo.
- Indicarle al paciente que debe permanecer en la misma posición entre cinco y 10 minutos.
- Realizar una suave presión o masajear el oído con el dedo.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN RECTAL

#### ACTIVIDADES

- Valorar si se presentan señales o síntomas de alteraciones gastrointestinales por ej; estreñimiento, diarrea, sangrado, cirugía rectal, u otros.
- Valorar las condiciones del paciente para retener el supositorio.
- Ayudar a l paciente a colocarse en posición de sims, colocándolo del lado izquierdo con la parte superior de la pierna flexionada hacia arriba.
- Colocarse el guante de la mano dominante, lubricar el dedo índice y el extremo redondeado del supositorio.
- Enseñar al paciente a realizar respiraciones lentas y profundas a través de la boca para relajar el esfínter anal.
- Introducir suavemente el supositorio en el ano, más allá del esfínter anal interno y contra la pared rectal.
- Recomendar al paciente permanecer horizontal o de lado durante cinco minutos.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN SUBCUTÁNEA

#### ACTIVIDADES

- Elegir la aguja y la jeringa correctas para la medicación del paciente.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.
- Elegir el lugar de inyección que puede ser el tercio medio de la cara externa del muslo, tercio medio de la cara externa del brazo, abdomen o zona escapular de la espalda.
- Palpar el lugar de inyección seleccionado, valorar si hay edemas, masas o si encuentra blando; evitar zonas con cicatrices, contusiones, fibrosis, abrasiones o infecciones.
- Administrar la inyección utilizando técnica aséptica y los principios básicos.
- Introducir la aguja en un ángulo de 45 y 90º en función del tamaño del paciente.
- Después de la medicación, aplicar una presión suave en el sitio, evitar masajearlo.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN TÓPICA

#### ACTIVIDADES

- Valorar y determinar las condiciones de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
- Tomar la cantidad correcta de medicación tópica que se aplicará en la zona del cuerpo.
- Aplicar el fármaco tópico acorde a prescripción.
- Aplicar parches transdérmicos y medicaciones tópicas prescritas en zonas de la piel sin vellos, según sea conveniente.
- Alternar los sitios de aplicación de las medicaciones sistémicas tópicas.
- Controlar y registrar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos a la medicación.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ENTERAL

#### ACTIVIDADES

- Explicar al paciente el objetivo de la medicación por el método prescrito que puede ser por sonda nasogástrica, orogástrica o de gastrostomía).
- Preparar la medicación, por ej; triturado o mezclado con líquidos, si fuera necesario.
- Antes de administrar el medicamento, colocar al paciente en posición semifowler, si no está contraindicado.
- Comprobar la colocación del tubo mediante la aspiración del contenido gastrointestinal.
- Lavar la sonda con la cantidad correspondiente de agua.
- Extraer el émbolo de la jeringa y poner la medicación en la jeringa.
- Administrar la medicación permitiendo que fluya libremente desde el cilindro de la jeringa, utilizando el émbolo solo cuando sea necesario para facilitar el flujo.
- Limpiar la sonda con una pequeña cantidad de agua, después de administrar la medicación.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ATENCIÓN BÁSICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Dominio: 4 actividad / reposo		Clase: 5 autocuidados			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Déficit de autocuidado: baño / higiene</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Disminución de la tolerancia a la actividad y sensorial o perceptiva, dolor, limitación del movimiento, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Incapacidad para la higiene / baño y aseo personal, incomodidad, insatisfacción, mal aspecto, verbalización o expresión verbal del paciente, etc.</p>		<p>Realiza autocuidado de baño.</p> <p>Realiza autocuidado de higiene.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se baña en la regadera.</li> <li>– Se lava la parte superior e inferior del cuerpo.</li> <li>– Se lava la zona perianal</li> <li>– Seca su cuerpo.</li> <li>– Se lava las manos.</li> <li>– Mantiene higiene corporal y del cabello.</li> <li>– Mantiene una apariencia pulcra.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): AYUDA AL AUTOCUIDADO

### ACTIVIDADES

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Observar la necesidad que presenta el paciente para realizar las actividades de higiene personal, como el vestido, arreglo personal y el aseo.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
- Proporcionar la ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los cuidados.
- Animarlo a que sea independiente destacando sus atribuciones y capacidades.
- Facilitarle los medios y los recursos para que él realice su autocuidado.
- Enseñar a los padres a fomentar la independencia e intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar las acciones.

## INTERVENCIONES (NIC): AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO / HIGIENE

### ACTIVIDADES

- Proporcionar los objetos personales deseados necesarios cerca de cama o en el baño, como: desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, toallas, equipo de afeitarse y demás accesorios
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Dar las facilidades para que el paciente se bañe él mismo o ayudar con el baño en silla, bañera, baño de pie o baño de asiento, si lo desea.
- Facilitar y ayudar a que el paciente se cepille los dientes.
- Comprobar o ayudar a realizar la limpieza de uñas considerando la capacidad de autocuidado del paciente.
- Fomentar la participación de los familiares a la hora del baño.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Ayudar a lavar el cabello y a afeitarse si es necesario.
- Ayudar con el cuidado perianal si es necesario.
- Permitir el uso de perfume o desodorante para la comodidad del paciente.
- Mantener la piel lubricada e hidratada.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Enseñar al paciente o familiares la rutina de aseo si fuera necesario.
- Proporcionar dispositivos de ayuda como: andadera, bastón u otros.
- Disponer de la intimidad durante la eliminación.
- Favorecer el lavado de manos antes y después de ir al baño y de cada comida.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005
3. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005.
4. Kozier B. Fundamentos de enfermería Vol. 1. 5ª ed. México D.F: MC Graw Hill Interamericana, 1999.
5. Barrera S. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. México D.F. El Manual Moderno. 221 p.
6. Dugas Witter B. Tratado de enfermería práctica, 4ta ed, México D.F: Interamericana; 508-525 pp.
7. Blasco P. Mariño E. Aznar M. Pol E. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de medicación para su aplicación en hospitales. Proyecto de investigación SEFH. En prensa.
8. MC. Van Barbará. Referencias Farmacéuticas. México D.F. El manual Moderno; 1995.
10. Velázquez P. Farmacología básica clínica. 17ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005. 250 pp
11. Barrera Rosales S. Fundamentos de Enfermería. 3ªed. México D.F: El manual Moderno. 221 pp.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

- Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.
- Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.
- Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

### **Elaboró:**

- Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa. Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.
- MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.
- Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs.

# Alteraciones respiratorias del paciente neonato | 2

El término distrés respiratorio (DR) es sinónimo de dificultad respiratoria y comprende una serie de entidades patológicas que se manifiestan con clínica predominantemente respiratoria, con sintomatología como: aleteo nasal, tiraje sub e intercostal, retracción xifoidea y bamboleo tóraco-abdominal.

Constituye la causa más frecuente de morbi-mortalidad neonatal y su gravedad esta en relación con la causa etiológica y la repercusión que tenga sobre los gases sanguíneos.

Ejemplo de algunas alteraciones son: Distrés Respiratorio Leve, Taquipnea Transitoria del Recién Nacido (TTRN), Síndrome de Aspiración Meconial (SAM), Síndrome de Escape Aéreo (enfisema intersticial, neumotórax, neumomediastino), Neumonía Perinatal e Hipertensión Pulmonar Persistente Neonatal (HPPN).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neonatología.* © Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/) (pagina consultada el 20 de marzo de 2011).

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ALTERACIONES RESPIRATORIAS DEL PACIENTE NEONATO

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 4 función respiratoria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro del intercambio de gases</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Cambios en la membrana alveolo-capilar, desequilibrio en la ventilación – perfusión, acumulo de secreciones bronquiales, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Taquipnea, disnea, palidez, cianosis, gasometría alterada, hipoxemia, hipoxia, hiperoxemia, diaforesis, irritabilidad, tiros intercostales, retracción xifoidea, aleteo nasal, quejido inspiratorio, asociación toraco abdominal, aquicardia, agitación, etc.</p>		<p>Estabilidad del estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>Mantener el aporte de oxígeno y saturación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Gasometría: PaO<sub>2</sub>, O<sub>2</sub>, CO<sub>2</sub>, pH, bicarbonato.</li> <li>– Temperatura</li> <li>– Frecuencia Respiratoración</li> <li>– Frecuencia cardíaca</li> <li>– Saturación de oxígeno.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial</li> <li>3. Desviación moderada</li> <li>4. Desviación leve</li> <li>5. Sin Desviación del rango normal</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objetivo de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Monitorizar los parámetros de los valores de gases en sangre arterial ( $\text{PaO}_2$ ,  $\text{CO}_2$ , pH,  $\text{SaO}_2$ ).
- Mantener vías aéreas permeables, mediante posición y aspiración de secreciones.
- Monitorizar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Observar el movimiento torácico, simetría, utilización de músculos accesorios y retracciones de músculos intercostales.
- Auscultar campos pulmonares para detectar presencia o ausencia de ventilación y sonidos anormales.
- Observar presencia de taquipnea, hipoventilación, bradipnea, respiraciones superficiales periódicas o apneas y valorar el grado de riesgo de alteración de la perfusión cardiovascular y respiratoria.
- Observar si hay fátiga muscular diafragmática o disociación toraco-abdominal e implementar medidas acorde a las normas y procedimientos de institucionales.
- Auscultar ruidos pulmonares después del tratamiento como el de aspiración de secreciones.
- vigilar aumento y disminución de presión inspiratoria y parámetros ventilatorios.
- Observar la modificación de la conducta del neonato, como irritabilidad, inquietud, llanto, etc.
- Dar seguimiento a los informes radiológicos e implementar cuidados oportunos.
- Participar en las maniobras de reanimación.

## INTERVENCIONES (NIC): OXIGENOTERAPIA

### ACTIVIDADES

- Administrar oxígeno a través de campana cefálica, puntas nasales, canula endotraqueal, presión positiva continua de vías aéreas o ventilación mecánica si fuera necesario.
- Vigilar periódicamente la fracción inspirada de oxígeno y asegurar que se administre la concentración prescrita, mediante uso de mezclador de aire y oxígeno.
- evaluar la eficacia de la oxigenoterapia a través de oximetría de pulso y de los resultados de gasometría de sangre arterial.
- Observar signos de hipoventilación inducida por el oxígeno, toxicidad o atelectasia por absorción, como: baja distensibilidad pulmonar, resistencias pulmonares aumentadas, incremento en el gasto respiratorio, etc.
- Actuar acorde a Normas y procedimientos institucionales.
- Monitorizar la respuesta del neonato a la oxigenoterapia.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS

### ACTIVIDADES

- Valorar al paciente que requiera de manera real o potencial la intubación de vías aéreas.
- Realizar fisioterapia pulmonar si lo requiere y aspiración de secreciones en caso de ser necesario.
- Auscultar campos pulmonares identificando áreas de disminución o ausencia de entrada de aire y la presencia de ruidos anormales.
- Colocar en posición (ventral, prono, decúbito lateral derecho e izquierdo) para favorecer la ventilación y expulsión de secreciones o facilitar la aspiración.
- Vigilar patrón respiratorio, oxigenación o la presencia de signos y síntomas de insuficiencia.
- Vigilar la presencia y características de las secreciones bronquiales.

## INTERVENCIONES (NIC): INTUBACION Y ESTABILIZACIÓN DE VÍAS AÉREAS

### ACTIVIDADES

- Tener preparado el equipo para llevar a cabo el procedimiento de intubación acorde a la normatividad institucional.
- Seleccionar tamaño y calibre de la cánula endotraqueal u orofaríngea de acuerdo a peso del neonato: Menor de 1 kg. 2- 2.5, 1 a 2 kilos 3, 2-3 Kilos 3.5 y para mayor de 3 kilos 3.5-4
- Colaborar durante la intubación, dar posición (neutra), administrar medicamentos prescritos acorde a la prescripción médica y observar la presencia de alguna complicación durante el procedimiento.
- Auscultar torax después de la intubación para corroborar colocación correcta del tubo endotraqueal así como la ventilación de ambos campos pulmonares (posición correcta del tubo endotraqueal es a nivel de T2 )
- Colocar referencia (fijar) en tubo endotraqueal de acuerdo al tamaño y peso del neonato y registrar (peso + 6 = número de referencia), acorde a la normatividad institucional.
- Fijar canula endotraqueal o nasofaríngea, de acuerdo a normatividad institucional.
- Verificar posición del tubo endotraqueal por medio de radiografía de torax para asegurar la canulación de la traquea.
- Vigilar datos de lesión de la mucosa nasofaríngea y piel.
- Minimizar tracción y palanca de la vía aérea artificial utilizando dispositivos necesarios. (rueda dentada, cojinetes o cabezales).
- Programar el ventilador, acorde a la prescripción del médico responsable.
- Valorar la posibilidad de traqueostomía de emergencia, con la preparación del equipo a utilizar.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO ÁCIDO-BASE / ACIDOSIS RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Tomar muestras para gasometría y conocer los resultados de las gasometrías, para valorar pH.
- Mantener vías aéreas permeables
- Mantener acceso venoso permeable.
- Observar si hay signos y síntomas de acidosis respiratoria crónica, como: toráx en forma de tonel, cianosis ungueal, tiraje intercostal y retracción xifoidea, datos de Insuficiencia respiratoria: niveles de PaO<sub>2</sub> bajos, de PaCO<sub>2</sub> elevados, fatiga muscular y respiratoria, condiciones del patrón respiratorio: Silverman Anderson, ritmo respiratorio y cardíaco, tiraje intercostal, retracción xifoidea, aleteo nasal, quejido inspiratorio, coloración y diaforesis.
- Colocar al neonato en posición: ventral, prono, decúbito lateral derecho o izquierdo para favorecer la ventilación.
- Observar la presencia de distensión abdominal para evitar la disminución de los movimientos diafragmáticos y disminuir el riesgo de hiperventilación.
- Vigilar niveles séricos de fosfato, como: hipofosfatemia asociada a alcalosis respiratoria.
- Vigilar presencia de manifestaciones de alteración neurológica y/o neuromusculares como: tetania, temblores o convulsiones.
- Observar presencia de complicaciones cardiopulmonares, como: arritmias, disminución del gasto cardíaco, etc.
- Valorar la respuesta del neonato para considerar la reducción del consumo de oxígeno y minimizar la hiperventilación, proporcionar comodidad, controlar la temperatura y reducir la irritabilidad.
- Promover descanso mínimo de 90 minutos de sueño sin molestias, organizar los cuidados de enfermería y coordinar el tratamientos e intervenciones.
- Administrar sedantes, relajantes, analgésicos u otros medicamentos (sólo al neonato con ventilación mecánica) de acuerdo a prescripción médica.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO ÁCIDO-BASE / ALCALOSIS RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Mantener un acceso venoso permeable, acorde a la normatividad y recomendación institucional.
- Mantener vías aéreas permeables.
- Conocer resultados de electrolitos sericos (Sodio 135-145 mEq/L, potasio 3.5-5.5 mEq/L)
- Vigilar condiciones hemodinámicas, como: Presion Venosa Centra, tension arterial y frecuencia cardiaca.
- Vigilar pérdidas de líquidos a través de: vómito, diarrea, gasto por sondas o diuresis.
- Monitorizar la pérdida de bicarbonato por gasometría.
- Determinar pH en orina, evacuación y gasto de sonda orogástrica por tira reactiva.
- Vigilar datos de insuficiencia respiratoria monitoreando los resultados del ventilador (PaO<sub>2</sub> bajo y PaCO<sub>2</sub> Alto)
- Mantener oxigenoterapia y apoyo ventilatorio de acuerdo a prescripción médica así como la administración de bicarbonato de sodio.
- Tomar muestras para análisis gasométrico.
- Vigilar patrón respiratorio (Silverman Anderson).
- Mantener un control estricto de líquidos.

## INTERVENCIONES (NIC): EXTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

### ACTIVIDADES

- Colocar al neonato en posición prono.
- Administrar esteroides de acuerdo a prescripción médica.
- Retirar fijación y proporcionar cuidados a la piel.
- Aspirar vía aérea antes y después de la extubación.
- Colaborar en el retiro del tubo endotraqueal.
- Proporcionar micronebulizaciones con epinefrina rasémica de acuerdo a prescripción médica.
- Administrar oxígeno por el método más efectivo de acuerdo a prescripción médica.
- Vigilar patrón respiratorio (Silverman Anderson).
- Moniorizar las respuestas humanas del neonato entre ellas sus signos vitales.
- Observar la respuesta condual del neonato.
- Durante las intervenciones de enfermería llevar a cabo las precauciones universales como lo marca la NOM-045-SSA2- 2005.
- Realizar registros clínicos en el formato de enfermería de los procedimientos, cuidados otorgados y respuestas obtenidas de acuerdo a NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- Manejo de Residuos Peligrosos Biológico Infecciosos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana RPBI NOM-087-ECOL-SSA1-2002.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ALTERACIONES RESPIRATORIAS DEL PACIENTE NEONATO

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 4 función respiratoria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b> Patrón respiratorio ineficaz.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Aumento de la capacidad pulmonar por altas presiones en la vía aérea, ventilación con presión positiva mayor de 40 cm de H<sub>2</sub>O, sobredistención, ruptura pulmonar, inmadurez neurológica, disfunción neuromuscular de los músculos respiratorios, deterioro cognitivo, ansiedad, síndrome de hipoventilación, lesión de la médula espinal, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Alteración de los movimientos torácicos (asimetría), disminución unilateral de ruidos respiratorios, disminución de pulsos y la tensión arterial, aleteo nasal, apnea, polipnea, disminución de la saturación de oxígeno, hipoxemia e hipercapnia, acidosis respiratoria o mixta, etc.</p>		<p>Mantener el estado respiratorio y la ventilación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Puebas de función pulmonar.</li> <li>– Profundidad de la respiración</li> <li>– Frecuencia y ritmo respiratorio.</li> <li>– Capacidad vital.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objetivo de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería</u></b></p>

## INTERVENCIONES : AYUDA A LA VENTILACIÓN

### ACTIVIDADES

- Observar signos y síntoma de barotrauma (deterioro súbito de la respiración apnea, taquipnea, cianosis, taquicardia, asimetría de movimientos torácicos, murmullo vesicular aparentemente disminuido, hipoxemia, hipercapnea, acidosis respiratoria, enfisema subcutáneo).
- Monitorizar los signos vitales y patrón respiratorio.
- Observar y mantener la oxigenación del neonato.
- Colocar al neonato en posición de tal forma que se minimicen los esfuerzos respiratorios y facilite la ventilación / perfusión.
- Prever material y equipo para la colocación del catéter pleural por toracocentesis ante la presencia de fuga aérea pulmonar.
- Seleccionar la sonda pleural de acuerdo a la siguiente clasificación:
  - Prematuros 8 Frechs
  - Recien Nacidos a término de 10- 12 Frechs y
  - Preparar sistema desechable de drenaje torácico
- Observar la cantidad y características del líquido extraído, sangre y/o aire del espacio pleural o del mediastino.
- Destapar el equipo y ponerlo en posición vertical para la conexión.
- Llenar la cámara de sello de agua hasta el nivel 2 cms de agua bidestilada accediendo por el pivote de plástico.
- Rellenar la camara de control de aspiración hasta el nivel -20cm de agua bidestilada.
- Conectar el equipo de drenaje a la sonda del paciente.
- Asegurar todas las conexiones.
- Cuidados de drenaje torácico:
  - Comprobar diariamente niveles de las cámaras
  - Rellenar la cámara de aspiración cerrando el sistema de aspiración.
  - Abra el sistema de aspiración posterior al llenado de la cámara de aspiración.
  - Comprobar permeabilidad de sonda pleural, que no este acodada u obstruida.
  - Comprobar que el sistema de drenaje se encuentre vertical, siempre por debajo del tórax del paciente
  - Comprobar que el tubo de conexión ( sonda pleural y equipo de drenaje) este libre de líquido o coágulos.
  - Ordeñar el sistema para prevenir la obstrucción cuantas veces sea necesario.
  - Observe la presencia o ausencia de fluctuaciones de la cámara de sello de agua, la ausencia de líquido en la cámara colectora y cuando no fluctúa, significa obstrucción.
  - Vigilar la cantidad de líquido drenado y sus características (sangre, secreción sanguinolenta, líquido seroso).
  - Nunca elevar el sistema de drenaje por encima del tórax del paciente, de hacerlo al cambiarlo, debe pinzar la sonda pleural .
  - Observar si hay crepitación alrededor de la zona de inserción del tubo torácico, presencia de signos o síntomas de infección (rubor, hiperemia)
  - Limpiar alrededor del sitio de inserción de la sonda pleural y cambiar la fijación o incluso el sistema si se valora necesario, de acuerdo a la normatividad institucional.
- Realizar los registros clínicos en el formato de enfermería de los procedimientos, cuidados otorgados y respuestas obtenidas del neonato de acuerdo a NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Heather Herdaman t. NANDA Internacional Diagnosticos Enfermeros Definiciones y Clasificaciones 2009 -2011
2. Moordehead Sue, Johnson. (NOC). Clasificacion de Resultados de Enfermería 2008 , Cuarta edición, Editorial Elsevier Mosby
3. Bulechek , Butcher Howard k, Clasificación de Inervciones de Enfermeria (NIC), Quinta edición, Editorial Elsevier Mosby
4. Torné Pérez Enrique ;" Drenaje Torácico tras Neumectomía". "Enfermería Clinica. Volumen 6. Número 5. Pág 45-47.
5. Normas y Procedimientos de Neonatología INPER, 2009
6. NOM- 087-ECOL-SSA 1-2002 Protección Ambiental - Salud ambiental - Residuos Peligrosos Biológico-Infeciosos - Clasificación y Especificaciones de Manejo.
7. NOM-168- SSA1-1998, del Expediente Clínico.
8. Protocolos Diagnóstico Terapeúticos de la AEP: Neonatología. © Asociación Española de Pediatría. Protocolos actualizados al año 2008. Consulte condiciones de uso y posibles nuevas actualizaciones en [www.aeped.es/protocolos/](http://www.aeped.es/protocolos/) (pagina consultada el 20 de marzo de 2011)

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

### **Elaboró:**

Mtra. Patricia de la Rosa Alvarado.- Instituto Nacional de Perinatología. México D.F.

Mtra. Barbara Campos Rosas.- Instituto Nacional de Perinatología, Mexico D.F.

Enf. Ma. de los Angeles Muñoz Perez.- Instituto Nacional de Perinatología, Mexico D.F.

Lic. Enf. Ma. Luz Esparza Monroy.- Instituto Nacional de Perinatología. México D.F.

Lic. Enf. Matilde Hernández Sanchez.- Instituto Nacional de Perinatología. México D.F.

Lic. Enf. Miguel Angel Flores Mesa.- Instituto Nacional de Perinatología. México D.F.

Lic.- Teresa Bonilla Medina.- Instituto Nacional de Perinatología. México D.F.

Mtra. Silvia González Villanueva.- Instituto Nacional de Perinatología. México D.F.



## Asma bronquial

# 3

El Asma Bronquial es una enfermedad en la que se inflaman los bronquios en forma recurrente ó continua, lo que produce una obstrucción de los tubos bronquiales siendo estos los encargados de conducir el aire respirado hacia dentro ó hacia fuera del organismo. En nuestro medio al Asma Bronquial se le conoce también como: “bronquitis”, “bronquitis asmática”, “bronquitis asmatiforme”, “bronquitis espástica”, “bronco espasmo”, “alergia bronquial”, “tos asmática” “hoguillo” etc.

El Asma Bronquial es un padecimiento frecuente, ya que aproximadamente el 10% ó más de la población general la padecen o la ha padecido en algún momento. Es la causa más frecuente entre las enfermedades crónicas de la infancia; está entre las primeras causas de hospitalización en servicios de urgencia. Es un padecimiento multifactorial, sin embargo, cuando el asma se inicia en la infancia, en la mayoría de los casos 80-85% se puede demostrar un origen alérgico ó hiper-sensibilidad a diversas partículas proteicas inhaladas, suspendidas en el aire que respiramos o inclusive ingeridas en mayor ó menor grado. Cuando el Asma se origina en la edad adulta, las posibilidades de hipersensibilidad alérgica disminuyen a un 45 a 50% del total de los casos, siendo aún en ellos muchas veces el factor predominante.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Colegio Mexicano de Pediatras Especialistas en Inmunología Clínica y Alergia. Comité de Asma. (consultada el 7 de marzo de 2011).

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ASMA BRONQUIAL

Dominio 1.1: Seguridad/Protección		Clase 2: Lesión Física	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			
<p><b>Etiqueta (problema) (P)</b></p> <p>Limpieza ineficaz de la vía aérea</p>			
<p><b>Factores relacionados (causas) (E)</b></p> <p>Alergia de las vías aéreas, espasmo bronquial, mucosidad excesiva, secreciones bronquiales, retención de las secreciones, enfermedad pulmonar, proceso infeccioso respiratorio, etc.</p>			
<p><b>Características definitorias (signos y síntomas)</b></p> <p>Ausencia o tos inefectiva, presencia de tos en accesos, disnea, ruidos respiratorios adventicios (sibilancias, estertores), cambios en la frecuencia y/o ritmo respiratorio (Kussmaul), cianosis, ortópnea, agitación, ojos abiertos, hipotermia, mucosas secas, taquipnea, excesiva cantidad de secreciones, dificultad para vocalizar, agitación, etc.</p>			
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Mantener el estado respiratorio con la permeabilidad de las vías respiratorias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frecuencia respiratoria.</li> <li>– Ritmo respiratorio.</li> <li>– Acumulación de secreciones.</li> <li>– Ruidos respiratorios patológicos (Sibilancias y estertores).</li> <li>– Capacidad de eliminar secreciones.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del ritmo normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
Mantener Signos Vitales	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frecuencia respiratoria.</li> <li>– Ritmo respiratorio.</li> <li>– Presión del pulso.</li> <li>– Profundidad de la inspiración.</li> </ul>		

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS

### ACTIVIDADES

- Colocar al paciente en la posición semifowler para permitir que el potencial de ventilación sea al máximo posible.
- Abrir la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o empuje de mandíbula.
- Administrar oxígeno o nebulizaciones por puntas nasales, mascarilla con reservorio, casco cefálico en niños, etc.
- Administrar medicamentos broncodilatadores, antiinflamatorios, esteroides, mucolíticos o medicación prescrita por el médico.
- Fomentar una respiración lenta y profunda.
- Vigilar el estado respiratorio y de oxigenación.
- Identificar al paciente que requiera de manera real o potencial la intubación de vías aéreas: oral o nasofaríngea.
- Eliminar o estimular la expulsión de secreciones fomentando la tos productiva o por succión.
- Enseñar a toser de manera efectiva.
- Aumentar la ingesta de líquidos si esta permitido para ayudar a la humidificación y expulsión de secreciones bronquiales.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Monitorizar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones Kussmaul, respiraciones Cheyne – Stokes, respiración amneustica, esquemas atáxicos, etc.
- Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios (sibilancias, estertores).
- Valorar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Anotar aparición, características y duración de la tos.
- Monitorizar las características de las secreciones bronquiales del paciente.
- Instalar tratamientos de terapia respiratoria como nebulizador.
- Enseñarle a oxigenar haciendo ejercicios respiratorios soplando con popotes, inflando globos, etc.

### INTERVENCIONES (NIC): OXIGENOTERAPIA

#### ACTIVIDADES

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si fuera necesario.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado como: nebulizador.
- Vigilar el flujo de litros por minutos del oxígeno.
- Comprobar la posición del dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la dosis prescrita.
- Observar si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si hay signos de toxicidad por el oxígeno o atelectasia por absorción.
- Mantener con oxígeno al paciente durante los traslados.

### INTERVENCIONES (NIC): ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

#### ACTIVIDADES

- Determinar la necesidad de la aspiración oral.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Disponer de precauciones universales guantes, goggles, cubrebocas, etc.
- Enseñar al paciente a realizar varias respiraciones profundas antes de la succión de la vía aérea y utilizar oxígeno suplementario, si es necesario.
- Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración de la vía aérea.
- Variar las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.
- Valorar el estado de oxigenación del paciente; niveles de SaO<sub>2</sub> y SvO<sub>2</sub> y estado hemodinámico nivel de Presión Arterial Media (PAM) y ritmo cardiaco, antes, durante y después de la succión.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DEL ASMA

#### ACTIVIDADES

- Observar si se presenta alguna crisis asmática.
- Controlar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración.
- Realizar mediciones de espirometría antes y después de uso de broncodilatador de corta duración.
- Considerar los datos basales del estado respiratorio del paciente para utilizarlos como puntos comparativos.
- Observar inicio y características de la tos.
- Monitorizar la frecuencia, el ritmo, la profundidad y el esfuerzo de la respiración.
- Monitorizar el movimiento torácico, incluyendo simetría, uso de músculos accesorios y retracciones de los músculos supraclaviculares e intercostales.
- Auscultar los sonidos respiratorios, observando si hay áreas de ventilación disminuida o ausente y sonidos adventicios.
- Durante el ataque de asma acercarse al paciente con calma y tranquilidad.
- Enseñar técnicas de respiración / relajación.
- Monitorizar los signos vitales en lapsos de tiempo de 30 minutos.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ASMA BRONQUIAL

Dominio 9: Afrontamiento / Tolerancia al estrés	Clase 2: Respuestas de afrontamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Ansiedad</p>		<p>Mantener autocontrol de la ansiedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Busca información para reducir la ansiedad.</li> <li>– Controla la respuesta de ansiedad.</li> <li>– Monitoriza la intensidad de la ansiedad.</li> <li>– Disminuye estímulos.</li> <li>– Controla la respuesta de la ansiedad.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrada</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Cambio y/o amenaza en el estado de salud por la crisis de la enfermedad, sensación de amenaza de muerte, etc.</p>		<p>Aceptación de la crisis, y estado de la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.</li> <li>– Expresa sentimientos sobre su estado de salud</li> <li>– Se adapta al cambio en el estado de salud.</li> <li>– Demuestra tranquilidad.</li> </ul>		<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p>
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Expresión de preocupación debido a cambios en acontecimientos vitales del cuadro agudo de asma, temblor en manos, inquietud, aumento de la presión arterial, dificultad respiratoria, aumento de los reflejos, sofocación, etc.</p>					<p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

#### ACTIVIDADES

- Utilizar un enfoque sereno de seguridad.
- Se motiva a tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre su crisis de salud actual.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Animar a los familiares a permanecer con el niño, si fuera el caso.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad como: niveles de tensión arterial, frecuencia y ritmo de la respiración.
- Reforzar los conocimientos sobre la enfermedad (implementar las actividades mencionadas en el diagnóstico de conocimientos deficientes).
- Mantener el equipo de tratamiento fuera de la vista de los niños.
- Administrar medicamentos que reduzcan la ansiedad en caso de ser necesario, por prescripción médica.

### INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Valorar la comprensión y el conocimiento del paciente acerca del proceso de enfermedad.
- Valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa específicos como la confrontación con la realidad.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar al paciente a desarrollar relaciones con sus compañeros de cubículo y personal de salud.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Utilizar el enfoque sereno de reafirmación.
- Alentar la aceptación de sus limitaciones.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Sugerir la solicitud de interconsulta a psicología, en caso de que se valore necesario.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ASMA BRONQUIAL

Dominio 5: percepción / cognición	Clase 4: cognición				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)					
	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA	
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Conocimientos deficientes del asma</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Limitación cognitiva como la incapacidad para recordar, falta de interés en el aprendizaje, poca familiaridad con los recursos o medios para obtener la información, desinterés por su salud, falta de recursos económicos, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Seguimiento inexacto de las instrucciones, verbalización del problema, resultados incorrectos del tratamiento, etc.</p>	<p>Conocimiento del manejo del asma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conoce los signos y síntomas del asma, y beneficios del manejo.</li> <li>– Causas y factores contribuyentes del asma</li> <li>– Complicaciones potenciales del asma.</li> <li>– Efectos sobre el estilo de vida.</li> <li>– Importancia de seguir el régimen terapéutico y farmacológico.</li> <li>– Utilizar correctamente inhaladores, difusores y nebulizadores.</li> <li>– Acciones a realizar en una emergencia.</li> <li>– Objetivo del manejo del asma.</li> <li>– Consulta fuentes acreditadas sobre asma.</li> <li>– Aplica estrategias para manejar factores de riesgo ambiental controlables.</li> <li>– Utiliza técnicas de respiración efectivas.</li> <li>– Conoce efectos adversos de la medicación.</li> <li>– Sabe cuándo solicitar ayuda de un profesional de salud.</li> <li>– Autocontrola las exacerbaciones.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ningún conocimiento</li> <li>2. Conocimiento escaso</li> <li>3. Conocimiento moderado</li> <li>4. Conocimiento sustancial</li> <li>5. Conocimiento extenso</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>	

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA EN EL PROCESO DEL ASMA

### ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel de conocimientos del paciente relacionados con el asma.
- Explicar breve y claramente la fisiopatología del asma.
- Describir los signos y síntomas comunes del asma.
- Explicar al paciente lo que ya ha hecho para controlar los síntomas del asma.
- Proporcionar información al paciente a cerca del asma.
- Proporcionar información a la familia sobre los cuidados del paciente: niños, adultos con o sin alteración neurológica, adultos mayores, etc.
- Comentar los cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso del asma, entre ellas no exponerse a los cambios bruscos de temperatura, utilizar ropa adecuada al clima y zona geográfica, etc.
- Discutir las opciones de terapia o tratamiento informando la importancia de no automedicarse con antiinflamatorios como: Diclofenaco, Naproxen, etc.
- Enseñar al paciente a identificar las posibles complicaciones del asma: disminución de la capacidad para hacer ejercicio, insomnio por los síntomas nocturnos, cambios permanentes en la función pulmonar, tos persistente, dificultad respiratoria que requiera asistencia médica sanitaria, etc.
- Informarle de la importancia de evitar factores que desencadenen una crisis asmática, por ejemplo:

#### Animales domésticos:

1. Mantener los animales fuera de casa.
2. Bañar a perros y gatos una vez a la semana.
3. O evitar acercarse a ellos.

#### Hongos:

1. Evitar las manchas de humedad en la casa.
2. Airear y limpiar con lejía la cocina y el cuarto de baño.
3. Guardar la ropa limpia asegurándose que está seca.
4. Dejar los zapatos o zapatillas de deporte fuera de la habitación.

#### Exposición a irritantes inespecíficos:

1. No fumar y evitar pinturas, barnices, disolventes, talcos, entre otros.
2. No utilizar desodorantes ambientales ni insecticida en aerosol.
3. Evitar toallitas perfumadas y perfumes.
4. No utilizar productos se limpieza que desprendan un gran olor como amoníaco.
5. Evitar presencia de humos y no utilizar extractores de humos.

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA EN EL PROCESO DEL ASMA

### ACTIVIDADES

#### Infecciones:

1. Llevar a cabo medidas higiénicas estrictas.
2. Evitar el contacto con personas infectadas.

#### Ácaros:

1. Limpiar el polvo con un paño húmedo o aspiradora.
2. El paciente no entrará a la habitación durante la limpieza.
3. Limpiar los filtros, rejillas de calefacción y aire acondicionado al menos una vez al mes.
4. Evitar las alfombras, moquetas y sillas tapizadas.
5. Evitar juguetes de peluche o felpas, procurar que sean de madera o material antialérgico.
6. Las cortinas deberán de ser de algodón lavable o de plástico.
7. Evitar edredones o almohadas de pluma o lana y emplear almohadas de goma espuma y edredones de tejido acrílico.
8. Sabanas o pijamas de lino o tergal.
9. No guardar mantas o tejido de lana en el armario.
10. Reducir la humedad al menos un 50%.
11. No utilizar zapatillas o guantes de piel forrados.

#### Polen:

1. Durante la época de polinización (primavera) evitar cortar el césped y salir al campo y jardines.
2. Mantener cerradas ventanas y puertas.
3. Evitar tener plantas que florezcan.
4. No montar en moto, bicicleta y en el coche hacerlo con las ventanillas cerradas.
5. Evitar las salidas a la calle en las horas de máxima polinización y utilizar gafas de sol y mascarilla.
6. Antes de acostarse humedecer el ambiente de la habitación.

- Recomendar al paciente y familia implementar medidas preventivas de factores desencadenantes del asma acorde a las necesidades y condiciones de la enfermedad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. 8ª. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2010.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) 4ª. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2008.
3. Bulechek G, Butcher H, McCloskey Dochterman J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).5ª. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2009.
4. Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y Tratamiento del asma en menores de 18 años en el primero y segundo niveles de atención, Guía de referencia rápida; México: Secretaría de Salud; 2008.
5. Consejo de Salubridad General. Diagnóstico y Tratamiento del asma en menores de 18 años en el primero y segundo niveles de atención, Evidencias y recomendaciones; México: Secretaría de Salud; 2008.
6. International Primary Care Airways Group (IPAG). Enfermedades crónicas de las vías respiratorias. Guía para médicos de atención primaria. Manual del Diagnóstico y Tratamiento, 2005.
7. Secretaria de Salud, Instituto Nacional de Salud Pública. Boletín Práctica Médica Efectiva. Asma Bronquial; 2006.
8. Dueñas R. Cuidados de Enfermería en el Asma. Acceso 28 de septiembre de 2010]. Disponible en: <http://www.terra.es/personal/duenas/13.html>
9. González Mesa, FJ; Bermúdez Martín, CA. Asma en paciente adulto hospitalizado: Plan de cuidados estandarizado. Nure Investigación. 2008, 33.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

L.E. María Guadalupe Silvia Magadan López, Dirección de Atención Médica, Jefatura Estatal de Enfermería. INDESALUD,

L.E. María del Rosario Domínguez Soberano. Dirección de Atención Médica, Jefatura Estatal de Enfermería. Coord. de 2do nivel, INDESALUD

M.C.E. Jorge Gabriel Tuz Colli.- Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche

Enf. Esp. Nélide Hortensia Rosado Pérez.-.-Hospital General de Champotón, Campeche

Enf. Lisette Mariely Ek Ayil.-Hospital General de Candelaria, Campeche

Enf. Marbeli Hernández Jiménez.- Hospital General de Candelaria, Campeche

Enf. María del Socorro García Hernández.-Clínica Hospital "Patricio Trueba Regil" ISSSTE, Campeche

Enf. María Lidia Uicab Brito.- Centro de Salud Atasta, Palizada, Campeche

## PARTICIPANTES

Enf. Martha María Acosta Moha.- IMSS-Oportunidades Hecelchakán.- Campeche  
Enf. Nidia del Socorro Palomo Ayala.- Hospital Psiquiátrico de Campeche  
L.E. María del Rosario Jaimez Vivas. . Dependencia de Educación Superior, Ciencias de la Salud. Universidad Autónoma del Carmen. Ciudad del Carmen, Campeche  
L.E.O. Candelaria Guadalupe Montero Cruz. IMSS Ordinario. Delegación Campeche.  
LEO. Adela López Díaz.-Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR)  
LEO. Irma Grandeño Ramírez.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche  
LEO. María Alberta Zamora Pérez.-Instituto Mexicano del Seguro Social  
Lic. Enf. Alberto Cordero Cantarell.-Hospital General de Ciudad del Carmen, Campeche  
Lic. Enf. Alberto Tafoya Ramírez.- Hospital Rural de Mamantel, Escárcega, Campeche  
Lic. Enf. Carmen Montejo Romero.- Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR), Campeche  
Lic. Enf. Consuelo del Carmen Tejeda Sansores.- Hospital General de Candelaria, Campeche  
Lic. Enf. Diosa Fernanda González Manzanero.-Jurisdicción Sanitaria No. 3, Carmen, Campeche  
Lic. Enf. Fátima del Rosario Baas Guerrero.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche  
Lic. Enf. Francisco Eduardo Can Vázquez.- Hospital de Especialidades "Dr. Manuel Campos", Campeche  
Lic. Enf. Gabriela Concepción Pérez Heredia.-Centro Estatal de Oncología, Campeche  
Lic. Enf. Gloria del Carmen Dzib Rodríguez.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche  
Lic. Enf. Graciela Concepción Ceballos Crispín.-IMSS-Oportunidades, Mamantel, Escárcega, Campeche  
Lic. Enf. Guillermo Candelario Crisanty Cervera.- Hospital General de Candelaria, Campeche  
Lic. Enf. Iliana Rosalba The González.-Hospital Comunitario Hopelchén  
Lic. Enf. Isela del Carmen Montores Torres.-Hospital General de Escárcega, Campeche  
Lic. Enf. Janeth Herrera Balán.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Carmen, Campeche  
Lic. Enf. Julián de Jesús Madera Pérez.-UNEME CAPASITS, Carmen, Campeche  
Lic. Enf. Liliana del Carmen Brito Díaz.- Hospital de Especialidades "Dr. Manuel Campos", Campeche  
Lic. Enf. María Candelaria Núñez Kuyuc.-Hosp. Gral. de Especialidades Dr. Javier Buenfil Osorio"  
Lic. Enf. María de los Ángeles Sánchez Sánchez.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Ciudad del Carmen, Campeche  
Lic. Enf. María Fabiola Calan Fernández.-Hospital Naval de Campeche  
Lic. Enf. Marielba Villegas Pacheco.- Centro Estatal de Oncología, Campeche  
Lic. Enf. Mirna Osalde Hernández.-Hospital Comunitario de Hopelchén, Campeche  
Lic. Enf. Candelaria Montero Cruz.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche

## PARTICIPANTES

Lic. Enf. Nelly Guadalupe Ávila Coyoc.- Instituto Mexicano del Seguro Social, Campeche  
Lic. Enf. Rene Candelario Mayor Vivas.-Hospital General de Champotón, Campeche  
Lic. Enf. Rosa Irene Gómez Uicab.- Hospital Comunitario de Hopelchén, Campeche  
Lic. Enf. Rosalinda del Carmen Uc Franco.-Hospital Comunitario de Calkiní, Campeche  
Lic. Enf. Sara Nohemy Narvaez Officer.- Facultad de Enfermería, Campeche  
Lic. Enf. Zoila Verónica Chan Sarmiento.- Hospital General de Champotón, Campeche  
M.C.E. Gloria García Tafolla.-Facultad de Enfermería, Campeche  
M.C.E. J. Félix Sánchez Hernández.-Hospital Naval de Campeche  
M.C.E. Nayla Yadira Camal Ríos.- Hospital General de Especialidades Dr. Javier Buenfil  
M.C.E. Olivia del Socorro Carrillo Cú.-Universidad Autónoma de Campeche  
M.C.E. Perla Aracely Arroyo Gala.- IMSS-Oportunidades.  
Dra. Patricia de la Cruz Góngora Rodríguez.-Facultad de Enfermería, Campeche  
L.E.O. Adela López Díaz.-Universidad Autónoma del Carmen (UNACAR)



# DetECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA | 4

En México el cáncer de mama es una grave amenaza y un problema importante de salud, que cada día cobra más vidas. Desde el año 2006 se ha convertido en la primera causa de muerte por tumores malignos en mujeres mayores de 25 años, superando el número por cáncer cervicouterino. Se considera que más de la mitad se pudieron haber evitado con un diagnóstico oportuno en una fase temprana de la enfermedad.

Con este escenario nacional uno de los aspectos más importantes para mantener la salud, es la adopción de hábitos saludables, aunque a veces se cuenta con factores de riesgo, que aumentan la posibilidad de contraer la enfermedad.

En nuestro país para hacer frente a este panorama de salud, existen medidas preventivas que pueden llevarse a cabo para minimizar el riesgo de desarrollar la enfermedad y promover su detección oportuna. A la fecha se conocen algunos factores asociados a la aparición de la misma, sin embargo, aún no existe una manera de prevenir su aparición.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Detección Temprana del Cáncer de Mama "Una Tarea de Todos". Manual para personal dedicado a la salud de la comunidad. Marie Knaul Felicia. González Robledo Luz María y Colaboradores. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición 2010. Cuernavaca Morelos.*

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

Dominio: 5 percepción/cognición	Clase: 4 cognición				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema)</u></b></p> <p>Conocimientos deficientes.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (etiología)</u></b></p> <p>La expresión verbal de la persona acerca de la falta de recursos para obtener la información relacionada a los medios de prevención la enfermedad, interpretación errónea de la información con la que ya se cuenta, falta de interés por aprender acerca del padecimiento, falta o deficientes recursos sanitarios físicos y materiales para recibir información o atención médica, influencias culturales, tabús y paradigmas para aceptar información o recibir atención médica, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Preocupación, expresión verbal de dudas, seguimiento inexacto de las instrucciones, desinterés, temor, ambivalencia, no acude a sus citas y revisiones.</p>		<p>Adquiere el conocimiento de fomento a la salud.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Descripción de conductas que fomentan a la salud</li> <li>– Descripción de programas de prevención y detección</li> <li>– Descripción de una dieta sana.</li> <li>– Descripción de un programa eficaz de ejercicio.</li> <li>– Descripción de medidas para control de peso.</li> <li>– Descripción del uso seguro de medicamentos (hormonales).</li> <li>– Descripción de los efectos adversos del consumo de alcohol, tabaco y drogas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): EDUCACION SANITARIA

### ACTIVIDADES

- Seleccionar los grupos de riesgo que obtendrá mayor beneficio con la educación sanitaria y proporcionar educación para la salud.
- Identificar los factores socioculturales, económicos, geográficos y de contexto personal que incidan en la educación para la salud.
- Informar a la paciente sobre los factores internos y externos que pueden mejorar su salud.
- Valorar el conocimiento actual de la paciente, familia o comunidad acerca de las conductas de estilo de vida saludable que puede seguir para disminuir el riesgo de adquirir el Cáncer de Mama y orientar sobre las estrategias que puedan utilizarse para seguir conductas saludables.
- Realizar publicidad atractiva de forma estratégica (dípticos, trípticos, carteles, teleconferencias, telecomunicaciones y tecnologías informáticas para la enseñanza a distancia si hubiera las posibilidades), con textos claros y mensajes gráficos, haciendo énfasis en la técnica de la autoexploración mamaria, periodicidad de la revisión médica y cualquier signo de alarma que requiera atención oportuna de los servicios de salud.
- Diseñar e implementar pláticas educativas dirigidas al para el grupo prioritario.
- Educar al grupo prioritario sobre la importancia de autoexploración rutinaria de manera mensual mediante el procedimiento establecido en la NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama y de las guías institucionales correspondientes.
- Difundir las tres diferentes formas de detectar a tiempo el cáncer de mama.
- Apoyar a la paciente en la toma decisiones.
- Hacer hincapié sobre la importancia de consumir una dieta balanceada, dormir 8 horas diarias, hacer ejercicio mínimo 15 minutos por día, etc., para mantener una vida saludable.
- Orientar sobre el **No** uso de estrategias que provoquen temor ante las conductas de salud.
- Orientar a la paciente, familia y comunidad a clarificar ideas y despejar dudas sobre las creencias y valores sanitarios.

## INTERVENCIONES (NIC): FACILITAR EL APRENDIZAJE

### ACTIVIDADES

- Propiciar la enseñanza solamente a la paciente, familia o comunidad que estén dispuestos a recibirla.
- Establecer metas realistas para la paciente, familia o comunidad a corto o largo plazo.
- Utilizar lenguaje sencillo en las estrategias de enseñanza relacionadas a estilos de vida saludable, nivel de conocimientos y capacidad cognitiva, psicomotoras y afectivas de las personas.
- Proporcionar información respetando creencias y valores de la persona, familia o comunidad.
- Utilizar para la enseñanza-aprendizaje diferentes métodos y técnicas didácticas para transmitir la información, así como, materiales, entendibles, visuales, sencillos y de fácil comprensión.
- Hacer la integración de los conocimientos con los que cuenta la persona, con los nuevos que se le proporcionan a manera que sea comprensible la información acerca de los factores de riesgo y las medidas que se pueden implementar para la detección oportuna del Ca. Ma.
- Enseñar a la paciente la técnica de la autoexploración y verificar que la haya aprendido.
- Comentar resultados de algunos estudios en otros países, como los de la Sociedad Americana del Cáncer, quien hace algunas recomendaciones para reducir la incidencia del Ca. Ma. entre las que se encuentran:
  - Evitar el sobrepeso, la obesidad (hormonas endógenas) y sedentarismo.
  - Reducir el consumo de grasas en general.
  - Aumentar el consumo de frutas y vegetales frescos.
  - Evitar el tabaquismo.
  - Reducir el consumo de alimentos con conservadores, ahumados y salados.
- Dar seguimiento a la enseñanza para hacer retroalimentación a la persona, familia o comunidad.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DETECCIÓN TEMPRANA DE CÁNCER DE MAMA

Dominio: 11 Seguridad y protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P) Riesgo de lesión</u></b></p> <p>Riesgo para contraer el Cáncer de Mama</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (e)</u></b>                      Biológicos: Mutación del oncogén BRCA1, BRCA2.</p> <p>Químicos del medio ambiente: contaminantes, pesticidas, radiaciones ionizantes en la pubertad y entre los 30 años de edad, drogas, fármacos, alcohol, nicotina, conservadores, etc.</p> <p>Nutricionales: Déficit de vitaminas A y D, exceso de consumo de grasas, obesidad, sobrepeso, etc.</p> <p>Perfil sanguíneo anormal: Factores de la coagulación, disminución de la hemoglobina, malnutrición, hipoxia tisular, aspectos emocionales, etc.</p> <p>Hormonales: Menarca temprana menor a 12 años, menopausia tardía mayor a los 55 años, menstruación irregular, pacientes con ovariectomía bilateral antes de los 35 años.</p> <p>Reproductiva: Embarazos después de los 35 años, empleo de anticonceptivos por más de 5 años continuos, mujeres que no amantaron, mujeres pre menopáusicas por elevación de estradiol.</p> <p>Historia positiva de cáncer familiar, enfermedad mamaria previa, etc.</p>		<p>Detección oportuna del riesgo para evitar la presencia de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.</li> <li>– Identifica los posibles riesgos para la salud.</li> <li>– Adquiere conocimientos sobre sus antecedentes familiares.</li> <li>– Utiliza los servicios de salud de acuerdo a sus necesidades.</li> <li>– Obtiene información actualizada sobre las medidas de detección de la enfermedad.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p>
		<p>Control del riesgo para limitar la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Se compromete con las estrategias de control de riesgo que le indica el equipo de salud</li> <li>– Sigue las estrategias de control del riesgo indicadas por el equipo de salud.</li> <li>– Modifica su estilo de vida para reducir el riesgo de la enfermedad.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

### ACTIVIDADES

- Explicar a la persona la importancia de realizar periódicamente la autoexploración mamaria siendo el séptimo y décimo día después del inicio de la menstruación los días más indicados para hacerlo, ya que las mamas no se encuentran sensibles o inflamadas; en el caso de las mujeres en menopausia es recomendable que sea un día fijo al mes.
- Explicar a la persona en qué consiste la autoexploración mamaria en forma clara, sencilla y comprensible de tal manera que no le genere angustia, temor o pena.
- Explicar la importancia de estar tranquila, relajada, disponer de tiempo, contar con buena iluminación, lugar cómodo, privado, de preferencia que se cuente con un espejo y evitar corrientes de aire.
- Pedir a la persona retirarse la ropa de la cintura para arriba.
- Indicar a la persona la forma de colocar los brazos colgando libremente a lo largo del cuerpo.
- Pedir a la persona se coloque frente a un espejo para que observe la forma y tamaño de los senos, si la piel está lisa o presenta arrugas, asperezas o con piel de naranja.
- Enseñar a la persona a detectar la presencia de alguna deformación, hundimiento, masa, encogimiento, cambio de color, presencia de lesiones, diferencia de tamaños entre un seno y otro o salida de líquido.
- Indicar a la persona que observe cuidadosamente cada pezón y apriete con los dedos índice y pulgar de la mano contraria para que verifique si hay o no salida de líquido observando color y cantidad de este.
- Enseñar a la persona a observar la areola, si ha cambiado o no de tamaño, si han cambiado sus rugosidades o si presenta alguna mancha o coloración anormal.
- Pedir a la persona coloque sus brazos levantados en alto en forma vertical, para que observe, si en esta posición, nota alguna diferencia entre un seno y otro o entre una axila y otra
- Enseñar a la persona a dividir en cuadrantes la mama para realizar la observación en cada uno de ellos.
- Mostrar a la persona la forma de colocar las manos en la cintura e inclinarse ligeramente hacia delante para que pueda presionar, forzando los hombros y codos hacia delante, aprovechando para observar cualquier cambio en la apariencia de las mamas, alteración o anormalidad, en relación a su última exploración.
- Pedir a la persona coloque la mano derecha detrás de la cabeza, elevando su codo para que proceda a la palpación de la mama derecha con la mano izquierda.
- Enseñar a la persona a presionar suavemente con los dedos de la mano izquierda, con movimientos circulares en el sentido de las manecillas del reloj.
- Explicar a la persona la forma de palpar toda la superficie de la mama buscando presencia de masas tumorales o dolor.
- Enseñar a la persona a explorar la axila derecha con la yema de los dedos y con movimientos circulares tratando de buscar masas tumorales, dolor o cualquier otro cambio.
- Explicar a la paciente la importancia de explorar la axila, ya que el cáncer de mama puede ocasionar agrandamiento de los ganglios linfáticos, incluso aun cuando la mama parezca normal.

## INTERVENCIONES (NIC): AUTOEXPLORACIÓN MAMARIA

### ACTIVIDADES

- Pedir a la persona realice lo mismos pasos en la mama izquierda.
- Pedir a la persona acostarse en posición dorsal colocando una almohada o una sábana enrollada debajo de su hombro derecho, colocando la mano derecha detrás de la cabeza, elevando ligeramente el codo para proceder a la palpación.
- Explicar a la persona como presionar la mama derecha con las yemas de los dedos de la mano izquierda, realizando la presión con movimientos circulares en dirección a las manecillas del reloj.
- Explicar la forma de identificar hundimientos, deformidades o masas anormales.
- Pedir a la persona realice esta misma palpación en la axila derecha.
- Pedir a la persona realice los mismos pasos para la palpación de la mama izquierda.
- Explicarle la importancia de acudir a consulta médica cuando en su autoexploración encuentre cualquier anomalía por mínimo que le parezca como:
  - Sí alguna de las mamas tiene tamaño y dureza mayor o menor entre ellas.
  - Si existe piel de naranja o cualquier tipo de arruga, pliegues o manchas por mínima que parezca.
  - Cualquier salida de líquido en ausencia de embarazo o lactancia.
  - Retracción del pezón o presencia de grietas o cualquier lesión.
  - Si existen cambios de aspecto, tamaño, o consistencia en cicatrices, bolitas o lunares existentes.
  - Cualquier protuberancia en la región axilar.
- Informar a la persona que la autoexploración no debe ser interrumpida por el embarazo o la lactancia.
- Explicarle a la persona la importancia de llevar el registro mensual de lo encontrado en su autoexploración.

## INTERVENCIONES (NIC): IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

### ACTIVIDADES

- Enseñar a la persona a identificar los signos o síntomas que indiquen alguna alteración en las glándulas mamarias como: dolor, endurecimiento o ablandamiento de alguna mama, cambios de coloración en la piel, enrojecimiento, secreción, hundimiento o retracción en uno o ambos pezones incluso hasta un tumor, por lo que deberá acudir de inmediato a la clínica más cercana a su domicilio.
- Identificar antecedentes hereditarios de Ca. Ma. en familiares de línea directa.
- Hacer una historia clínica de enfermería para identificar factores de riesgo como: obesidad, sobrepeso, malnutrición, antecedentes familiares, toxicomanías o adicciones, si le han diagnosticado la enfermedad previamente, si ha recibido terapia de reemplazo hormonal por más de 5 años, edad del primer embarazo, edad de la menarquia, edad de la menopausia, paridad e historial de lactancia materna etc.
- Derivar con el personal médico especializado a la mujer en la que se identifica cualquier resultado anormal de la exploración clínica.
- Establecer acuerdos para el cumplimiento de la autoexploración mensual de las mamas de acuerdo a la NOM-041-SSA2-2002, Para la prevención, tratamiento, control y vigilancia epidemiológica del cáncer de mama y de las guías institucionales correspondientes.
- Establecer acuerdos de cumplimiento para asistir a las consultas periódicas con el equipo de salud.
- Realizar registros de enfermería en los formatos correspondientes de acuerdo a lo establecido en la NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.
- Informar a la persona que la detección oportuna del Cáncer de Mama es curable en el 95% de los casos.

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA DEL PROCESO DE LA ENFERMERMEDAD

### ACTIVIDADES

- Explicar al grupo prioritario que está en riesgo, la fisiopatología y su relación con la anatomía en forma clara y sencilla y comprensible.
- Describir en forma clara y precisa los signos y síntomas más comunes del inicio de la enfermedad, como: cambios de coloración en la piel, enrojecimiento, secreción, hundimiento o retracción en uno o ambos pezones incluso hasta la presencia del tumor.
- Proporcionar información sobre la importancia de acudir cada año a revisión médica para la detección oportuna a través del examen clínico de mamas, mastografía y mamografía.
- Promover los recursos institucionales a la población en riesgo, para ayudar a disminuir los factores de riesgo.
- Promover en todo momento conductas de una cultura de autocuidado para mejorar la calidad de vida.

## INTERVENCIONES (NIC): FOMENTO DEL EJERCICIO

### ACTIVIDADES

- Propiciar en la persona, familia y comunidad la implementación de programas de fomento al ejercicio.
- Animar a la paciente para que inicie o continúe con el programa de ejercicio acorde a sus condiciones de salud.
- Ayudar a la paciente a desarrollar un programa de ejercicio adecuado a su nivel de salud, edad, género, limitaciones, necesidades.
- Ayudar a la paciente a establecer las metas a corto o largo plazo del programa de ejercicios.
- Informar a la paciente acerca de los beneficios para la salud y los efectos para mejorar la calidad de vida.
- Proporcionar una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo, la familia y la comunidad.
- Enseñar técnicas de respiración adecuadas para maximizar la absorción de oxígeno durante el ejercicio.
- Evaluar la efectividad y continuidad del programa de ejercicios establecido y retroalimentar para generar un hábito al ejercicio.

## INTERVENCIONES (NIC): ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

### ACTIVIDADES

- Valorar el conocimiento de la paciente, familia y comunidad acerca de los cuatro grupos alimenticios básicos, la ingesta y hábitos nutricionales que debe tener para disminuir riesgos.
- Proporcionar información, de la importancia de modificar la dieta por razones de salud para el control de peso, reducción de sodio y reducción del colesterol, entre otras características.
- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para modificar poco a poco el hábito alimenticio.
- Considerar factores de edad, experiencias alimentarias pasadas, cultura, recursos económicos y formas de cumplir con las necesidades nutricionales de la paciente, familia y de la comunidad para planificar una dieta específica.
- Acordar y establecer las necesidades nutricionales y la percepción del paciente de la dieta prescrita / recomendada.
- Detectar los gustos y aversiones alimentarias del paciente, familia o comunidad.
- Determinar actitudes y creencias de los seres queridos acerca del cambio nutricional necesario para todos.
- Ayudar a la paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca del cumplimiento de las metas.
- Valorar los esfuerzos realizados tanto de la paciente, como de la familia y la comunidad para conseguir los objetivos.
- Colocar material informativo y atractivo de guías nutricionales, por ejemplo: el plato del buen comer.
- Evaluar los resultados y retroalimentar en la resolución de dudas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
2. McCloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4°. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
4. Tratado de las enfermedades de la glándula mamaria, Carlos Sánchez Basurto , Vol. 1 Segunda Edición, Editorial Alfil , México D. F. 2010
5. Detección Temprana del Cáncer de Mama “Una Tarea de Todos”. Manual para personal dedicado a la salud de la comunidad. Marie Knaut Felicia. González Robledo Luz Maria y Colaboradores. Instituto Nacional de Salud Pública. Primera edición 2010. Cuernavaca Morelos.
6. Shogbong, A. & Levy, S. (2010). Intensive glucose control in the management of diabetes mellitus and inpatient hyperglycemia. Am J Health – Syst Pharm, 67, 798:805.
7. Ávila, L. & Gómez, M. (2010). Nuevas recomendaciones para el diagnóstico de la diabetes. FMC, 17(4), 201-202.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinadora de proyectos de la DGCEs.

### **Elaboró:**

Dra. Laura Ruiz Paloalto.-División de Ciencia de la Salud e Ingeniería de la Universidad de Guanajuato Campus Celaya – Salvatierra.

Lic. Enf. María Patricia de la Rosa Alvarado.- Instituto Nacional de Perinatología.

Enf. María de Jesús Segura Rocha.- Hospital Juárez de México.

Enf. Jenny Rojas Cruz.- Hospital General de México.

Enf. Cecilia González López.- Unidad de Medicina Familiar nº 1 IMSS

Enf. Araceli Noriega Martínez.- CMF Balbuena del ISSSTE.

Enf. Vicenta García Soto.- IMPER Dr. Isidro Espinoza de los Reyes.

Enf. María Esther Lucrecia Zuñiga Arista.- H. Gral Pachuca SSA.

Enf. María de Lourdes Rodríguez Correa.- Hospital de la Mujer.

Enf. Norma Gloria Rivera Ocampos.- Hospital General de México O. D.

L.E.O. Margarita Lorenza Méndez Cruz.- U.M.F 43 IMSS.

L.E.O. Margarita Romero Aguilar.- Hospital de Especialidades Dr. Belisario Domínguez.

Enf. Esp. Martha Rodríguez Vixta / Hospital de la Mujer, Secretaria de Salud.

Enf. Esp. Rosa María Torres Martínez.- CLIDA ISSSTE.

Enf. Elizabeth Ortega Sánchez.—Hospital Central Sur PEMEX.

Lic. Enf. Diana Dotor Cabrera.- Instituto Nacional de Cancerología.



# Cirugía ambulatoria | 5

La cirugía ambulatoria, es un procedimiento donde los pacientes son dados de alta del hospital a las pocas horas de haber sido intervenidos. Es posible considerar todas las técnicas anestésicas y farmacológicas que se utilizan, el uso de técnicas y fármacos que permitan una recuperación rápida y casi completa con mínimos efectos secundarios como: ausencia de sedación, vómitos e hipotensión ortostática para ser dados de alta.<sup>1</sup>

En este tipo de procedimiento como en muchos que se desarrollan en las instituciones de salud, es fundamental establecer una taxonomía de seguridad acorde al Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente.<sup>2-3</sup>

<sup>1</sup> <http://www.cfnavarra.es/salud/anales/textos/vol22/suple2/suple15.html>

<sup>2</sup> 59ª Asamblea Mundial de la Salud A59/22 Punto 11.16 del orden del día provisional. 4 de mayo de 2006.

<sup>3</sup> Alianza Mundial por la Seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la Seguridad del paciente. La Cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud, 2008.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGÍA AMBULATORIA

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase: 2 Respuestas al afrontamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Temor</p>		<p>Controla el nivel de miedo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumento de la presión sanguínea.</li> <li>– Temor verbalizado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Relacionado con la presencia de dolor, con el periodo de hospitalización, falta de familiaridad con la experiencia ambiental, con lo desconocido, etc.</p>		<p>Autocontrol del miedo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Busca información para reducir el miedo.</li> <li>– Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.</li> <li>– Controla la respuesta del miedo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Comenta sentirse asustado, demuestra conductas de ataque, aumenta el estado de alerta, presenta anorexia, taquicardia, etc.</p>					

### INTERVENCIONES (NIC): APOYO EMOCIONAL

#### ACTIVIDADES

- Comentar la experiencia emocional con el paciente y apoyarlo en lo que necesite para que se sienta tranquilo y seguro.
- Explorar con el paciente el motivo que ha desencadenado las emociones.
- Darle al paciente muestras de apoyo.
- Propiciar que el paciente exprese sus sentimientos de ansiedad, preocupación, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.
- Favorecer la conversación o el llanto como medio para disminuir su estado emocional.
- Permanecer con el paciente para darle seguridad.
- Remitir a servicios de asesoramiento al término del procedimiento, si es necesario.

### INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA DE PROCEDIMIENTO / TRATAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Explicar el propósito del procedimiento o tratamiento a realizar.
- Explicar paso a paso el procedimiento o tratamiento y como se realizará.
- Utilizar palabras sencillas y claras de acuerdo a su nivel cultural.
- Enseñar al paciente como puede cooperar durante el tratamiento.
- Explicar al paciente cómo puede ayudar durante su recuperación.
- Darle tiempo al paciente para que haga preguntas y exprese dudas e inquietudes.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGÍA AMBULATORIA

Dominio: 12 confort	Clase: 1 confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión peri-operatoria</p>		<p>La persona detecta los riesgos que conlleva la cirugía.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce signos y síntomas que indican la presencia de riesgos.</li> <li>– Identifica los posibles riesgos para la salud.</li> <li>– Identifica cambios en el estado de salud.</li> <li>– Utiliza recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos</li> <li>– Utiliza recursos para conocer el procedimiento que se le va a realizar.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Relacionado con inmovilización, alteraciones sensitivo-perceptuales debidas a la anestesia, dolor localizado.</p>					

### INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

#### ACTIVIDADES

- Llevar a cabo las medidas de precaución como lo marcan las precauciones universales establecidas por la OMS y la norma técnica institucional sobre la identificación correcta, sitio correcto y procedimiento correcto del paciente.
- Verificar antecedentes alérgicos a medicamentos u otros, en caso de ser así registrarlos en el formato de registros clínicos de enfermería para que el equipo de salud esté enterado del tipo de alergia.
- Si el paciente tiene instalado marcapasos, dispositivo o implante eléctrico implementar medidas de precaución correspondientes para minimizar el riesgo de lesión.
- Verificar los documentos firmados de consentimiento de la cirugía y de otros tratamientos y procedimientos.
- En caso de administración de elementos sanguíneos llevar a cabo las medidas correspondientes como lo marca la NOM-003-SSA2-193, para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos”
- Llevar a cabo las medidas de precaución con el equipo eléctrico del área quirúrgica.
- Retirar prótesis y entregar a familiares cualquier tipo de prótesis, si procede.
- Llevar a cabo las medidas de precaución del acto quirúrgico como lo marcan las medidas universales de la OMS y las normas técnicas institucionales.

### INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA

#### ACTIVIDADES

- Valorar continuamente el estado e integridad de la piel.
- Monitorizar los signos vitales constantemente.
- Monitorizar el estado emocional y su respuesta ante el procedimiento.
- Monitorizar la perfusión tisular y la oxigenación del paciente durante todo el procedimiento y la recuperación.
- Observar la recuperación post-anestésica.
- Detectar signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGÍA AMBULATORIA

Dominio: 12 confort	Clase: 1 confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Dolor agudo</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Relacionado con el procedimiento quirúrgico de cirugía menor de mínima invasión, manipulación de los órganos internos, lesión de tejidos, tiempo prolongado de cirugía, entre otros.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Manifestado por expresión verbal de malestar, conducta de protección o defensa de la zona, irritabilidad, sudoración, taquicardia.</p>		Control del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce el comienzo del dolor.</li> <li>– Reconoce factores causales.</li> <li>– Utiliza medidas preventivas</li> <li>– Se administra analgésicos indicados.</li> <li>– Reconoce síntomas asociados al dolor.</li> <li>– Refiere dolor controlado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DEL DOLOR

#### ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición o duración, frecuencia, intensidad o severidad y factores desencadenantes.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados, analgésicos correspondientes.
- Valorar al paciente para detectar los factores que alivian o empeoran el dolor aparte del procedimiento.
- Considerar el tipo y la fuente del dolor para seleccionar la estrategia de alivio más idónea para él.
- Enseñar al paciente los principios de control del dolor.
- Administrar los medicamentos en forma precisa utilizando los cinco correctos acorde a la norma técnica institucional.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
- Orientar a la persona a usar técnicas no farmacológicas para controlar el dolor como respiraciones profundas, colocarse en posición cómoda, etc.

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

#### ACTIVIDADES

- Comprobar la prescripción médica en cuanto al medicamento, dosis, vía y frecuencia del analgésico prescrito.
- Comprobar el historial de alergias a medicamentos.
- Controlar signos y síntomas antes y después de la administración de analgésicos, sobre en analgésicos de tipo narcótico.
- Instruir al paciente para que solicite la administración del analgésico antes de que el dolor sea más severo.
- Verificar dosis, vía y horario del analgésico prescrito.
- Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Determinar la selección de analgésicos prescritos según el tipo y severidad del dolor.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGÍA AMBULATORIA

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 1 infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>Etiqueta (problema) (P)</b></p> <p>Riesgo de infección de herida</p>		Regeneración de la herida por primera intención	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aproximación cutánea</li> <li>– Aproximación de los bordes de la herida.</li> <li>– Formación de cicatriz.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguna</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b>Factores relacionados (causas) (E)</b></p> <p>Relacionado con procedimiento quirúrgico, microorganismos del medio ambiente hospitalario.</p>		Detecta riesgos de infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.</li> <li>– Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADO DE LAS HERIDAS

### ACTIVIDADES

- Monitorizar las características de la herida, color, tamaño, olor y temperatura, incluyendo los drenes.
- Realizar el cuidado de la herida con medidas asépticas y utilizando las precauciones universales.
- Monitorizar la producción y características de exudado o secreción por herida o dren.
- Inspeccionar la herida cada vez que se realice el cambio de apósito o vendaje.
- Comparar y registrar cualquier cambio que se produzca en la herida.
- Enseñar al paciente y familia los procedimientos para el cuidado de la herida.
- Informar al paciente y familia la detección oportuna de signos y síntomas de infección y trasladarse a la institución de salud más cercana en caso de presentar alguno.
- Anotar en el formato de registros clínicos de enfermería la respuesta del paciente al tratamiento y procedimientos realizados de acuerdo a la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES

### ACTIVIDADES

- Inspeccionar la existencia de algún signo y síntoma de infección sistémica o localizada.
- Fomentar la higiene de las manos en el personal de salud y familiares, utilizando los 5 momentos como lo marca la OMS y la campaña sectorial esta en tus manos.
- Mantener las normas de asepsia en la realización de procedimientos.
- Monitorizar continuamente el estado de la herida quirúrgica.
- Fomentar el autocuidado en la higiene personal y lavado de la herida con jabón al chorro de agua.
- Fomentar una ingesta de líquidos y nutrientes suficientes acorde a las posibilidades y cultura del paciente.
- Fomentar el aumento de la movilidad, deambulación y ejercicios pasivos.
- Explicar al paciente la importancia de tomar los antibióticos o cualquier otro medicamento prescrito.
- Recomendar al paciente acudir a su cita puntual para revisión de su herida.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGÍA AMBULATORIA

Dominio: 12 confort	Clase: 1 confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Náuseas</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Relacionado con efectos secundarios anestésicos, temor, efecto de fármacos, dolor, factores psicológicos.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Manifestado por incremento de salivación, sensación nauseosa, informes verbales, aumento de la deglución, disminución de la tensión arterial, palidez, diaforesis.</p>		<p>Control de la náusea y vómito.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce el inicio de la náusea.</li> <li>– Reconoce los estímulos precipitantes.</li> <li>– Informa tener sensación de náusea.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA NÁUSEA

#### ACTIVIDADES

- Valorar la presencia de las náuseas como: frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes.
- Observar las manifestaciones no verbales de incomodidad o de sensación de náuseas.
- Identificar factores que estén contribuyendo a la presencia de náuseas, como: medicamentos, procedimiento o el medio ambiente.
- Administrar los antieméticos prescritos y monitorizar la respuesta del paciente.
- Enseñar el uso de técnicas de respiración y dar posición para control de las náuseas.
- Identificar estrategias exitosas en el alivio de las náuseas.
- Colocar oxígeno por puntas nasales o mascarilla.
- Enseñar al paciente estrategias no farmacológicas para el control de las náuseas, como: respiraciones profundas, consumir alimentos fríos, enchilados, etc.
- Facilitar el descanso y el sueño para propiciar el alivio de las náuseas.
- Fomentar la higiene bucal para generar sensación de comodidad y eliminar el mal sabor.
- Animar a la ingesta de líquidos o dieta blanda que sean atractivas para la persona.

### INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS POST-ANESTESIA

#### ACTIVIDADES

- Monitorizar los signos vitales y la evolución del paciente.
- Administrar medidas de calor (mantas, calefacción, entre otros).
- Monitorizar la producción de diuresis si fuera necesario.
- Proporcionar medidas farmacológicas y no farmacológicas para control de las náuseas y vómitos.
- Administrar medicamentos prescritos.
- Vigilar el retorno de la función sensorial y motora.
- Valorar las condiciones del paciente para considerar el alta hospitalaria.
- Orientarlo sobre los cuidados que debe tener en el hogar en la herida, con la toma de medicamentos y su próxima cita.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: CIRUGIA AMBULATORIA

Dominio: 4 actividad / reposo	Clase: 5 autocuidado				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Disposición de mejorar el autocuidado</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Expresa deseos de aumentar la independencia en el mantenimiento de la vida, de la salud, del bienestar, del autocuidado y del desarrollo personal.</p>		<p>Preparación para el alta: vida independiente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Describe signos y síntomas al profesional de asistencia sanitaria</li> <li>– Describe los tratamientos prescritos.</li> <li>– Describe los riesgos de complicaciones.</li> <li>– Realiza actividades de la vida diaria independiente</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA DEL PROCESO DE ENFERMEDAD

### ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad.
- Describir a la persona el proceso de la enfermedad con palabras sencillas y comprensibles de acuerdo a su nivel cultural.
- Identificar el grado de conocimiento de la persona acerca de su enfermedad.
- Proporcionar a la persona información suficiente acerca de la enfermedad.
- Identificar cambios en el estado físico del paciente.
- Proporcionar información a la familia acerca de los progresos del paciente.
- Comentar cambios en el estilo de vida que puedan ser necesarios para evitar futuras complicaciones y/ o controlar el proceso de la enfermedad.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control, terapia y tratamiento.
- Describir las posibles complicaciones.
- Instruir sobre las medidas para prevenir o minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre cuáles son los signos y síntomas de los que deba informar a la familia o al profesional de la salud.
- Instruir al paciente sobre lugares a donde acudir en caso de urgencia.
- Enseñar al paciente como realizar los cuidados de su herida.
- Enseñar al paciente a detectar signos y síntomas de posible infección de la herida.
- Explicar la importancia sobre la higiene de las manos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
4. Alianza Mundial por la Seguridad del paciente. Segundo reto mundial por la Seguridad del paciente. La Cirugía segura salva vidas. Organización Mundial de la Salud, 2008
5. Norma Oficial Mexicana NOM -003-SSA-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
6. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico
7. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES.

### **Elaboró:**

Lic. Enf. María del Rocío Almazán Castillo Mtra. Jefatura de Dpto. de Normas y Programas de Enfermería de la Dirección de Enfermería de la DGCES. Secretaría de Salud.

Lic. Ana Belém Morales López.- Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" IMSS.

# Dengue clásico en niños

# 6

El Dengue es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del género *Aedes*. El agente etiológico es el Dengue virus con cuatro serotipos: DENV-1, 2, 3 y 4. La infección viral puede producir un cuadro asintomático, cuadros de fiebre indiferenciada, Fiebre Clásica de Dengue (DC), Dengue Hemorrágico (DH) o Síndrome de Choque por Dengue (SCHD).

Es considerado como la enfermedad más común transmitida por artrópodos (arbovirosis); de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen entre 30 y 60 millones de infecciones por año en el mundo, con miles de muertes en más de 100 países y aproximadamente dos mil millones de personas en riesgo, conocido también como “trancazo” o “fiebre quebrantahuesos”, se presentan después de un periodo de incubación de cuatro a siete días y se presenta en elevadas densidades poblacionales durante las épocas lluviosas con temperatura y humedad estables.

El Dengue es transmitido de una persona enferma a una susceptible a través de la picadura de mosquitos hematófagos conocidos como *Aedes aegypti*, principalmente, aunque también existe otro vector que es el *A. albopictus*. Tiene una preferencia doméstica en su ciclo de vida, por lo que su adaptabilidad es muy grande hacia los diferentes escenarios que el hombre hace en sus viviendas.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. S.S.*

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 1.2 confort	Clase: 1 confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Dolor agudo</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Agentes lesivos biológicos, proceso infeccioso de tipo viral, exposición al medio ambiente contaminado, etc.</p> <p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Conductas expresivas de inquietud, llanto, irritabilidad, vómitos, mascara facial con ojos apagados, expresión abatida, movimientos escasos, llanto, gemidos, trastornos del sueño, dilatación pupilar, cambios en el apetito, cambios en la frecuencia cardíaca y respiratoria, cefalea generalmente frontal, dolor retroarticular, etc.</p>		<p>Controlar el dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce el inicio del dolor.</li> <li>– Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor.</li> <li>– Refiere síntomas incontrolables.</li> <li>– Refiere dolor controlado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Nivel del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dolor referido</li> <li>– Duración de los episodios del dolor.</li> <li>– Gemidos, gritos.</li> <li>– Expresiones faciales de dolor.</li> <li>– Tensión muscular</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	
		<p>Severidad de los síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intensidad del síntoma.</li> <li>– Persistencia del síntoma</li> <li>– Malestar asociado</li> <li>– Ansiedad asociada</li> </ul>		

### INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO DEL DOLOR

#### ACTIVIDADES

- Realizar valoración del tipo de dolor, localización, características, duración, frecuencia, intensidad, severidad.
- Observar manifestaciones no verbales de molestias en niños y personas que no puedan comunicarse eficazmente.
- Asegurar de que el paciente reciba el tratamiento de analgésicos correspondientes.
- Explorar el conocimiento del paciente sobre el dolor.
- Considerar las influencias culturales para el tratamiento del dolor cuando esto sea posible.
- Ayudar al paciente y familia a obtener y proporcionar apoyo.
- Realizar seguimiento de cambios del nivel de dolor utilizando un método de valoración adecuado y ayude a identificar factores desencadenantes reales y potenciales.
- Proporcionar información acerca del tipo de dolor como las causas, el tiempo que durara y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente al dolor como: temperatura de la habitación, iluminación y Ruidos.
- Considerar la disposición del paciente para seleccionar estrategias de alivio al dolor como las no farmacológicas, la presencia de los padres o ser querido, los juegos de entretenimiento, etc.
- Enseñar los principios de control del dolor en un lenguaje acorde a la edad del paciente.
- Fomentar periodos de descanso y sueño que faciliten el alivio del dolor.
- Notificar al médico responsable si las medidas implementadas para disminuir el dolor no tuvieron éxito para que él tome otras medidas de control.

### INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO AMBIENTAL CONFORT

#### ACTIVIDADES

- Crear un ambiente tranquilo y de apoyo, limpio y seguro
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir periodos de reposo.
- Ajustar la temperatura ambiental que sea más cómoda para el niño.
- Corregir fuentes de incomodidad como: la ropa de cama arrugada.
- Evitar cambios bruscos de temperatura.
- Ajustar la iluminación del cubículo, evitando la luz directa en los ojos.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad del niño
- Vigilar la piel, especialmente las prominencias óseas por si existiera signos de presión o de irritación.
- Evitar exponer la piel o membranas mucosas a factores irritantes.
- Ofrecer recursos educativos relevantes y útiles respecto al manejo de enfermedades y de lesiones al niño y su familia.
- Invitar a los padres o familiar a tomar al niño cómodamente.
- Realizar anotaciones de la respuesta humana del niño y los resultados del tratamiento, la terapéutica y los procedimientos, en el formato de registros clínicos de enfermería como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DEL VÓMITO

### ACTIVIDADES

- Valorar el color, la consistencia, la presencia de sangre, la duración y el alcance de la emésis.
- Determinar la frecuencia y duración del vómito.
- Identificar factores que pueden causar o contribuir al vómito como: medicación o procedimientos.
- Controlar los factores ambientales que pueden provocar el vómito como: malos olores, ruidos, estimulación visual desagradable, etc.
- Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumente el vómito como: ansiedad, miedo por desconocimiento, etc.
- Mantener las vías aéreas abiertas y permeables
- Colocar al paciente de forma adecuada para prevenir la aspiración.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito, ayudando al niño a inclinarse o sujetarle la cabeza para evitar la aspiración.
- Proporcionar alivio a la sintomatología, colocando toallas frías en la frente, lavar la cara o proporcionar ropa limpia y seca, después del episodio de vómito.
- Realizar higiene oral y bucal después del vómito.
- Controlar si hay daños en el esófago y en la faringe posterior al vómito, caso de que este sea prolongado.
- Fomentar y propiciar el descanso.
- Pesar al paciente con regularidad para monitorearlo.
- Controlar los efectos del vómito.
- Recuperar líquidos vía oral o parenteral por prescripción médica y si se valora la necesidad.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA MEDICACIÓN

### ACTIVIDADES

- Desarrollar y propiciar un ambiente que mejore la seguridad y la eficacia de la administración de medicamentos.
- Cumplir con los principios de la administración de medicamentos acorde a la normatividad institucional.
- Observar si existen posibles alergias o contraindicaciones respecto a la ministración de medicamentos.
- Vigilar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos.
- Ayudar al paciente a tomar los medicamentos y verificar que lo haga.
- Instruir al niño de acuerdo a la edad y a la familia a cerca de las acciones y los efectos adversos esperados de la medicación.
- Vigilar al paciente para determinar la necesidad de medicamentos según las respuestas que presente y la variabilidad en el estado de salud.
- Registrar las respuestas humanas y los resultados obtenidos con la terapéutica, procedimientos y tratamientos, en el formato de registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.
- Observar si hay signos y síntomas de la toxicidad de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Revisar periódicamente con el paciente y familia los tipos y dosis de medicamentos tomados y los que debe tomar en el hogar.

## INTERVENCIONES (NIC): INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO

### ACTIVIDADES

- Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar los resultados de los exámenes de laboratorio, incluyendo género, edad, dieta, hidratación, hora del día, nivel de actividad y estrés.
- Monitorizar los resultados secuenciales de los análisis para ver las tendencias y cambios bruscos en las cifras.
- Reconocer que los resultados de análisis incorrectos con frecuencia son el resultado de errores administrativos.
- Realizar la confirmación de los resultados de análisis anormales con estrecha atención a la identificación del niño y de la muestra del producto de laboratorio, estado de la muestra y rapidez de entrega al laboratorio.
- Informar inmediatamente y coordinarse con médico tratante para tomar decisiones respecto a los cambios súbitos de los valores de laboratorio.
- Analizar si los resultados son coherentes con el comportamiento, la evolución y estado de salud del niño.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 1.1 seguridad / protección	Clase: 6 termorregulación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Hipertermia.</p>		<p>Mantener la temperatura en cifras normales (termorregulación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presencia de piel de gallina</li> <li>– Sudoración</li> <li>– Frecuencia cardíaca apical</li> <li>– Frecuencia del pulso radial</li> <li>– Frecuencia respiratoria</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Aumento de la tasa metabólica, enfermedad de tipo viral, proceso infeccioso, etc.</p>					
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, piel enrojecida, calor al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, irritabilidad, llanto, gritos, desesperación, diaforesis, etc.</p>		<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hipertermia</li> <li>– Cefalea</li> <li>– Dolor muscular</li> <li>– Cambios de coloración cutánea.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave.</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Leve.</li> <li>5. Ninguno.</li> </ol>		

### INTERVENCIÓN (NIC): TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

#### ACTIVIDADES

- Tomar la temperatura cada 2 horas hasta el control de la misma.
- Observar el color de la piel.
- Comprobar la presión sanguínea, pulso y respiración.
- Vigilar presencia de signos y síntomas de disminución del nivel de conciencia.
- Administración de medicamentos antipiréticos por prescripción médica.
- Aplicar bolsa de hielo en ingle y axilas, si es necesario, tomando las medidas preventivas de protección a la bolsa.
- Dar baño tibio, si esta en condiciones.
- Favorecer la ingesta de líquidos a tolerancia o vía intravenosa.
- Observar si hay infección severa.
- Vigilar pérdida imperceptible de líquidos.
- Revisar y analizar los valores de recuento de leucocitos.
- Evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.
- Observar la presencia de signos y síntomas de pérdida de la conciencia o convulsiones.
- Vigilar si hubiera pérdida imperceptible de líquidos.
- Monitorizar su hubiera anomalías en los electrolitos.

### INTERVENCIÓN (NIC): VIGILANCIA SEGURIDAD

#### ACTIVIDADES

- Vigilar signos vitales.
- Vigilar estado neurológico.
- Controlar el estado emocional.
- Controlar cambios en el patrón del sueño.
- Valorar periódicamente la integridad de la piel en niños de alto riesgo.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Comprobar la perfusión tisular.
- monitorizar el estado nutricional.
- Vigilar el patrón de eliminación intestinal y vesical.
- Observar datos de hemorragias.
- informar al médico responsable de cualquier cambio en el estado de salud del paciente y coordinarse para la toma de decisiones.
- Registrar las respuestas humanas y los resultados obtenidos con la terapéutica, procedimientos y tratamientos, en el formato de registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### INTERVENCIONES (NIC): FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

#### ACTIVIDADES

- Establecer una relación personal con el niño y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del niño.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar la falta de autocuidado o cuidados al niño.
- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el niño.
- Animar a los miembros de la familia y al niño a desarrollar un plan de cuidados.
- Facilitar la comprensión del estado del niño a los miembros de la familia acerca de los aspectos médicos.
- Proporcionar apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 11 seguridad / protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>limpieza ineficaz de las vías aéreas</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Infección viral, retención de secreciones, secreciones bronquiales, exposición al medio ambiente frío, espasmo de las vías aéreas, etc.</p> <p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Sonidos respiratorios adventicios, dificultad para vocalizar, cianosis, tos inefectiva o ausencia, agitación, disnea, cambios en la frecuencia y ritmo respiratorio etc.</p>		<p>Mantener estado respiratorio y la permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>Control de signos vitales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilidad y frecuencia respiratoria.</li> <li>– Capacidad de eliminar secreciones.</li> <li>– Ritmo respiratorio.</li>   <li>– Regular temperatura corporal.</li> <li>– Frecuencia respiratoria.</li> <li>– Presión arterial.</li> <li>– Presión del pulso.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li>   <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3.- Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIÓN (NIC): ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

#### ACTIVIDADES

- Prever las precauciones universales para el procedimiento: guantes, goggles o gafas, cubre bocas, etc.
- Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de aspirar la nasofaringe. Aspirar la nasofaringe con una perilla o utilizar el método acorde a la edad del paciente.
- Enseñar al paciente infante a respirar lenta y profundamente.
- Enseñar a l niño y a la familia a succionar la vía aérea si resulta adecuado.
- Anotar el tipo, cantidad y características de secreciones obtenidas.
- Basar el tiempo de cada aspiración en la respuesta del paciente y el resultado.
- Contemplar la posibilidad y/o necesidad de enviar cultivo de secreciones.
- Valorar el estado de oxigenación del paciente y su respuesta durante el procedimiento.
- Tener monitoreados los signos vitales.

### INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.

#### ACTIVIDADES

- Eliminar o aspirar secreciones fomentando la tos o a través de la succión.
- Fomentar una respiración lenta y profunda para inducir a la tos.
- Enseñar a toser de manera efectiva para expulsar secreciones.
- Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños, hacer burbujas, soplar un silbato, globos, popotes, espirómetro, etc.
- Auscultar los sonidos respiratorios observando las aéreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.
- Regular la ingesta de líquidos para optimizar el equilibrio de líquidos y fluido de secreciones.
- Colocar al paciente en una posición que alivie y facilite la respiración.
- Vigilar continuamente el estado respiratorio y de oxigenación.
- Monitorizar el funcionamiento del sistema de oxigenación.
- Administrar expectorantes por prescripción médica.
- Realizar palmo percusión o puño percusión si esta permitido.
- Monitorizar la respuesta respiratoria del paciente.
- Registrar las respuestas humanas y los resultados obtenidos con la terapéutica, procedimientos y tratamientos en el formato de registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Monitorizar el esquema de respiración la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo, bradipnea, taquicardia, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne – Stokes, respiraciones apnéusticas, Biot y esquemas atáxicos.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas como ronquidos o sibilancias, tos con duración y características.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática.
- Auscultar los sonidos respiratorios y la presencia de sonidos adventicios.
- Determinar la necesidad de aspiración frecuente auscultando los campos pulmonares para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- Comprobar la capacidad del niño para toser eficazmente.
- Observar si se produce ronquera o cambio de voz, disnea o sucesos que la mejoren o empeoren.
- Monitorizar si se presenta aumento de intranquilidad, ansiedad o falta de aire.
- Monitorizar su temperatura corporal.

## INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA

### ACTIVIDADES

- Determinar los riesgos de salud del niño
- Preguntar al niño por la percepción de su estado de salud
- Preguntar al niño y/o la familia por los signos, síntomas o problemas recientes.
- Comprobar el estado neurológico del niño.
- Vigilar signos vitales constantemente por lo menos cada 30 minutos.
- Vigilar el patrón respiratorio.
- Comprobar la perfusión tisular capilar.
- Comprobar el nivel de comodidad y tomar acciones correspondientes.
- Observar si hay tendencias hemorrágicas en los niños de alto riesgo.
- Establecer prioridad en las acciones en función del estado de salud del niño.
- Registrar las respuestas humanas y los resultados obtenidos con la terapéutica, procedimientos y tratamientos, en el formato de registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA ENTRENAMIENTO PARA EL ASEO

#### ACTIVIDADES

- Enseñanza a los padres a determinar la disposición física del niño para el entrenamiento del aseo acorde a su capacidad de limpiarse las manos, las fosas nasales y lavarse las manos después de la defecación.
- Dar información sobre estrategias para favorecer el entrenamiento del aseo.
- Dar información sobre como reforzar el éxito del niño en cualquier parte del proceso.
- Dar apoyo en la enseñanza a los padres durante el proceso.
- Animar a los padres a ser flexibles y creativos durante el desarrollo y la implantación de las estrategias de entrenamiento.

### INTERVENCIONES (NIC): FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

#### ACTIVIDADES

- Establecer una relación personal con el niño y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado
- Identificar la capacidad de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del niño.
- Crear una cultura de flexibilidad para la familia.
- Determinar los recursos físicos, emocionales y educativos del cuidador principal.
- Identificar el nivel y capacidad de autocuidado del niño.
- Identificar la disposición de los miembros de la familia para implicarse con el niño.
- Animar a los miembros de la familia y al niño a desarrollar un plan de cuidados promoviendo medidas para prevenir infecciones posteriores en el hogar.
- Facilitar la comprensión de los miembros de la familia sobre aspectos médicos y estado de salud del niño.
- Proporcionar apoyo necesario para que la familia tome decisiones informadas.

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

#### ACTIVIDADES

- Monitorear periódicamente presión sanguínea, temperatura, frecuencia cardiaca y estado respiratorio.
- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio en profundidad y simetría.
- Observar si hay llenado capilar normal.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Coordinarse con el área médica tratante para cualquier cambio que presente el paciente.
- Realizar los registros clínicos y notas de enfermería, correspondientes como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 12 Confort	Clase: 1 confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Náuseas.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Dolor, proceso infeccioso de tipo viral, ansiedad, efecto secundario de medicamentos, distensión abdominal, etc.</p> <p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Aumento de la salivación, aversión a los alimentos, informe verbal de náuseas, mareo, palidez, hipotensión, etc.</p>		Control de síntomas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce el comienzo del síntoma.</li> <li>– Reconoce la persistencia.</li> <li>– Reconoce la intensidad del síntoma.</li> <li>– Utiliza medidas de alivio del síntoma.</li> <li>– Utiliza recursos disponibles.</li> <li>– Refiere control del síntoma.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO DE LAS NÁUSEAS

#### ACTIVIDADES

- Fomentar la observación de la propia experiencia con las náuseas.
- Realizar una valoración completa de las náuseas, incluyendo la frecuencia, la duración, la intensidad y los factores desencadenantes.
- Observar si hay manifestaciones no verbales de incomodidad especialmente en niños.
- Identificar factores que pueden causar o contribuir a las náuseas como la medicación, procedimientos, dolor, etc.
- Identificar estrategias exitosas previas en el alivio de las náuseas.
- Demostrar la aceptación de la náusea y colaborar con el niño y familiar para controlar el síntoma.
- Administrar alimentos fríos, líquidos transparentes sin olor y sin color.
- Enseñarle a controlar las náuseas a través de ejercicios de respiración.

### INTERVENCIÓN (NIC): ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

#### ACTIVIDADES

- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto con el niño para que acepte sus alimentos.
- Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del niño.
- Utilizar normas nutricionales aceptadas para ayudar al niño a valorar la conveniencia de una ingesta agradable y nutritiva.
- Controlar la capacidad de deglutir del niño.
- Crear un ambiente agradable durante la hora de la comida.
- Controlar el estado de hidratación del paciente.
- Considerar factores, como: la edad, tipo de lesión a la salud, enfermedad y economía para la planificar las formas de cumplir con las necesidades nutricionales en el hogar.
- Comentar los gustos y aversiones alimentarias del niño proporcionando los alimentos a la temperatura más apetitosa.
- Ayudar al niño a registrar lo que suele comer en un periodo de 24 horas.
- Valorar los esfuerzos realizados para conseguir los objetivos.
- Registrar las respuestas humanas y los resultados obtenidos con la terapéutica alimentaria, en el formato de registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 4 actividad / reposo	Clase: 3 equilibrio de la energía				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Fatiga</p>		Reforzar el estado de salud personal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Resistencia a la infección.</li> <li>– Función pulmonar.</li> <li>– Nivel de energía.</li> <li>– Capacidad para el afrontamiento.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Proceso infeccioso de tipo viral, presencia de dolor, ansiedad, por el estado de la enfermedad, acontecimientos vitales negativos e inesperados, periodo prolongado de hospitalización, etc.</p>		Nivel de dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tensión muscular.</li> <li>– Pérdida de apetito.</li> <li>– Duración de episodios de dolor.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave.</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Leve.</li> <li>5. Ninguno.</li> </ol>	
<p><b><u>Características Definitivas (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Apatía, desinterés por el entorno, aumento de las quejas físicas y del requerimiento del descanso, cansancio, expresión de la falta de energía, incapacidad para mantener el nivel habitual de actividad física.</p>					

### INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO DE ENERGÍA

#### ACTIVIDADES

- Valorar y determinar el déficit del estado fisiológico del niño que este ocasionando fatiga según el contexto de la edad y el desarrollo.
- Animar a la verbalización de los sentimientos sobre las limitaciones.
- Determinar la percepción de la causa de fatiga de parte del niño o los familiares.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos requeridos.
- Negociar las horas de las comidas deseadas, que puedan o no coincidir con los horarios habituales del hospital.
- Observar al niño si aparecen indicios de exceso de fatiga física y emocional.
- Ayudar al niño a comprender los principios de conservación de la energía por ejemplo con el reposo en cama.
- Instruir al niño y familiares a avisar al personal de salud si los síntomas de fatiga persisten o aumentan.
- Vigilar el estado físico del niño como el peso corporal e hidratación.
- Ayudar al niño a controlar conscientemente el humor y energía.

### INTERVENCIÓN (NIC): MEJORAR EL SUEÑO

#### ACTIVIDADES

- Determinar el esquema de sueño/ vigilancia del niño.
- Explicar la importancia de conciliar el sueño por el tiempo que requiera durante la enfermedad.
- Observar y registrar el esquema y número de horas de sueño del niño.
- Comprobar el esquema del sueño del niño y observar las circunstancias físicas como las vías aéreas obstruidas, dolor, molestias, miedo o ansiedad entre otras que interrumpen el sueño.
- Ajustar las condiciones del ambiente como la luz, ruido, temperatura, colchón, ropa de cama, para favorecer el sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Disponer y llevar a cabo medidas agradables como masaje y contacto afectuoso.
- Disponer horario de siestas durante el día para cumplir con las necesidades de sueño y recuperación de la energía.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 9 afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase: 2 respuesta de afrontamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Temor</p>		Autocontrol del miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elimina los factores precursores del miedo.</li> <li>– Controla las respuestas del miedo.</li> <li>– Controla la respuesta del miedo.</li> <li>– Mantiene las relaciones sociales.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>De origen innato como el dolor, amenaza de su salud, de su rol social, a la muerte, u otros.</p>		Nivel de miedo infantil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumento de la frecuencia cardiaca.</li> <li>– Irritabilidad.</li> <li>– Dolores generalizados.</li> <li>– Labilidad emocional.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave.</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Leve.</li> <li>5. Ninguno.</li> </ol>	El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b> .
<p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Impulsividad, aumento del estado de alerta, del pulso, de la frecuencia respiratoria, vómitos, náuseas, palidez, expresión de terror, pavor, pánico, inquietud, etc.</p>					<b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>

### INTERVENCIÓN (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Valorar el impacto de la situación vital del niño y escucharlo con atención.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas de la situación de salud y tratamiento.
- Disponer un ambiente de aceptación y tranquilidad.
- Proporcionar al niño, elecciones realistas, sobre aspectos de los cuidados de enfermería
- Evaluar la capacidad del niño para tomar decisiones.
- Animar al niño a desarrollar relaciones
- Fomentar actividades sociales y culturales.
- Reconocer la experiencia espiritual del paciente.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepción y miedos.
- Animar al paciente a identificar los puntos fuertes y capacidades.
- Abrazar o tocar al niño para proporcionarle apoyo y recomendar lo mismo al familiar.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados y que requiera el paciente.
- Permanecer con el paciente y proporcionar sentimientos de seguridad, durante los periodos de ansiedad.
- Establecer actividades recreativas.

### INTERVENCIÓN (NIC): APOYO EMOCIONAL

#### ACTIVIDADES

- Crear un ambiente seguro para el niño.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente y su historial de conducta
- Retirar del ambiente los objetos peligrosos.
- Acompañar al niño a las actividades fuera de la cama.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance de la paciente.
- Proporcionar un entorno limpio y cómodo.
- Evitar exposiciones innecesarias, como corrientes de aire, exceso de frío o calor.
- Proporcionar comidas o tentempiés agradables.
- Limitar el número de visitas.
- Facilitar el uso de objetos personales como pijamas, productos de aseo, etc.
- Controlar plagas ambientales.
- Ayudar al paciente y a la familia a crear un ambiente confortable y no amenazador.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Ayudar al paciente y familia a identificar factores que aumentan el sentido de seguridad.
- Ayudar al niño a identificar respuestas habituales a su capacidad de resolución de problemas.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 2 nutrición	Clase: 5 hidratación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de desequilibrio electrolítico.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Diarrea, deshidratación, vómito, hipertermia, efectos secundarios del tratamiento, etc.</p>		<p>Mantener el equilibrio hídrico</p> <p>Hidratación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hidratación cutánea</li> <li>– Humedad de membranas y mucosas.</li> <li>– Entradas y salidas diarias equilibradas.</li> <li>– Densidad específica de la orina.</li> <li>– Ojos hundidos</li> <li>– Sed</li> <li>– Ingesta de líquidos.</li> <li>– Pulso rápido.</li> <li>– Calambres musculares.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO DE LÍQUIDOS Y ELECTROLITOS

#### ACTIVIDADES

- Llevar un registro de ingesta y eliminación del niño así como sus características.
- Favorecer la ingesta vía oral proporcionándole líquidos según preferencias del niño, si resulta oportuno.
- Administrar líquidos prescritos médicamente por vía intravenosa.
- Monitorizar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos niveles de hematocrito, BUM, albúmina, proteínas totales, osmolaridad del suero y gravedad específica de la orina.
- Vigilar signos vitales cada 30 minutos.
- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos y/o deshidratación.
- Observar si existe pérdida de líquidos por hemorragias, vómitos, diarreas, o transpiración, que pudiera favorecer la hemoconcentración y elevación de la temperatura corporal.
- Pesar a diario y valorar la evolución.
- Proporcionar dieta adecuada para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos
- Observar si se encuentran efectos secundarios como consecuencia de suplemento de electrolitos
- Valorar las condiciones de las mucosas bucales del paciente y la piel, por si hubiera indicios de alteración de líquidos y del equilibrio de electrolitos, como: sequedad, cianosis, e ictericia.
- Avisar al medico si existe algún cambio en los signos y síntomas, coordinarse con él para la toma de decisiones y registrar las respuestas humanas y los resultados obtenidos con la terapéutica en el formato de registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### INTERVENCIÓN (NIC): TERAPIA INTRAVENOSA

#### ACTIVIDADES

- Verificar la prescripción de la terapia intravenosa
- Comunicar al niño acerca del procedimiento.
- Corroborar el tipo de solución, cantidad, fecha de caducidad y que no haya daños en el envase.
- Aplicar los principios básicos, antes de iniciar la infusión, fármaco, dosis, paciente, vía y frecuencia.
- Administrar líquidos a temperatura ambiente.
- Confirmar si el niño no esta llevando tratamiento medico previo y verificar si hay incompatibilidad.
- Verificar la velocidad de la infusión y el sitio de infusión
- Registrar ingresos y egresos.
- Fijar correctamente el acceso intravenoso.

## INTERVENCIÓN (NIC): MONITOREO NEUROLÓGICO

### ACTIVIDADES

- Vigilar el nivel de conciencia del niño.
- Registrar forma, tamaño y simetría y somatometría.
- Vigilar signos y síntomas del proceso de infección y/o enfermedad.
- Comprobar el estado respiratorio.
- Vigilar el reflejo corneal.
- Comprobar la fuerza de presión que tiene el niño.
- Verificar la características del habla como la fluidez y la respuesta a estímulos verbal y táctil.
- Observar si hay respuesta o evento adverso de medicamentos.
- Notificar al medico si se observa cambios.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN NIÑOS

Dominio: 1.1 seguridad / protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>Etiqueta (problema) (P)</b></p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea</p>		Controlar el riesgo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evita exponerse a las amenazas para la salud.</li> <li>– Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.</li> <li>– Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
<p><b>Factores relacionados (causas) (E)</b></p> <p>Deterioro de la circulación, humedad, hipertermia, deshidratación, inmovilización física, deterioro de la sensibilidad, prominencias óseas expuestas, etc.</p>		Integridad tisular de piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatura de la piel.</li> <li>– Sensibilidad.</li> <li>– Hidratación.</li> <li>– Transpiración.</li> <li>– Perfusión tisular</li> <li>– Elasticidad.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIÓN (NIC): VIGILANCIA DE LA PIEL

#### ACTIVIDADES

- Observar su color, calor, pulsos, textura, edema o ulceraciones, drenaje en alguna parte del cuerpo o enrojecimiento, calor extremo en membranas o mucosas, etc.
- Observar si hay pérdida de integridad de la piel, zonas de presión o fricción, de decoloración de la piel, erupciones y/o abrasiones, excesiva sequedad y humedad en la piel.
- Observar si la ropa queda ajustada.
- Comprobar la temperatura de la piel.
- Informar al miembro de la familia o cuidador acerca de los signos de pérdida de integridad de la piel.
- Mantener las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Realizar el baño a una temperatura agradable del agua y fomentar el autocuidado.
- Avisar al médico si existe algún cambio en los signos y síntomas, coordinarse con él para la toma de decisiones y registrar las respuestas humanas y los resultados obtenidos con la terapéutica en el formato de registros clínicos y notas de enfermería, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### INTERVENCIÓN (NIC): CAMBIOS DE POSICIÓN

#### ACTIVIDADES

- Animar al paciente a participar en los cambios de posición.
- Incorporar en el plan de cuidados la posición preferida del paciente para dormir, si no esta contraindicada.
- Colocar en posición que facilite la ventilación perfusión.
- Fomentar la realización de ejercicios activos o pasivos con un margen de movimientos, si resulta apropiados.
- Evitar colocar al niño en una posición que le aumente el dolor.
- Realizar los cambios adecuados según lo indique el estado de la piel. Proporcionar los cuidados adecuados a la piel.
- Inspeccionar durante los cambios de posición la presencia de enrojecimiento, calor extremo, drenaje en la piel o las membranas mucosas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. Editorial Elsevier, Madrid España 2010
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC) 4ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2009
3. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) 5ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2009.
4. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.
5. Alfaro A, Guardia M, Wong, Roy et al. Caracterización clínica del dengue hemorrágico en niños. Acta Pediátr. Costarric, 2005; 19(2): 11 – 16.
6. Casals Villa M, Herrera Sánchez R. Caracterización del trabajo de enfermería durante una epidemia de dengue. Rev Cubana Enfermer [Revista en Internet]. 2004 Abr [citado 2010 Ago 09]; 20(1): 1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Comunidad de Madrid. Guía de Buenas Prácticas: Promoción de la calidad para la prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria. Salud Madrid. España: 71 – 89.
8. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica: Manejo y tratamiento del Dengue en el primer y segundo nivel de atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2010: 10 – 17.
9. Galvis Ramírez V, Bustamante García M, Sarmiento Limas C. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Guía de atención del Dengue. Colombia. Disponible en:
10. Hausteín D, Segura J, Anderson A, Zevallos M, Montes C. Diagnóstico Rápido sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Población con Alto Riesgo de contraer Fiebre de Dengue en la Macro Región Norte del Perú y Lima. Disponible en: [minsa.gob.pe/pvigia/productos/.../lima/finallima.pdf](http://minsa.gob.pe/pvigia/productos/.../lima/finallima.pdf)
11. Maguiña Vargas C, Osoreo Plenge F, Suárez Ognio L, Soto Arquiniño Le, Pardo Ruiz K. Dengue clásico y hemorrágico: Una enfermedad reemergente y emergente en el Perú. Rev Med Hered, 2005; 16 (2): 120 – 234.
12. Martínez Torres E. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica, 2006; 20(1): 66 – 72.
13. Maza Brizuela J, Navarro Marín J, Rivas Amaya J, Alcides Urbina H, Reyes de Guzmán E. Protocolos de atención de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud. 2ª. Ed. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2006: 106 – 109.
14. Ministerio de Salud 2000. Comisión Interinstitucional de dengue. Normas técnicas para el control del dengue y dengue hemorrágico p 10-11
15. Ministerio de salud, dirección general de servicios de salud. Protocolo para el manejo hospitalario del dengue en niños/as y adolescentes. Nicaragua: Ministerio de salud. 2008: Disponible en: [minsa.gob.ni/bns/regulación/2009/N-010-DenguePediatria.pdf](http://minsa.gob.ni/bns/regulación/2009/N-010-DenguePediatria.pdf)
16. Montero Ch G, Morera H H, Ramírez S A, Sanabria V L4, Suárez P M. Percepción de Vulnerabilidad y Severidad de la Enfermedad del Dengue en la Comunidad de Metrópolis II de Pavas, San José. Costa Rica. Rev. Costarric. Salud Pública, julio 2008; 17(32): 1 – 9.
17. O.P.S Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue. Bogotá: Instituto Nacional de Salud. 2010: 15 – 20.
18. O.P.S Prevención y Control del Dengue en las Américas: enfoque integrado y lecciones aprendidas. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.a Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C: O.P.S. octubre del 2007: 2 – 7.
19. Ramal Asayag C, Orts Póveda C, Chauca Aguirre H, Mestanza Montoya M. Dengue hemorrágico en el Hospital Regional de Loreto. Reporte de un caso. Rev Med Hered, 2008; 19(2): 81
20. Rigau Pérez J, Gary G C. Cómo responder a una epidemia de dengue: visión global y experiencia en Puerto Rico. Rev Panam Salud Pública, 2005; 17(4): 282 – 293.
21. Rol de enfermería en la vigilancia epidemiológica del dengue. Compendio de Enfermería: Noticias, Tecnología y Salud. Disponible en: <http://www.compendiodenfermeria.com/rol-de-enfermeria-en-la-vigilancia-epidemiologica-del-dengue/>
22. S.S.A Guía de Participación comunitaria para la prevención y control del dengue. México: S.S.A. Disponible en: [www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf](http://www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf)
23. S.S.A Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-003-SSA2-2008, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
24. S.S.A. Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. México: S.S.A; (Junio 2010). Disponible en: [cenave.gob.mx/.../archivos/Manual de dengue-Pagina WEB.doc](http://www.cenave.gob.mx/.../archivos/Manual%20de%20dengue-Pagina%20WEB.doc)
25. S.S.A. Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. México: SSA. 2006: Disponible en: [salud.tamaulipas.gob.mx/.../pdfs/MANUAL-DENGUE 2006.pdf](http://salud.tamaulipas.gob.mx/.../pdfs/MANUAL-DENGUE%202006.pdf)
26. S.S.A. Manual Simplificado para la vigilancia epidemiológica del dengue. México: S.S.A, 1997: Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Man19-Dengue/Man19.htm>
27. Torres Alva G. Brote dengue en la provincia de Trujillo. Cienc. Salud, 2007; 1(1):32 – 36.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

Dra. María Asunción Vicente Ruíz. - Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

MCE. Rodolfo Gerónimo Carrillo.- Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

MCE. Gabriela Noh Pazos.- Secretaría de Salud del Estado de Tabasco, Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Lic. Enf. Ana Bertha López Martínez.-Asociación Tabasqueña de Enfermeras Peditras, Hospital de Zona No. 46 IMSS, Delegación Tabasco

Lic. Enf. María Eugenia de la Cruz Villegas.- Hospital de Alta Especialidad del Niño "Dr. Rodolfo Nieto Padrón"

## Dengue clásico | 7 en adultos

El Dengue es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del género *Aedes*. El agente etiológico es el Denguevirus con cuatro serotipos: DENV-1, 2, 3 y 4. La infección viral puede producir un cuadro asintomático, de Fiebre indiferenciada, Fiebre Clásica de Dengue (DC), Dengue Hemorrágico (DH) o Síndrome de Choque por Dengue (SCHD). Conocido también como “tracazo” o “fiebre quebrantahuesos”, se presentan después de un periodo de incubación de cuatro a siete días y se presenta en elevadas densidades poblacionales durante las épocas lluviosas con temperatura y humedad estables.

Es considerado como la enfermedad más común transmitida por artrópodos (arbovirosis); de acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS), existen entre 30 y 60 millones de infecciones por año en el mundo, con miles de muertes en más de 100 países y aproximadamente dos mil millones de personas en riesgo.

El Dengue es transmitido de una persona enferma a una susceptible a través de la picadura de mosquitos hematófagos conocidos como *Aedes aegypti*, principalmente, aunque también existe otro vector que es el *A. albopictus*. Tiene una preferencia doméstica en su ciclo de vida, por lo que su adaptabilidad es muy grande hacia los diferentes escenarios que el hombre hace en sus viviendas.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. S.S.*

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN ADULTOS

Dominio: 11 Seguridad/protección	Clase: 6 Termorregulación Infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Hipertermia</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Aumento de la tasa metabólica, proceso infeccioso viral, entre otros.</p> <p><b><u>Características definatorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, piel enrojecida, calor al tacto, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia.</p>		<p>Mantener la temperatura en cifras normales (termorregulación)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presencia de piel de gallina</li> <li>– Sudoración</li> <li>– Frecuencia cardíaca apical</li> <li>– Frecuencia del pulso radial</li> <li>– Frecuencia respiratoria</li>   <li>– Hipertermia</li> <li>– Cefalea</li> <li>– Dolor muscular</li> <li>– Cambios de coloración cutánea</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li>   <li>1. Grave.</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Leve.</li> <li>5. Ninguno.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIÓN (NIC): TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

#### ACTIVIDADES

- Tomar la temperatura cada 2 hrs. hasta el control de la misma.
- Observar el color de la piel.
- Monitorizar la presión sanguínea, pulso y respiración.
- Vigilar el nivel de conciencia o la presencia de signos y síntomas de alteración e incluso presencia de convulsiones.
- Administración de medicamentos antipiréticos por prescripción médica.
- Aplicar medios físicos con bolsa de hielo en ingle y axilas, e implementar las medidas preventivas de protección a la piel.
- Llevar al paciente a recibir un baño tibio, si esta en condiciones de deambular y en alerta.
- Favorecer la ingesta de líquidos a tolerancia para disminuir el riesgo de pérdida excesiva de líquidos.
- Vigilar pérdida imperceptible de líquidos e hidratación de mucosas orales.
- Revisar y analizar los valores de recuento de leucocitos.
- Evitar hipotermias inducidas por el tratamiento y generen otros riesgos al paciente.
- Llevar el registro de la temperatura corporal en curva térmica.
- Realizar anotaciones de la respuesta humana de la persona y los resultados del tratamiento, la terapéutica y los procedimientos, en el formato de registros clínicos de enfermería como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

### INTERVENCIÓN (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

#### ACTIVIDADES

- Verificar prescripción del medicamento en el expediente clínico.
- Revisar el historial de alergias, interacciones y contraindicaciones al medicamento antes de la administración.
- Vigilar los signos vitales y valores de laboratorio antes de la administración de medicamentos.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación del paciente.
- Aplicar los principios de la administración de medicamentos y la identificación correcta del paciente para la prevenir eventos adversos.
- Observar la fecha de caducidad en el envase del fármaco.
- En caso necesario ayudar al paciente a tomar la medicación.
- Administrar la medicación con la técnica adecuada de acuerdo a la norma técnica establecida en la institución.
- Monitorizar la presencia de efectos secundarios o eventos adversos por medicamentos.
- Realizar anotaciones de la respuesta humana de la persona y los resultados del tratamiento, la terapéutica y los procedimientos, en el formato de registros clínicos de enfermería como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN ADULTOS

Dominio: 12 Confort	Clase: 1 confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Dolor agudo</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Proceso infeccioso de tipo viral, agentes lesivos de tipo biológico, exposición y predisposición al medio ambiente.</p> <p><b><u>Características definatorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Artralgias, mialgias, cefalea generalmente frontal, dolor retroarticular, cambios en la frecuencia cardiaca y respiratoria, expresión verbal, facies, inquietud, gemidos, irritabilidad, Diaforesis, etc.</p>		<p>Mantener el control del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce el inicio del dolor.</li> <li>– Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor.</li> <li>– Refiere síntomas incontrolables.</li> <li>– Refiere dolor controlado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Regular el nivel del dolor</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dolor referido</li> <li>– Duración de los episodios del dolor.</li> <li>– Gemidos, gritos.</li> <li>– Expresiones faciales de dolor.</li> <li>– Tensión muscular</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	
		<p>Regular la severidad de los síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intensidad del síntoma.</li> <li>– Persistencia del síntoma.</li> <li>– Malestar asociado</li> <li>– Ansiedad asociada.</li> </ul>		

## INTERVENCIÓN (NIC): ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

### ACTIVIDADES

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Verificar dosis, vía y horario del analgésico prescrito médicamente.
- Preparar los medicamentos con técnica aséptica.
- Elegir el analgésico o combinación de analgésicos cuando se prescriba más de uno para conseguir un efecto óptimo.
- Evitar la administración de analgésicos que contengan ácido acetilsalicílico.
- Determinar la selección de analgésicos prescritos según el tipo y severidad del dolor.
- Administrar los medicamentos en forma precisa aplicando los correctos emitidos en norma técnica institucional.
- Administrar analgésicos o fármacos complementarios para potenciar la analgesia, cuando sea necesario.
- Tomar signos vitales antes y después de la administración del analgésico.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración.
- Observar señales de presencia de eventos adversos.
- Llevar a cabo acciones oportunas que disminuyan los efectos adversos, si éstos se presentan.
- Atender las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia.
- Llevar a cabo acciones de seguridad para prevenir infecciones ocasionadas por líneas venosas instaladas para la administración de analgésicos.
- Instruir al paciente para que solicite la administración del analgésico antes de que el dolor sea más severo.
- Realizar anotaciones de la respuesta humana de la persona y los resultados del tratamiento, la terapéutica y los procedimientos, en el formato de registros clínicos de enfermería como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO DEL DOLOR

### ACTIVIDADES

- Valorar el tipo de dolor, localización, características, duración, frecuencia, intensidad y severidad para la toma de decisiones.
- Observar la expresión no verbal de molestias o incomodidad, especialmente en niños y personas que no puedan comunicarse eficazmente.
- Asegurar de que el paciente reciba el tratamiento de analgésicos correspondientes.
- Explorar el nivel de conocimientos del paciente sobre el dolor.
- Considerar las influencias culturales para el tratamiento del dolor cuando esto sea posible.
- Monitorear la respuesta o los cambios del dolor ante la medicación.
- Proporcionar información acerca del tipo de dolor y las causas.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente al dolor.
- Considerar la disposición del paciente para seleccionar la aplicación de estrategias no farmacológicas de alivio al dolor.
- Enseñar al paciente el manejo de los principios de control del dolor.
- Fomentar periodos de descanso y sueño que faciliten el alivio al dolor.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente en el alivio del dolor.
- Realizar anotaciones de la respuesta humana de la persona y los resultados del tratamiento, la terapéutica y los procedimientos, en el formato de registros clínicos de enfermería como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): CONFORT DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

#### ACTIVIDADES

- Explicar al paciente los procedimientos que se le van a realizar incluyendo las posibles sensaciones que puede experimentar durante los mismos.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información sencilla y objetiva sobre el diagnóstico, tratamiento y pronóstico relacionada a su padecimiento.
- Brindar seguridad y escuchar al paciente con atención para reducir el miedo.
- En caso de niños orientar a los familiares sobre la importancia de permanecer con ellos.
- Propiciar que manifieste sus sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar si hay cambios en el nivel de ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.
- Observar si hay manifestaciones verbales o no verbales de ansiedad.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO AMBIENTAL

#### ACTIVIDADES

- Limitar las visitas en caso de ser necesario.
- Evitar interrupciones innecesarias y permitir períodos de reposo.
- Proporcionar un ambiente cómodo y libre de ruidos hasta donde sea posible.
- Ajustar la iluminación natural y artificial, evitando la luz directa en los ojos.
- Controlar o evitar ruidos indeseables o excesivos, en lo posible.
- Facilitar medidas de higiene para mantener la comodidad de la persona.
- Propiciar posiciones que faciliten la comodidad de la persona, utilizando principios de alineación corporal, apoyo con almohadas, limpieza corporal y otros.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN ADULTOS

Dominio 11 Seguridad protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Perfil sanguíneo anormal: leucopenia y plaquetopenia, alteración de los factores de coagulación, disminución de la hemoglobina, otros, agentes nosocomiales, hipertermia, dolor intenso, etc.</p>		<p>Mantener niveles de coagulación sanguínea</p> <p>Control del riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Concentración de plaquetas</li> <li>– Reconoce factores de riesgo.</li> <li>– Desarrolla estrategias efectivas de control del riesgo.</li> <li>– Utiliza los servicios sanitarios.</li> <li>– Reconoce los cambios en el estado de salud.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal</li> <li>4. Desviación leve del rango normal</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIÓN (NIC): ENSEÑANZA PROCESO DE ENFERMEDAD

#### ACTIVIDADES

- Valorar el nivel de conocimientos del paciente sobre el proceso de la enfermedad y explicar la fisiopatología.
- Valorar su conocimiento sobre su estado de salud actual.
- Describirle al paciente y familiar los signos y síntomas de la enfermedad o cambios que puede presentar, como: hemorragia de las membranas mucosas, hematomas después de un trauma mínimo, exudado del sitio de punción, petequias, hemorragia persistente, entre otros.
- Pedirle al paciente que informe al personal a cargo de su cuidado, los cambios en su estado de salud.
- Proporcionar información a la familia acerca de las condiciones de salud del paciente.
- Comentar los cambios en el estilo de vida necesarios para evitar futuras complicaciones y/o controlar el proceso de la enfermedad.
- Comentar al paciente, sobre las medidas para prevenir o minimizar efectos secundarios de la enfermedad.
- Valorar los resultados de los estudios de laboratorio, para tomar decisiones.

### INTERVENCIÓN (NIC): PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS

#### ACTIVIDADES

- Vigilar las condiciones del paciente por si se presentará hemorragia o algún signo o síntoma.
- Monitorizar los niveles de hemoglobina y hematocrito a través de los resultados de laboratorio.
- Solicitar estudios de coagulación, como: tiempos de protrombina, tiempos de tromboplastina parcial, fibrinógeno, recuento de plaquetas, etc.
- Monitorizar los signos vitales de manera frecuente, principalmente la presión arterial.
- Monitorizar los resultados y respuestas humanas del paciente para valorar su evolución.
- Mantener al paciente en reposo.
- Evitar punciones o procedimientos invasivos innecesarios para disminuir el riesgo de sangrado.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE CLÁSICO EN ADULTOS

Dominio 9 afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase 2 respuesta de afrontamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Temor</p>		Aclarar creencias sobre la salud: percepción de amenaza.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Preocupación sobre posibles complicaciones.</li> <li>– Vulnerabilidad percibida.</li> <li>– Gravedad percibida de la enfermedad.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Muy débil</li> <li>2. Débil</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Intenso</li> <li>5. Muy intenso</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Alteración en el estado de salud, separación de el sistema de soporte (padres, familia y/o procesos hospitalarios), amenaza de su ambiente y de probable muerte, etc.</p>		Enseñar el autocontrol del miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Busca y se le proporciona información para reducir el miedo.</li> <li>– Controla la respuesta de miedo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b>
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Informe de sentirse asustado, preocupado, inquietud, con pánico, terror, reducción de la seguridad de si mismo, dilatación pupilar, palidez, aumento de la tensión arterial, de la transpiración, del pulso, y de la frecuencia respiratoria, entre otras, etc.</p>					<b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>

### INTERVENCIÓN (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Valorar la comprensión del paciente sobre el proceso de enfermedad.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva y positiva del acontecimiento que esta viviendo.
- Proporcionar al paciente y familia información de la enfermedad y el proceso para disminuir su temor y preocupación.
- Valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Comprender desde la perspectiva del paciente su situación estresante de salud.
- Recomendar el uso de fuentes espirituales y culturales del paciente.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Animar al paciente a aceptar sus puntos fuertes y capacidades para superar el proceso de la enfermedad.

### INTERVENCIÓN (NIC): DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

#### ACTIVIDADES

- Al comunicarse con el paciente utilizar un enfoque sereno y de seguridad.
- Proporcionar información objetiva de su diagnóstico, tratamiento y pronóstico para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Crear un ambiente de confianza.
- Identificar los cambios en el nivel de la ansiedad producida por el temor.
- Ayudar al paciente a controlar situaciones que estimulen la ansiedad.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas que aumenten el nivel de temor y la ansiedad agravando la situación de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier, Madrid España 2008
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005
3. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005.
4. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
5. Alfaro A, Guardia M, Wong, Roy et al. Caracterización clínica del dengue hemorrágico en niños. Acta Pediátrica. Costarrica, 2005; 19(2): 11 – 16.
6. Casals Villa M, Herrera Sánchez R. Caracterización del trabajo de enfermería durante una epidemia de dengue. Rev. Cubana Enfermería [Revista en Internet]. 2004 Abr [citado 2010 Ago 09]; 20(1): 1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Comunidad de Madrid. Guía de Buenas Prácticas: Promoción de la calidad para la prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria. Salud Madrid. España: 71 - 89
8. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica: Manejo y tratamiento del Dengue en el primer y segundo nivel de atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2010: 10 – 17.
9. Galvis Ramírez V, Bustamante García M, Sarmiento Limas C. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Guía de atención del Dengue. Colombia. Disponible en:
10. Haustein D, Segura J, Anderson A, Zevallos M, Montes C. Diagnóstico Rápido sobre los Conocimientos, Actitudes y Practicas de la Población con Alto Riesgo de contraer Fiebre de Dengue en la Macro Región Norte del Perú y Lima. Disponible en: [minsa.gob.pe/pvigia/productos/lima/finallima.pdf](http://minsa.gob.pe/pvigia/productos/lima/finallima.pdf)
11. Maguiña Vargas C, Osoros Plenge F, Suárez Ognio L, Soto Arquiniño Le, Pardo Ruiz K. Dengue clásico y hemorrágico: Una enfermedad reemergente y emergente en el Perú. Rev. Med Hered, 2005; 16 (2): 120 – 234.
12. Martínez Torres E. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica, 2006; 20(1): 66 – 72.
13. Maza Brizuela J, Navarro Marín J, Rivas Amaya J, Alcides Urbina H, Reyes de Guzmán E. Protocolos de atención de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud. 2ª. Ed. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2006: 106 – 109.
14. Ministerio de Salud 2000. Comisión Interinstitucional de dengue. Normas técnicas para el control del dengue y dengue hemorrágico p 10-11
15. Ministerio de salud, dirección general de servicios de salud. Protocolo para el manejo hospitalario del dengue en niños/as y adolescentes. Nicaragua: Ministerio de salud. 2008: Disponible en: [minsa.gob.ni/bns/regulación/2009/N-010-denguepediatria.pdf](http://minsa.gob.ni/bns/regulación/2009/N-010-denguepediatria.pdf)
16. Montero Ch G, Morera H H, Ramírez S A, Sanabria V L4, Suárez P M. Percepción de Vulnerabilidad y Severidad de la Enfermedad del Dengue en la Comunidad de Metrópolis II de Pavas, San José. Costa Rica. Rev. Costarrica. Salud Pública, julio 2008; 17(32): 1 – 9.
17. O.P.S Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue. Bogota: Instituto Nacional de Salud. 2010: 15 – 20.
18. O.P.S Prevención y Control del Dengue en las Américas: enfoque integrado y lecciones aprendidas. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.a Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C: O.P.S. octubre del 2007: 2 – 7.
19. Ramal Asayag C, Orts Póveda C, Chauca Aguirre H, Mestanza Montoya M. Dengue hemorrágico en el Hospital Regional de Loreto. Reporte de un caso. Rev Med Hered, 2008; 19(2): 81
20. Rigau Pérez J, Gary G C. Cómo responder a una epidemia de dengue: visión global y experiencia en Puerto Rico. Rev. Panam Salud Pública, 2005; 17(4): 282 – 293.
21. Rol de enfermería en la vigilancia epidemiológica del dengue. Compendio de Enfermería: Noticias, Tecnología y Salud. Disponible en: <http://www.compendiodenfermeria.com/rol-de-enfermeria-en-la-vigilancia-epidemiologica-del-dengue/>
22. S.S.A Guía de Participación comunitaria para la prevención y control del dengue. México: S.S.A. Disponible en: [www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf](http://www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf)
23. S.S.A Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-003-SSA2-2008, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
24. S.S.A. Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. México: S.S.A; (Junio 2010). Disponible en: [cenave.gob.mx/.../archivos/Manual de dengue-Pagina WEB.doc](http://cenave.gob.mx/.../archivos/Manual de dengue-Pagina WEB.doc)
25. S.S.A. Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. México: SSA. 2006: Disponible en: [salud.tamaulipas.gob.mx/.../pdf's/MANUAL-DENGUE 2006.pdf](http://salud.tamaulipas.gob.mx/.../pdf's/MANUAL-DENGUE 2006.pdf)
26. S.S.A. Manual Simplificado para la vigilancia epidemiológica del dengue. México: S.S.A, 1997: Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Man19-Dengue/Man19.htm>
27. Torres Alva G. Brote dengue en la provincia de Trujillo. Ciencias Salud, 2007; 1(1):32 – 36.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

Lic. Enf. Francisco Javier Martínez Salamanca.- Carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Dra. María Asunción Vicente Ruíz. - Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

MCE. Rodolfo Gerónimo Carrillo.- Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Mtra. Esmeralda Fuentes Fernández. Enfermera.- Hospital General de Chetumal, Quintana Roo .CONALEP Plantel Chetumal.

Lic. Enf. Claudia Azucena Martínez Villanueva.- Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca.

Lic. Enf. Teresa Camacho Barajas.- Coordinación Estatal de Baja California.

Lic. En Enf. Juana Leticia Nava Montoya.- Hospital General de Zona No.46 Villahermosa, Tabasco.

M.C.E. Maribel Vázquez Jiménez.- Hospital General de Zona No.46 Villahermosa, Tabasco.

E.E. Verónica Dorotea Caamal Cobá Verónica Dorotea.- Secretaría de Salud. Cancún Q. Roo.

Lic. Enf. Graniel Ocaña Maluqui. - Secretaría de Salud. IMSS. Cancún Q. Roo.

Lic. Enf. Ma. Esther Pelcastre Pérez Ma. Esther.- Secretaría de Salud. Cancún Q. Roo.

Lic. Enf. Irma Leticia Torres Aguilar.- Secretaría de Salud. Cancún Q. Roo.

Lic. Enf. Dora Alicia Santa María Pavageaw.- Secretaría de Salud. Cancún Q. Roo.

Lic. Enf. Rutilia Judith Beltrán. - IMSS Cancun Q. Roo.

Enf. Gral. Daniela de los Ángeles Hernández Encalada.- Secretaria de Salud. Cancún Q. Roo.

# Dengue hemorrágico | 8

El Dengue es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del género *Aedes*. El agente etiológico es el Denguevirus con cuatro serotipos: DENV-1, 2, 3 y 4. La infección viral puede producir un cuadro asintomático o cuadros de fiebre indiferenciada, Fiebre Clásica de Dengue (DC), Dengue Hemorrágico (DH) o Síndrome de Choque por Dengue (SCHD).

El DH se caracteriza por la presencia de hemoconcentración debida a la fuga de plasma al espacio extravascular por el aumento en la permeabilidad de los vasos sanguíneos, lo que determina la severidad del cuadro clínico y lo diferencia del DC. El SCHD suele presentarse en el curso de un cuadro de DH, por lo general entre el tercero y quinto día de evolución.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. S.S.*

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE HEMORRÁGICO

Dominio: 4 Actividad Reposo	Clase: 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Perfusión tisular inefectiva</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Disminución de la concentración de la hemoglobina en sangre, hipovolemia y otros.</p> <p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Cardiopulmonar: Alteración de la frecuencia respiratoria por encima o por debajo de los parámetros aceptables, llenado capilar superior a 3 segundos, palidez.</p> <p>Gastrointestinales: dolor y sensibilidad abdominal, nauseas.</p> <p>Periféricas: edema, cambios en la temperatura de la piel, pulsos débiles o ausentes.</p> <p>Renales: alteración de la presión sanguínea por encima o por debajo de los parámetros normales, hematuria, oliguria.</p>		<p>Mantener la coagulación sanguínea.</p> <p>Regular la severidad de la pérdida de sangre.</p> <p>Mantener el estado circulatorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tiempo de protrombina (TP)</li> <li>– Tiempo de tromboplastina parcial (TPT)</li> <li>– hemoglobina</li> <li>– Concentración de plaquetas</li> <li>– Hematocrito.</li> <li>– Tiempos de coagulación.</li>   <li>– Pérdida sanguínea visible.</li> <li>– Distensión abdominal.</li> <li>– Disminución de la presión arterial sistólica y diastólica.</li> <li>– Disminución de la hemoglobina.</li> <li>– Disminución del hematocrito.</li> <li>– Palidez de las membranas cutáneas y mucosas.</li>   <li>– Saturación de oxígeno.</li> <li>– Presión venosa central.</li> <li>– Temperatura cutánea.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviaron sustancial del rango normal</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal</li> <li>4. Desviación leve del rango normal</li> <li>5. Sin desviación del rango normal</li>   <li>1. Gravemente</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li>   <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

Dominio:4 Actividad Reposo	Clase: 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
CONTINUA		Mantener el equilibrio hídrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presión arterial.</li> <li>– Presión arterial media.</li> <li>– Presión venosa central.</li> <li>– Pulsos periféricos.</li> <li>– Control de Ingresos y egresos diarios.</li> <li>– Humedad de membranas mucosas.</li> <li>– Hemoglobina/ Hematocrito, tiempos de coagulación.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIÓN (NIC): MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA

### ACTIVIDADES

- Comprobar el estado de líquidos incluyendo ingresos y egresos.
- Mantener una vía I.V. permeable y mantener un flujo de perfusión intravenosa constante y controlada.
- Monitorizar los niveles de hemoglobina y hematocrito para la toma de decisiones.
- Vigilar la pérdida de líquidos por hemorragias, vómitos, diarrea, transpiración y taquipnea o por alguna otra vía.
- Monitorizar signos vitales constantemente.
- Administrar soluciones hipotónicas por prescripción médica como: dextrosa al 5% y solución salina al 0.45% para la rehidratación intracelular, soluciones isotónicas salina normal y soluciones de ringer lactato para la rehidratación extracelular.
- Combinar soluciones cristaloides, salina normal y solución de ringer lactato y coloides como haemacel y albúminas así como para reemplazar el volumen intravascular de acuerdo a prescripción.
- Administrar productos sanguíneos: plaquetas, plasmas y concentrados plaquetarios, considerando todas las medidas y precauciones universales de seguridad acorde a la normatividad institucional.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la transfusión.
- Controlar pérdidas de líquidos insensibles (diaforesis, hipertermia).
- Observar si hay indicios de deshidratación, como: retraso del llenado capilar, pulso débil/ suave, sed severa, sequedad de las membranas y mucosas, disminución de la diuresis e hipotensión, etc.
- Fomentar la ingestión oral de líquidos distribuyéndolos durante el periodo de 24 horas y administrarlos con las comidas si esta prescrito o si el paciente esta en condiciones.
- Observar si hay signos clínicos y síntomas de sobre hidratación o exceso de líquidos.

## INTERVENCIÓN (NIC): PRECAUCIONES CON LA HEMORRAGIA

### ACTIVIDADES

- Vigilar de cerca al paciente por si se producen hemorragias o aparición de petequias.
- Vigilar los niveles de hemoglobina/hematocrito antes y después de la pérdida de sangre, si procede.
- Vigilar si hay signos y síntomas de hemorragias persistentes y observar todas las secreciones para ver si hay sangre franca u oculta.
- Llevar acabo la gestión oportuna de la realización de los exámenes pertinentes. (hemoglobina/ hematocrito, tiempos de coagulación).
- Controlar los signos vitales con énfasis en la presión sanguínea.
- Mantener al paciente en reposo en cama.
- Administrar coloides, cristaloides y hemoderivados con las medidas de seguridad correspondientes instituidas con lo lineamientos técnico/normativos de la institución.
- Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar hemorragia severa.
- Evitar procedimientos invasivos: I.V. IM., subcutáneos o sondas.
- Utilizar cepillos de dientes blandos en la higiene bucal.
- Evitar estreñimientos y fomentar la ingesta de líquidos y laxantes si fuera necesario.
- Orientar e informar al paciente y/o a la familia acerca de la presencia de los signos de hemorragia y sobre las acciones apropiadas que debe realizar, como: avisar al cuidador.
- Vigilar signos y síntomas de choque hipovolemico.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LÍQUIDOS

### ACTIVIDADES

- Llevar un registro de ingesta y eliminación del niño así como sus características de esta.
- Favorecer la ingesta oral proporcionando líquidos según la preferencia del paciente si resulta oportuno.
- Administrar líquidos prescritos médicamente por vía intravenosa.
- Monitorizar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos como: niveles de hematocrito, BUM, albúmina, proteínas totales, osmolaridad del suero y gravedad específica de la orina.
- Monitorizar signos vitales cada 30 minutos.
- Observar si hay signos y síntomas de retención de líquidos y/o deshidratación.
- Observar si existe otro medio de pérdida de líquidos como: vómitos, diarreas, transpiración, que pudiera favorecer la hemoconcentración y elevación de la temperatura corporal.
- Pesar a diario y valorar la evolución del estado de salud del paciente.
- Proporcionar la dieta más idónea para restaurar el equilibrio de líquidos o electrolitos.
- Observar si se presentan efectos secundarios como consecuencia de suplemento de electrolitos o algún evento adverso.
- Valorar la mucosa oral del paciente y la piel, por si hubiera indicios de alteración de líquidos y de equilibrio de electrolitos como: sequedad, cianosis, e ictericia.
- Comentar al médico si existe algún cambio en los signos y síntomas o condición de salud del paciente.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE HEMORRÁGICO

Dominio: 11 Seguridad/ protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Protección inefectiva o ineficaz</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Perfiles hematológicos anormales: coagulación, anemia, trastornos inmunitarios, severidad del proceso infeccioso, etc.</p> <p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Alteración de la coagulación, agitación, debilidad, tos, disnea, fatiga, alteración de los signos vitales, debilidad, sudoración, agitación, etc.</p>		<p>Mantener la coagulación sanguínea.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Tiempo de protrombina (TP)</li> <li>– Tiempo de tromboplastina parcial (TPT)</li> <li>– Hemoglobina.</li> <li>– Concentración de plaquetas.</li> <li>– Hematocrito</li>   <li>– Sangrado</li> <li>– Hematomas</li> <li>– Petequias</li> <li>– Equimosis</li> <li>– Hematuria</li> <li>– Melenas</li> <li>– Hemoptisis</li> <li>– Hematemesis</li> <li>– Encías sangrantes</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviaron sustancial del rango normal</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal</li> <li>4. Desviación leve del rango normal</li> <li>5. Sin desviación del rango normal</li>   <li>1. Gravemente</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): PREVENCIÓN DEL SHOCK

### ACTIVIDADES

- Comprobar el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel, sonidos cardiacos, frecuencia y ritmos cardiacos, presencia y calidad de los pulsos periféricos repleción capilar.
- Observar si hay signos de oxigenación tisular inadecuada.
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Administrar oxígeno por un método eficaz como: mascarilla.
- Mantener el control de la ingesta y eliminación.
- Canalizar y mantener una vía I.V. de calibre grande.
- comprobar los valores de laboratorio, especialmente los niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Anotar la existencia de magulladuras, petequias y el estado de las membranas mucosas.
- Anotar el color, cantidad y frecuencia de deposiciones, vómitos y drenajes nasogastricos.
- Realizar análisis de orina para conocer la presencia de sangre, según corresponda.
- Observar si se producen respuestas compensatorias, precoces a la pérdida de líquidos como: aumento del gasto cardiaco, disminución de la presión sanguínea, hipotensión ortostática, disminución de la diuresis, presión reducida del pulso, disminución del llenado capilar, temor, piel pálida y fría y diaforesis, entre otras.
- Administrar líquidos I.V. mientras se monitorizan las presiones de carga cardiaca, gasto cardiaco y producción de orina, según el caso.
- Administrar productos hemáticos y/o plasmas frescos congelados, por prescripción médica.
- Instruir al paciente y la familia acerca de los pasos a seguir a la aparición de los síntomas de shock.

## INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA

### ACTIVIDADES

- Determinar los riesgos que agraven el estado de salud del paciente.
- Preguntar al paciente por la percepción de su estado de salud.
- Controlar el estado emocional.
- Monitorizar los signos vitales constantemente.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Comparar el estado actual con el estado previo para detectar las mejorías o deterioros en la condición del paciente.
- Comprobar el nivel de comodidad y tomar las acciones correspondientes.
- Valorar periódicamente el estado de la piel.
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos.
- Comprobar la perfusión tisular.
- Observar si hay tendencias hemorrágicas en los pacientes de alto riesgo.
- Establecer la prioridad de las acciones y los cuidados en función del estado de salud del paciente.
- Valorar el tratamiento médico y terapéutico indicado en función del estado de salud del paciente para garantizar la seguridad del mismo.
- Coordinarse e informar al médico responsable de cualquier cambio del paciente.
- Realizar anotaciones de la respuesta humana de la persona y los resultados del tratamiento, la terapéutica y los procedimientos, en el formato de registros clínicos de enfermería como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DENGUE HEMORRÁGICO

Dominio: 9 Afrontamiento tolerancia al estrés	Clase: 2 Respuesta de Afrontamiento			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)	RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Temor</p> <p>Riesgo de lesión</p>	<p>Referirse al plan de cuidados de Dengue clásico en adultos.</p>			<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, ya sea a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier, Madrid España 2008
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005
3. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005.
4. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.
5. A, Guardia M, Wong, Roy et al. Caracterización clínica del dengue hemorrágico en niños. Acta Pediatr. Costarric, 2005; 19(2): 11 – 16.
6. Casals Villa M, Herrera Sánchez R. Caracterización del trabajo de enfermería durante una epidemia de dengue. Rev. Cubana Enfermería [Revista en Internet]. 2004 Abr [citado 2010 Ago 09]; 20(1): 1-1. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192004000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Comunidad de Madrid. Guía de Buenas Prácticas: Promoción de la calidad para la prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria. Salud Madrid. España: 71 – 89
8. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica: Manejo y tratamiento del Dengue en el primer y segundo nivel de atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2010: 10 – 17.
9. Galvis Ramírez V, Bustamante Garcia M, Sarmiento Limas C. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención Guía de atención del Dengue. Colombia. Disponible en:
10. Hausteín D, Segura J, Anderson A, Zevallos M, Montes C. Diagnóstico Rápido sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas de la Población con Alto Riesgo de contraer Fiebre de Dengue en la Macro Región Norte del Perú y Lima. Disponible en: [minsa.gob.pe/pvigia/productos/.../lima/finallima.pdf](http://minsa.gob.pe/pvigia/productos/.../lima/finallima.pdf)
11. Maguiña Vargas C, Osoro Plenge F, Suárez Ognio L, Soto Arquiniño Le, Pardo Ruiz K. Dengue clásico y hemorrágico: Una enfermedad reemergente y emergente en el Perú. Rev Med Hered, 2005; 16 (2): 120 – 234.
12. Martínez Torres E. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. Rev. Panam Salud Publica, 2006; 20(1): 66 – 72.
13. Maza Brizuela J, Navarro Marín J, Rivas Amaya J, Alcides Urbina H, Reyes de Guzmán E. Protocolos de atención de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud. 2ª. Ed. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2006: 106 – 109.
14. Ministerio de Salud 2000. Comisión Interinstitucional de dengue. Normas técnicas para el control del dengue y dengue hemorrágico p 10-11
15. Ministerio de salud, dirección general de servicios de salud. Protocolo para el manejo hospitalario del dengue en niños/as y adolescentes. Nicaragua: Ministerio de salud. 2008: Disponible en: [minsa.gob.ni/bns/regulación/2009/N-010-DenguePediatria.pdf](http://minsa.gob.ni/bns/regulación/2009/N-010-DenguePediatria.pdf)
16. Montero Ch G, Morera H H, Ramírez S A, Sanabria V L4, Suárez P M. Percepción de Vulnerabilidad y Severidad de la Enfermedad del Dengue en la Comunidad de Metrópolis II de Pavas, San José. Costa Rica. Rev. Costarric. Salud Pública, julio 2008; 17(32): 1 – 9.
17. O.P.S Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue. Bogota: Instituto Nacional de Salud. 2010: 15 – 20.
18. O.P.S Prevención y Control del Dengue en las Américas: enfoque integrado y lecciones aprendidas. 27.a Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.a Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C: O.P.S. octubre del 2007: 2 – 7.
19. Ramal Asayag C, Orts Póveda C, Chauca Aguirre H, Mestanza Montoya M. Dengue hemorrágico en el Hospital Regional de Loreto. Reporte de un caso. Rev. Med. Hered, 2008; 19(2): 81
20. Rigau Pérez J, Gary G C. Cómo responder a una epidemia de dengue: visión global y experiencia en Puerto Rico. Rev. Panam Salud Pública, 2005; 17(4): 282 – 293.
21. Rol de enfermería en la vigilancia epidemiológica del dengue. Compendio de Enfermería: Noticias, Tecnología y Salud. Disponible en: <http://www.compendiodenfermeria.com/rol-de-enfermeria-en-la-vigilancia-epidemiologica-del-dengue/>
22. S.S.A Guía de Participación comunitaria para la prevención y control del dengue. México: S.S.A. Disponible en: [www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf](http://www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf)
23. S.S.A Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-003-SSA2-2008, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
24. S.S.A. Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. México: S.S.A; (Junio 2010). Disponible en: [cenave.gob.mx/.../archivos/Manual de dengue-Pagina WEB.doc](http://cenave.gob.mx/.../archivos/Manual de dengue-Pagina WEB.doc)
25. S.S.A. Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. México: SSA. 2006: Disponible en: [salud.tamaulipas.gob.mx/.../pdf's/MANUAL-DENGUE 2006.pdf](http://salud.tamaulipas.gob.mx/.../pdf's/MANUAL-DENGUE 2006.pdf)
26. S.S.A. Manual Simplificado para la vigilancia epidemiológica del dengue. México: S.S.A, 1997: Disponible en: <http://www.dgepi.salud.gob.mx/infoepi/manuales/Man19-Dengue/Man19.htm>
27. Torres Alva G. Brote dengue en la provincia de Trujillo. Cienc. Salud, 2007; 1(1):32 – 36.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

### **Elaboró:**

Dra. María Asunción Vicente Ruíz. - Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

MCE. Rodolfo Gerónimo Carrillo.- Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. Esmeralda Fuentes Fernández. Enfermera.- Hospital General de Chetumal, Quintana Roo .CONALEP Plantel Chetumal

Mtra. Fabiola Morales Ramón.- Hospital General "Dr. Daniel Gurriá Urgel" del ISSSTE. Villahermosa, Tabasco.

L.E. Miriam Machin Ruiz.- Hospital de Alta Especialidad "Dr. Juan Graham Casassus" Villahermosa, Tabasco.

# Diabetes Mellitus

# 9

Se refiere a la alteración del metabolismo de la glucosa, a la glucosa alterada en ayuno o intolerancia a la misma. Ambas condiciones son procesos metabólicos intermedios entre la ausencia y la presencia de diabetes. La Diabetes tipo II, es el tipo de diabetes en la que existe capacidad residual de secreción de insulina, pero sus niveles no superan la resistencia a la insulina concomitante, insuficiencia relativa de secreción de insulina o cuando coexisten ambas posibilidades y entonces aparece la hiperglucemia; mientras que la Diabetes Tipo I es aquella en la que existe destrucción de células beta del páncreas, generalmente con deficiencia absoluta de insulina.

Alrededor del 8.2% de la población entre 20 y 69 años de edad padece diabetes y cerca del 30% de los individuos afectados desconoce que la tiene. Esto significa que en nuestro país existen más de cuatro millones de personas enfermas, de las cuales poco más de un millón no han sido diagnosticadas. Una proporción importante de personas la desarrolla antes de los 45 años de edad. Situación preocupante que puede ser evitada de manera oportuna. Por otra parte, la mortalidad por esta causa muestra un incremento sostenido durante las últimas décadas, actualmente ocupar el tercer lugar dentro de la mortalidad general.<sup>1</sup> Tan sólo en el 2010, el número preliminar de defunciones por diabetes mellitus fue de 72 mil 449 personas, lo que representa el 14.7% del total de las muertes del país<sup>2</sup>

<sup>1</sup> <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.

<sup>2</sup> [http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n\\_seccion=Boletines&seccion=2011-03-17\\_5105.html](http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2011-03-17_5105.html). El Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, en la inauguración del XXIII Congreso Nacional de Diabetes. Comunicado de prensa No. 088, 17/Marzo/2011.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS

Dominio: 2 Nutrición	Clase: 4 Metabolismo				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de nivel de glucemia inestable</p>		<p>Adquiere conocimiento en el control de la diabetes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– En la importancia de la nutrición, el ejercicio y el control de la glucemia.</li> <li>– Prevención de la hiperglucemia y síntomas relacionados.</li> <li>– Prevención de la hipoglucemia y síntomas relacionados.</li> <li>– Conocimientos y valores de límites de la glucemia.</li> <li>– Conoce el impacto de una enfermedad aguda sobre la glucemia.</li> <li>– Sabe como utilizar un dispositivo de monitorización.</li> <li>– Sabe el régimen de insulina prescrito y el uso correcto.</li> <li>– De la técnica adecuada para preparar y administrar insulina.</li> <li>– Sabe del comienzo del pico y duración de la insulina.</li> <li>– Eliminación adecuada de jeringas y agujas.</li> <li>– Del régimen de hipoglucemiantes orales prescrito y almacenamiento adecuado de la medicación.</li> <li>– De efectos secundarios de la medicación.</li> <li>– Cuando obtener ayuda de un profesional sanitario.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ningún conocimiento.</li> <li>2. Conocimiento escaso.</li> <li>3. Conocimiento Moderado.</li> <li>4. Conocimiento sustancial.</li> <li>5. Conocimiento extenso.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (e)</u></b></p> <p>Conocimiento deficiente sobre el manejo de la diabetes, aporte dietético superior a los requerimientos, monitorización incorrecta de la glucemia, falta de aceptación del diagnóstico, falta de adhesión al plan terapéutico de la diabetes, nivel de actividad física menor a la recomendada, aumento de peso, estrés, manejo incorrecto de la medicación, desinterés por su salud, negación del diagnóstico etc.</p>					

Dominio: 2 Nutrición	Clase: 4 Metabolismo
----------------------	----------------------

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)**

CONTINUA

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Mantiene el control del nivel de glucemia.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Concentración sanguínea de la glucosa.</li> <li>– Hemoglobina glucosilada.</li> <li>– Fructosamina</li> <li>– Glucosa en orina</li> <li>– Cetonas en orina</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): ASESORAMIENTO NUTRICIONAL

### ACTIVIDADES

- Identificar las conductas alimentarias que se desea cambiar para hacer las recomendaciones pertinentes y mejorar el estilo de vida.
- Establecer metas realistas a corto y a largo plazo para la modificación del estado nutricional.
- Utilizar tablas nutricionales institucionales para ayudar al paciente a valorar su ingesta calórica.
- Demostrar de manera atractiva el plato del buen comer: frutas, verduras, carne azada, agua natural suficiente, entre otros.
- Invitar al paciente a considerar factores de riesgo relacionados con su edad, recursos económicos, cultura y estilo de vida.
- Instruir al paciente sobre el registro del consumo de alimentos y cantidad de calorías en 24 horas para verificar su régimen nutricional.
- Informar al paciente sobre los riesgos y la importancia de evitar o disminuir el consumo de los alimentos no permitidos, como: carbohidratos, sales, azúcares, refrescos de cola, etc.
- Orientar a la familia sobre la importancia del apoyo al paciente en los cambios de hábitos alimenticios.
- Ayudar al paciente a expresar sentimientos e inquietudes acerca del logro de sus metas para mejorar su calidad de vida.
- Valorar los esfuerzos realizados para resaltar su autoestima.
- Dar seguimiento periódico de los avances en la modificación de la conducta alimentaria del paciente y retroalimentar con resolución de dudas del programa dietético que esta llevando.
- Recomendar asistir con la nutriologa para que le elabore una dieta acorde a sus requerimientos y estado de salud.

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA ACTIVIDAD / EJERCICIO PRESCRITO

### ACTIVIDADES

- Evaluar la capacidad del paciente sobre el conocimiento del ejercicio y la actividad que puede realizar.
- Informar al paciente del propósito y del beneficio que aporta realizar el ejercicio para mejorar la condición cardiovascular del organismo.
- Orientar al paciente para avanzar de forma segura en la actividad y/o ejercicio.
- Advertir al paciente acerca de los riesgos y peligros a los que se expone en caso de hacer un esfuerzo mayor en sus actividades.
- Proporcionar información al paciente acerca de los recursos y/o grupos de apoyo comunitario a los que puede acudir para cumplir con el ejercicio programado.
- Enseñar al paciente una postura y mecánica corporal correcta para disminuir riesgos de lesión durante la actividad.
- Advertir al paciente de los efectos negativos con el sedentarismo, las adicciones y al exponerse al calor o frío extremos; de los positivos con la conservación de la energía y al utilizar dispositivos de ayuda, entre otros.
- Difundir la información con carteles llamativos e información precisa.

### INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico de la situación de salud actual.
- Proporcionar el tiempo necesario para que el usuario exprese sus sentimientos.
- Valorar y discutir respuestas alternativas a la situación de salud.
- Apoyar al paciente y familia al uso de mecanismos de defensa para la aceptación y adaptación del proceso de la enfermedad y aprendan a vivir con ella.
- Recomendarle al paciente y familia la visita de un consejero para apoyar al paciente en la aceptación del proceso de su enfermedad.
- Recomendar a la familia apoye de manera incondicional al paciente y no se sienta rechazado o abandonado.

### INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA, PROCESO DE ENFERMEDAD

#### ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionados con el proceso de enfermedad y proporcionar información acerca de la misma.
- Revisar y reforzar el conocimiento del paciente sobre su estado actual de salud considerándolo de forma integral.
- Describir los signos y síntomas de la enfermedad.
- Explorar con el paciente lo que ya ha hecho para controlar los signos y síntomas y lo que puede seguir aprendiendo y haciendo para minimizar posibles complicaciones.
- Enseñar al paciente medidas para controlar o minimizar algunos signos y síntomas de la enfermedad.
- Referir al paciente si esta de acuerdo, a los centros o grupos de apoyo comunitario locales para compartir experiencias así como aprender a manejar y vivir con la enfermedad.
- Reforzar el autocuidado para minimizar el riesgo de desarrollar complicaciones.
- Orientarla sobre el uso de ropa y zapato cómodo para minimizar los riesgos de lesión cutánea.
- Consumir la cantidad de líquidos y nutrimentos necesarios acordes a sus requerimientos de edad, género y condiciones de salud.
- Orientar al paciente y familia sobre la terapéutica prescrita que debe seguir para control de la enfermedad y prevención de complicaciones.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA HPERGLUCEMIA

### ACTIVIDADES

- Valorar los niveles de glucosa en sangre.
- Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, debilidad, letárgia, visión borrosa, jaquecas, etc.
- Valorar el resultado de los exámenes de laboratorio: cuerpos cetónicos de orina, gases en sangre arterial, electrolitos, etc.
- Monitorizar los signos vitales, principalmente: presión sanguínea ortostática y pulso.
- Informar al paciente de la importancia de consumir líquidos suficientes y una la dieta balanceada prescrita por médico y nutriólogo.
- Realizar balance hídrico del paciente como resultado del consumo de líquidos y la dieta.
- Mantener una vía o acceso intravenoso permeable y administrar líquidos si fuera necesario.
- Identificar las causas de la hiperglucemia y administrar insulina por prescripción médica.
- Orientar al paciente y familia en la prevención, detección de signos y síntomas e intervención oportuna en caso de presentar hiperglucemia.
- Motivar al paciente al monitoreo y autocontrol de la glucosa en sangre y enseñarle a interpretarlos.
- Enseñarle a utilizar el glucómetro y a llevar un registro de los resultados de la glucemia.
- Orientar y enseñar al paciente y familia acerca de las medidas que pueden implementar durante la enfermedad, incluyendo el uso de la insulina, antidiabéticos orales o ambos, el control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono, así como en que momento debe solicitar la atención sanitaria en caso de requerirlo.
- Invitar y orientar al paciente y familia acerca de la importancia de ajustar su régimen alimenticio para evitar la hiperglucemia.
- Invitar y orientar al paciente y familia acerca de la importancia de establecer un programa de ejercicios pasivos iniciando con caminatas por lapsos de 30 minutos o una hora diaria.
- Orientar a la paciente y familia acerca de la importancia de practicar el autocuidado para mantener el control de la enfermedad.
- Recomendar al paciente llevar sus registros de niveles de glucemia pre o posprandial así como tipo, dosis y horarios de la medicación.
- Comentar oportunamente al área médica los cambios o respuesta humana que presente el paciente.
- Registrar o reportar oportunamente en el formato de registros clínicos de enfermería los resultados, cambios o respuesta humana que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los Registros Clínicos.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA

### ACTIVIDADES

- Valorar los niveles de glucosa en sangre.
- Observar si hay signos y síntomas de hipoglucemia: palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, parestesias, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla incoherente, conducta irracional o incontrolable, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño o convulsiones, debilidad, nerviosismo, ansiedad, irritabilidad, impaciencia, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, pesadillas, gritos durante el sueño, incoordinación, mala conducta, etc.
- Administrar hidratos de carbono simples o de carbono complejos y proteínas, si esta indicado para aumentar la glucosa y disminuir el riesgo de presentar pérdida de la conciencia.
- Administrar glucagón en caso de hipoglucemia, si es necesario y esta prescrito.
- Mantener permeable o instalar un acceso venoso para administrar glucosa intravenosa.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Solicitar servicios médicos de urgencia, si fuera necesario.
- Proporcionar información al paciente y familiar sobre los signos y síntomas que puede presentar en caso de la hipoglucemia, de los factores riesgo que la desencadenan y opciones de tratamiento.
- Recomendarle al paciente tener a la mano algunos hidratos de carbono que pueda consumir en situaciones de emergencia para evitar progrese la hipoglucemia a una situación de gravedad.
- Informar y orientar al paciente y familia la importancia de la interacción entre la dieta, el ejercicio y la ingesta de sus medicamentos tanto de insulina como orales.
- Monitorizar los signos vitales, principalmente: presión sanguínea ortostática y pulso.
- Orientar a la paciente y familia acerca de la importancia de practicar el autocuidado para mantener el control de la enfermedad.
- Recomendar al paciente llevar sus registros de niveles de glucemia pre o posprandial así como tipo, dosis y horarios de la medicación.
- Comentar oportunamente al área médica los cambios o respuesta humana que presente el paciente.
- Registrar o reportar oportunamente en el formato de registros clínicos de enfermería los resultados, cambios o respuesta humana que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los Registros Clínicos.

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA, MEDICAMENTOS PRESCRITOS

### ACTIVIDADES

- Valorar el conocimiento que tiene el paciente de la medicación para este tipo de enfermedad.
- Informar al paciente acerca del propósito y acción de cada medicamento del plan terapéutico.
- Enseñar al paciente y familiar / ser querido los correctos y precauciones universales para el uso y aplicación de sus medicamentos.
- Enseñar al paciente a realizar los procedimientos necesarios antes de tomar la medicación como: comprobar el pulso y el nivel de glucosa, cuando sea necesario.
- Enseñar al paciente a aliviar y/o prevenir los efectos secundarios de los medicamentos prescritos.
- Enseñar al paciente a almacenar correctamente los medicamentos verificando la caducidad de los mismos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Informar al paciente sobre los posibles cambios de aspecto.
- Orientar al paciente a que no se automedique para disminuir el riesgo de presentar un evento adverso.
- En la enseñanza de autocuidado del paciente incluir a la familia / ser querido.
- Enseñar al paciente la técnica de administración y conservación de la insulina.
- Informar al paciente sobre los criterios que ha de utilizar para el cambio o ajuste de dosis y horarios de la medicación.
- Informar al paciente sobre las consecuencias de consumir alcohol, suspender bruscamente la medicación o sobremedicarse para evitar efectos adversos.
- Instruir al paciente sobre las acciones correctas que debe tomar si se producen efectos secundarios.
- Instruir al paciente sobre los signos y síntomas de sobredosis.
- Recomendar al paciente el llevar sus registros de medicación, horarios, niveles de glucemia pre y posprandial.
- Capacitar al paciente en la aplicación de las precauciones universales y manejo de material punzocortante.
- Proporcionar información a los pacientes sobre programas / organizaciones o asociaciones que apoyen o donen medicamentos y dispositivos para control de la enfermedad.
- Orientar al paciente para que debe informar oportunamente al personal de salud los cambios o respuesta humana que presente en caso de alguna reacción al medicamento.
- Registrar o reportar oportunamente en el formato de registros clínicos de enfermería los resultados, cambios o respuesta humana que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los Registros Clínicos.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: DIABETES MELLITUS

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 1 infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p>		<p>Desarrolla conocimiento en: El cuidado de la integridad tisular piel y mucosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Conserva la temperatura de la piel.</li> <li>– La Sensibilidad.</li> <li>– La elasticidad.</li> <li>– La hidratación y</li> <li>– La transpiración.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (e)</u></b></p> <p>Enfermedad, crónica, alteración de las defensas primarias como: rotura de la piel, estasis de líquidos, cambios del pH de las secreciones y alteración del peristaltismo, inmunosupresión, falta de conocimientos en el autocuidado y la terapéutica médica, alteración de la circulación, etc.</p>		<p>Mantener la perfusión periférica efectiva.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Observar el llenado capilar de los dedos de manos y pies.</li> <li>– La coloración de la piel.</li> <li>– La temperatura y pulsos.</li> <li>– Presión sanguínea.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Detección del riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Utiliza y consulta recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos.</li> <li>– Reconoce e identifica signos y síntomas que indican riesgo para la salud.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA PIEL

### ACTIVIDADES

- Recomendar al paciente dormir con ropa cómoda, evitar ropa de cama de textura áspera y evitar fricciones.
- Orientar de la importancia de darse masajes para estimular la circulación, sobre todo en zonas de riesgo.
- Usar protectores para los talones, si el paciente lo considera necesario.
- Valorar diariamente las condiciones de la piel para minimizar o detectar oportunamente cualquier signo o síntoma de lesión cutánea, sobre todo de los miembros inferiores, como: color, dolor, temperatura, llenado capilar, turgencia, etc.
- Promover la higiene personal completa todos los días, recomendarle que se revise piernas, uñas y los pies principalmente.
- Enseñar al paciente el cuidado de pies y las uñas.
- Estimular la circulación con ejercicios pasivos y constantes por lo menos cada tercer día para aumentar la producción de oxígeno.
- Lubricar la piel frecuentemente con cremas (lanolina, aceite de oliva) para mantenerla suave y flexible, o ungüentos sobre todo en las zonas donde se observa mayor resequedad y riesgo de lesión.
- Enseñar al paciente la limpieza y el cuidado de las uñas de acuerdo a su capacidad de autocuidado e involucrar a la familia y observar algún cambio en la coloración de estas.
- Valorar las condiciones de los pies para ver si hay irritación, grietas, lesiones, callosidades, deformaciones o edema, posteriormente ponerlos en remojo para revisar los espacios interdigitales.
- Promover la limpieza y estado general de zapatos y calcetines.
- Recomendarle al paciente si fuera necesario, asistir al podólogo para el cuidado de los pies y el corte de uñas gruesas evitando así lastimarse.

## INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

### ACTIVIDADES

- Observar si presenta signos o síntomas de insuficiencia arterial en los miembros inferiores, por ejemplo: edema, hiperpigmentación, etc.
- Recomendar al paciente caminar 15 minutos diarios para estimular la circulación.
- No cruzar las piernas.
- En caso de tener un alto riesgo de lesión cutánea, no dar masajes por ningún motivo.
- Motivar al paciente a los ejercicios pasivos.
- Recomendar al paciente dejar de fumar en caso de que fuera fumador, para mejorar la oxigenación de sus tejidos.
- Recomendar se realice estudios de coagulación, incluyendo el tiempo de protrombina (PT), tiempo de tromboplastina parcial (PTT), recuento de plaquetas, entre otros.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
2. Mccloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4°. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
4. Shogbong, A. & Levy, S. (2010). Intensive glucosa control in the management of diabetes mellitus and inpatient hyperglycemia. Am J Health – Syst Pharm, 67, 798:805.
5. Àvila, L. & Gómez, M. (2010). Nuevas recomendaciones para el diagnóstico de la diabetes. FMC, 17(4), 201-202.
6. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/m015ssa24.html>. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus en la atención primaria.
7. [http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n\\_seccion=Boletines&seccion=2011-03-17\\_5105.html](http://portal.salud.gob.mx/redirector?tipo=0&n_seccion=Boletines&seccion=2011-03-17_5105.html). El Secretario de Salud, José Ángel Córdova Villalobos, en la inauguración del XXIII Congreso Nacional de Diabetes. COMUNICADO DE PRENSA No. 088, 17/Marzo/2011.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES.

### **Elaboró:**

Lic. Enf. Alberto Sánchez Rodríguez.- Director Estatal de Enfermería del Estado de Nuevo León.

M.E. Jorge Náchez Martínez.- Coordinador Normativo de Enfermería en Atención Comunitaria de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

Lic. Enf. María Josefina Barboza.- Coordinador Normativo de Enfermería en Proyectos de Innovación y Desarrollo de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

M.C.E. Milton Carlos Guevara Valtier.- Docente de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma del Estado de Nuevo León.

Lic. Enf. Arguimira García Rodríguez.- Escuela de Enfermería del IMSS.

M.C.E. Francisca Pérez Camacho.- Escuela de Enfermería UDEM - Christus Muguerza

M.E.S. Irma Ramírez Teniente.- Instituto Tecnológico y Estudios Superiores de Monterrey.

M.E.S. Blanca C. Águila López.- Instituto Tecnológico y Estudios Superiores de Monterrey.

MCE Guadalupe Cerino Pérez.- Coordinación Estatal de Enfermería SS Tabasco.

Lic. Enf. Luz María Barajas Ramos.- Hospital Juárez de México.

## PARTICIPANTES

### **Elaboró:**

Lic. Enf. Elvia Minerva Ugalde Ferrusca.- Hospital General de Querétaro.

Enf. Esp. María Estela Marín Rodríguez.- Hospital General de Sub Zona N° 11 Montemorelos.

Enf. Dora María Ordóñez Torres.- Centro de Salud PIO X, Jurisdicción Sanitaria No. 3 de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

Lic. Enf. Nohemi Villanueva Aranda.- Clínica Hospital Constitución ISSSTE

Enf. Gral. Magdalena Macías Hernández.- Unidad de Medicina Familiar no. 64 IMSS

Lic. Enf. Soledad Linares Martínez.- Pasante de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L.

Lic. Enf. Perla Leticia Rivas Puente.- Pasante de Enfermería de la Facultad de Enfermería de la U.A.N.L

MCE. Victoria Guevara Soria.- Hospital Universitario.

Lic. Enf. Rosalinda Facio.- Hospital Clínica Nova.

Lic. Enf. Leticia Martínez Treviño.- Coordinador Normativo de Enfermería en Atención Hospitalaria de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

Lic. Enf. Sandra Stella Hernández Leal.- Coordinador Normativo de Enfermería en Administración de Recursos Humanos de la Secretaría de Salud del Estado de Nuevo León.

Lic. Enf. Jessika Oyervides Zamarripa. - Clínica Cuauhtémoc y Famosa.

Enf. Gral. Antonia Monsiváis García.- Centro de Salud Carmen Romano, Jurisdicción Sanitaria N° 2 Secretaría de Salud de Nuevo León.

Lic. Enf. Juana Alvarado Poblano.- Unidad Medicina Familiar No. 15 IMSS

Lic. Enf. María Elena Medina López.- Hospital San José.

Lic. Enf. Alma Nury Jiménez Vázquez.- Hospital La Carlota, de la Universidad de Montemorelos.

Lic. Enf. Sandra Lucero Flores Mendoza.- Unidad de Medicina Familiar No. 66 IMSS.

Lic. Enf. Thelma Herrera Santiago.- Unidad de Medicina Familiar No. 19 IMSS.

Enf. Gral. María Guadalupe Guillen Vázquez.- Unidad de Medicina Familiar No. 15 IMSS.

E. Esp. Lucila Cardosa Sepúlveda.- Unidad de Medicina Familiar No. 66 IMSS.

Lic. Enf. Rosa Roció Rosales Alanis.- Centro de Salud Unidad Encinas Jurisdicción Sanitaria N° 2 Secretaría de Salud de Nuevo León

Lic. Enf. Teresa de Jesús Aguiñaga Proa. Grupo Christus Muguerza

Eux. Enf. Mercedes González Hernández.- Unidad de Medicina Familiar No. 15 IMSS.

Lic. Enf. Aurora González Cepeda.- Hospital Psiquiátrico de la Secretaría de Salud de Nuevo León.

Lic. Enf. Gilberto Barrón Saucedo.- Hospital Regional del ISSSTE

Lic. Enf. Gabriela Margarita Lara Olivares.- Unidad de Medicina Familiar No. 7 Plus del IMSS.

Lic. Enf. María Isabel Oliva García.- Centro de Salud Unidad Fomerrey 113, Jurisdicción Sanitaria N° 1 Secretaria de Salud de Nuevo León.

Enf. Juana Patricia Martínez Montes de Oca.- Hospital General de Sub Zona N° 11 Montemorelos.

# Hipertermia | 10

La hipertermia es la elevación de la temperatura corporal por encima del rango normal.<sup>1</sup>

Gracias a la Hipertermia se puede aumentar la temperatura interna de los tejidos en varios grados. El aumento de la actividad circulatoria tiene consecuencias fisiológicas, pues esta hiperemia determina una elevación del funcionalismo de todos los órganos que dependen de ella.

Se activan los cambios nutritivos, al comprobarse que las vibraciones moleculares en los tejidos sometidos a estas condiciones producen un aumento de las funciones de asimilación y desasimilación. En consecuencia, se incrementan las oxidaciones al favorecer el aumento interno de temperatura y la aceleración de la velocidad de la reacción química.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> NANDA I, *Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008*. Editorial Elsevier. Madrid España 2008

<sup>2</sup> [http://www.efsioterapia.net/hipertermia/05accion\\_fisiologica.php](http://www.efsioterapia.net/hipertermia/05accion_fisiologica.php) Consultada el 6 de marzo de 2011.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: HIPERTERMIA

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 6 Termorregulación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Hipertermia</p>		Mantener la Termorregulación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frecuencia respiratoria</li> <li>– Frecuencia cardíaca.</li> <li>– Irritabilidad.</li> <li>– Contractura muscular.</li> <li>– Dolor muscular.</li> <li>– Cefalea</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Aumento de la tasa metabólica, proceso infeccioso (especificar), deshidratación, efecto secundario de medicamentos, traumatismo, efectos anestésicos, etc.</p>		Severidad de la infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Inestabilidad de la temperatura.</li> <li>– Malestar general.</li> <li>– Aumento de leucocitos.</li> <li>– Fiebre.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Piel enrojecida, aumento de la temperatura por encima del límite normal, calor al tacto, taquicardia, taquipnea, convulsiones.</p>		Signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatura corporal.</li> <li>– Presión arterial sistólica / diastólica.</li> <li>– Frecuencia cardíaca.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	

## INTERVENCIONES (NIC): TRATAMIENTO DE LA FIEBRE

### ACTIVIDADES

- Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.
- Monitorizar todos los signos vitales tan frecuente como sea posible.
- Comprobar los valores de recuento de leucocitos.
- Administración de medicamentos antipiréticos y para la causa de la fiebre por prescripción médica.
- Realizar baño tibio de esponja, sí fuera necesario.
- Favorecer la ingesta de líquidos y sí procede intravenosos.
- Aplicar bolsa de hielo en ingle y axilas, sí procede, tomando las medidas preventivas de protección a la bolsa.
- Vigilar la presencia de signos y síntomas de convulsiones.
- Monitorizar la presencia de arritmias cardíacas.
- Control de ingresos y egresos de líquidos o pérdida de los mismos.
- Monitorizar la presencia de alteración de electrolitos.
- Monitorizar la presencia de desequilibrio ácido-base.
- Vigilar signos y/o síntomas de descenso o pérdida de la conciencia.
- Evitar hipotermias inducidas por el tratamiento.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): APLICACIÓN DE CALOR O FRÍO

### ACTIVIDADES

- Revisar prescripción médica y tomar decisiones respecto al cuidado de enfermería.
- Explicar al paciente el procedimiento de aplicación de calor o frío como parte del tratamiento para disminuir la fiebre.
- Elegir el método más conveniente entre: bolsas de plástico herméticas con hielo derretido, paquetes de gel congelado, sobres de hielo químico, inmersión en hielo, paños o toallas frías, etc.
- Verificar la funcionalidad y buen estado de los materiales y equipos a utilizar.
- Vigilar la integridad de la piel e identificar cualquier alteración.
- Determinar el tiempo de aplicación en función de la respuesta humana del paciente.
- Explorar la respuesta humana en forma verbal, conductual o biológica.
- Evaluar constantemente el estado general, la seguridad del paciente y la comodidad del mismo durante el tratamiento.
- Comunicar al paciente que durante la aplicación del frío puede haber entumecimiento por algunos segundos.
- Comunicar al profesional médico la respuesta humana del paciente.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

### ACTIVIDADES

- Monitorizar la temperatura corporal y color de piel.
- Monitorizar periódicamente la presión sanguínea, temperatura, frecuencia respiratoria y frecuencia cardiaca.
- Monitorizar el llenado capilar.
- Mantener un dispositivo de control continuo de temperatura corporal y monitorizarla en curva térmica.
- Observar la presencia de signos y síntomas de hipotermia.
- Monitorizar la presencia y calidad del pulso, ritmo y frecuencia cardiaca.
- Observar constantemente el color, temperatura y humedad de la piel.
- Observar la presencia de cianosis central o periférica.
- Identificar causas posibles de cambios en los signos vitales.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Sue Moorhead, PhD, RN. Cuarta Edición. 2009.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Gloria M. Bulechek. Quinta Edición. 2009.
3. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008
4. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. T. Heather Herdman, PhD, RN. Elsevier. España 2009 – 2011.
5. Kozier B. Fundamentos de enfermería Vol. 1. 5ª ed. México Distrito Federal: MC Graw Hill Interamericana; 1999
6. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico

### PARTICIPANTES

#### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

#### **Elaboró:**

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinoza.- Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM

Lic. Enf. Maribel Aguilera Rivera.- Hosp. General de Zona No. 32 Instituto Mexicano del Seguro Social

# Histerectomía

# 11

Este procedimiento se define como la cirugía que se realiza para extirpar el útero de una mujer y se puede hacer a través de una incisión abdominal o por vía vaginal.

A veces se extirpan también las trompas de Falopio, los ovarios y el cuello uterino en la misma operación. Cuando se extirpan ambos ovarios y las trompas de falopio, se le llama ovario salpingectomía bilateral.

Existen tres tipos de histerectomía: la histerectomía total o completa, que consiste en la extirpación del útero y del cuello uterino; la histerectomía parcial, que consiste en la extirpación de la parte superior del útero, dejando el cuello uterino intacto; la histerectomía radical, que consiste en la extirpación del útero, el cuello uterino, la parte superior de la vagina y el tejido que lo sustenta.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> [http://www.greenhosp.org/pe\\_pdf\\_espanol/surgery\\_hysterectomy.pdf](http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/surgery_hysterectomy.pdf). Centro Nacional de Información para la Salud de la Mujer en [www.4woman.gov](http://www.4woman.gov) Descargado en 4/05. (consultada el 16 de marzo de 2011)

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: HISTERECTOMÍA

Dominio: 5 Percepción / cognición	Clase: 4 Cognición				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Conocimientos deficientes</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (e)</u></b></p> <p>Interpretación errónea de la información, desconocimiento de la causa de procedimiento quirúrgico y del pronóstico, al próximo evento quirúrgico, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (Signos y Síntomas)</u></b></p> <p>Comportamientos inadecuados: histeria, hostilidad, apatía, agitación, desinterés, expresión verbal del problema, comportamientos exagerados, seguimiento inexacto de las instrucciones, etc.</p>		<div style="background-color: #f4a460; padding: 20px; border: 1px solid #f4a460;"> <p>Referirse al plan de cuidados del perioperatorio</p> </div>			<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: HISTERECTOMÍA

Dominio: 1.1 Protección inefectiva	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión peri operatoria</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Con el procedimiento quirúrgico, obesidad, sobrepeso, alteraciones sensitivo preceptuales debidas a la anestesia, edema, inmovilización, posición inadecuada, debilidad muscular, mala nutrición, etc.</p>		<div style="background-color: #f4a460; padding: 20px; border: 1px solid #f4a460;"> <p style="font-size: 1.2em; margin: 0;">Referirse al plan de cuidados del perioperatorio</p> </div>			<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: HISTERECTOMÍA

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro de la integridad tisular</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Agente lesivo físico (Herida quirúrgica abdominal), alteración de la circulación, procedimiento quirúrgico de histerectomía por presencia de miomas, tumores, engrosamiento del endometrio, infección del útero o de las trompas de Falopio, sangrado vaginal constante e incontrolable, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas):</u></b></p> <p>Dolor en lesión, disminución de la movilidad física, expresión verbal del dolor, posición para evitar el dolor, hipotensión, palidez, etc.</p>		<p>Referirse al plan de cuidados del perioperatorio</p>			<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: HISTERECTOMÍA

Dominio: 1 promoción de la salud	Clase: 4 actividad y reposo				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión por sangrado</p>		<p>Controla y detecta el riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce e identifica los signos y síntomas del riesgo.</li> <li>– Mantiene informado al equipo de salud.</li> <li>– Participa en la identificación de los riesgos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Con el procedimiento quirúrgico, obesidad, sobrepeso, coagulación intravascular, coagulopatías, complicaciones post parto, complicaciones del embarazo, trauma abdominal, deficiencia de plaquetas y otros componentes sanguíneos, pérdida de volumen sanguíneo, etc.</p>		<p>Controlar la severidad de pérdida de sangre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pérdida sanguínea visible.</li> <li>– Hematuria.</li> <li>– Sangrado vaginal.</li> <li>– Hemorragia postoperatoria</li> <li>– Disminución de la hemoglobina.</li> <li>– Disminución del hematocrito.</li> <li>– Palidez de las membranas cutáneas y mucosas.</li> <li>– Disminución de la presión arterial.</li> <li>– Aumento de la frecuencia cardiaca apical.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Leve.</li> <li>5. Ninguno.</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCIÓN DE LA HEMORRAGIA

### ACTIVIDADES

- Valorar la o las causas de la pérdida de sangre.
- Determinar la cantidad y origen del sangrado.
- Revisar genitales externos y vagina para saber si es la procedencia del sangrado.
- Monitorizar el estado de hidratación y de los líquidos, incluyendo entradas y salidas.
- Monitorizar la coagulación sanguínea: parámetros de hemoglobina, hematocrito, tiempos de protrombina, tromboplastina, fibrinogeno, recuento plaquetario, etc.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Mantener un acceso intravenoso permeable.
- Administrar productos sanguíneos, como: paquete globular, plasma y plaquetas, etc.
- Monitorizar constantemente los signos vitales.
- Si el sangrado es profuso e incontrolable, informar al familiar sobre la gravedad de la pérdida de sangre y acciones que han de tomarse.
- Implementar las medidas universales en el manejo y disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -003-SSA-1993.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

### ACTIVIDADES

- Monitorización periódica de los signos vitales: fluctuaciones de la presión sanguínea, presencia y calidad de los pulsos, control de la temperatura, esquema respiratorio anormal, etc.
- Observar presión o aumento de la presión del pulso.
- Monitorizar color, temperatura y humedad de la piel.
- Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico)
- Monitorizar el ritmo, frecuencia y tonos cardiacos.
- Monitorizar frecuencia, ritmos respiratorios y sonidos pulmonares.
- Observar si hay cianosis central y periférica.
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o empeoren.
- Monitorizar el llenado capilar y la coloración y temperatura.
- Registrar los cambios en los signos vitales, verificar su causa para informar al área médica e intervenir oportunamente.
- Monitorizar el estado de conciencia de la paciente y ubicación en tiempo y espacio.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Shogbong, A. & Levy, S. (2010). Intensive glucosa control in the management of diabetes mellitus and inpatient hyperglycemia. Am J Health – Syst Pharm, 67, 798:805.
2. Ávila, L. & Gómez, M. (2010). Nuevas recomendaciones para el diagnóstico de la diabetes. FMC, 17(4), 201-202.
3. NANDA International. (2008). Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008. Elsevier.
4. Baily R, E. Manual de Enfermería. Edición original, Editorial Océano. Barcelona España.
5. Tucker S. Cols. Normas de cuidados del paciente. 6ta Edición. Editorial Océano. Barcelona España.
6. [http://www.greenhosp.org/pe\\_pdf\\_espanol/surgery\\_hysterectomy.pdf](http://www.greenhosp.org/pe_pdf_espanol/surgery_hysterectomy.pdf). Centro Nacional de Información para la Salud de la Mujer en [www.4woman.gov](http://www.4woman.gov) Descargado en 4/05. (consultada el 16 de marzo de 2011)

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

### **Elaboró:**

Mtra. Sara Esther Téllez Ortiz.- Hospital General de México O.D. Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia.

L.E.O. Virginia Irasema Robles.- Hospital General de los Mochis Sinaloa.

Lic. María Elena Hernández Castillo. Hospital General de México O.D

L.E.O. Claudia Leticia Ramírez Tabales. Hospital General de México O.D



# Incontinencia urinaria | 12 en el adulto mayor

Dentro de esta alteración la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) menciona varios conceptos, como: la emisión involuntaria de orina o incontinencia de urgencia, pérdida súbita de la orina o incontinencia de esfuerzo y finalmente la incapacidad de una persona que normalmente contiene para llegar al inodoro a tiempo de evitar la pérdida involuntaria de orina o incontinencia funcional.<sup>1</sup>

La incontinencia urinaria representa un problema importante en nuestra sociedad, dada su frecuencia y magnitud de daños que ocasiona en la persona que la padece, repercutiendo en su entorno social y laboral, deteriorando la calidad de vida y limitando la autonomía de la persona.<sup>2</sup> De ahí la importancia de la enseñanza del profesional de enfermería al paciente y a la familia de los cuidados y de las mejores opciones del manejo de la incontinencia urinaria.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. 8ª. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2010.

<sup>2</sup> <http://www.index-f.com/lascasas/lascasas.php> (consultada el 9 de marzo de 2011)

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 1 función urinaria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Incontinencia urinaria de esfuerzo.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Debilidad y cambios degenerativos de los músculos pélvicos y soportes estructurales asociados con el envejecimiento, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Goteo de orina al aumentar la presión abdominal, urgencia urinaria, intervalo entre micciones inferior a dos horas, informes de pérdida involuntaria de pequeñas cantidades de orina al toser, reír, estornudar o hacer ejercicio. Etc.</p>		<p>Entrenar en la continencia urinaria de esfuerzo.</p> <p>Entrenar en la función Muscular</p> <p>Enseñar al control de síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce la urgencia miccional.</li> <li>– Responde de forma adecuada a la urgencia.</li> <li>– Ausencia de pérdidas de orina entre micciones.</li> <li>– Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina.</li> <li>– Fuerza de la contracción muscular.</li> <li>– Tono muscular.</li> <li>– Movimiento muscular sostenido.</li> <li>– Reconoce la variación del síntoma.</li> <li>– Reconoce la persistencia del síntoma.</li> <li>– Utiliza medidas preventivas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> <li>1. Extremadamente Comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente Comprometido.</li> <li>3. Moderadamente Comprometido.</li> <li>4. Levemente Comprometido.</li> <li>5. No Comprometido</li> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente de mostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

#### ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de orinar.
- Enseñar al paciente a ajustar y luego relajar el anillo muscular alrededor de la uretra y del ano, como si intentara evitar orinar o el movimiento intestinal.
- Enseñar al paciente a evitar contraer los músculos abdominales, muslos glúteos, los que participan en la respiración o estirarse durante la realización de los ejercicios.
- Asegurarse de que el paciente puede diferenciar entre la elevación y la contracción del músculo deseado y el esfuerzo de contención no deseado.
- Enseñar a la paciente femenina a identificar los músculos elevadores del ano y urogenital colocando un dedo en la vagina y procediendo a apretar.
- Enseñar al paciente a realizar ejercicios de contracción muscular, entre 30 y 50 veces por día, manteniendo la contracción durante 10 segundos cada vez y descansando como mínimo diez segundos entre cada contracción.
- Enseñar al paciente a detener y reiniciar el flujo de orina.
- Explicar al paciente que la efectividad de los ejercicios se consigue de 6 a 12 semanas.

### INTERVENCIONES (NIC): EJERCICIOS DEL SUELO PÉLVICO

#### ACTIVIDADES

- Mostrar una respuesta positiva cuando se hacen los ejercicios prescritos.
- Enseñar al paciente a controlar la respuesta al ejercicio intentando detener el flujo de orina no más de una vez por semana.
- Proporcionar de manera escrita el plan de ejercicios donde se describan las intervenciones y el número de repeticiones que se recomiendan para fortalecer el suelo pélvico.
- Proporcionar retroalimentación o estimulación eléctrica en pacientes, cuando la asistencia esté indicada, identificando los músculos correctos para contraer y / o escoger la fuerza deseada de la contracción del músculo.
- Comentar con el paciente el registro diario del avance de la continencia para proporcionar seguridad.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 1 función urinaria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b> Incontinencia urinaria funcional</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b>  Deterioro de la visión, limitaciones neuromusculares, limitaciones físicas (amputación), alteraciones de los factores ambientales, debilidad de las estructuras pélvicas de soporte, deterioro de la cognición, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b>  Pérdida de orina antes de llegar al inodoro, percepción de la necesidad de miccionar, el tiempo requerido para llegar hasta el inodoro excede el tiempo que pasa entre la sensación de urgencia y la micción incontrolada, etc.</p>		<p>Entrenar en la continencia urinaria funcional</p> <p>Control de los síntomas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Considerar un tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de la orina.</li> <li>– Ropa interior seca durante el día.</li> <li>– Ropa interior de la cama seca durante la noche.</li> <li>– Capaz de manejar la ropa de forma independiente.</li> <li>– Capaz de usar el inodoro de forma independiente.</li> <li>– Uso independiente del inodoro sin barreras ambientales.</li> <li>– Reconoce el comienzo del síntoma.</li> <li>– Reconoce la persistencia del síntoma.</li> <li>– Utiliza medidas preventivas.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): ENTRENAMIENTO DEL HÁBITO URINARIO

### ACTIVIDADES

- Llevar un registro de especificación de continencia durante tres días para establecer el esquema de eliminación.
- Establecer un intervalo de horario inicial para ir sanitario, en función del esquema de eliminación y de la rutina habitual para comer, levantarse y acostarse.
- Establecer una hora de comienzo y final para el horario de ir al sanitario si no se producen episodios en 24 h.
- Establecer un intervalo para ir al sanitario preferiblemente no inferior a dos horas.
- Ayudar al paciente a ir al sanitario y provocar la eliminación en los intervalos previstos.
- Utilizar el poder de la sugestión estimulando el reflejo de orinar a través de: hacer correr agua para ayudar al paciente a eliminar.
- Evitar dejar al paciente en el sanitario durante más de cinco minutos.
- Reducir los intervalos de tiempo de ir al sanitario a cada media hora si se producen más de dos episodios de incontinencia en 24 horas.
- Mantener el intervalo de ir al aseo si se producen dos o menos episodios en 24 horas.
- Aumentar el intervalo de tiempo de ir al sanitario a cada media hora si el paciente no tiene episodios de incontinencia en 48 horas, hasta que se consiga el intervalo óptimo de cada cuatro horas.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO AMBIENTAL

### ACTIVIDADES

- Crear un ambiente seguro para el paciente.
- Identificar las necesidades de seguridad del paciente, considerando la función física, capacidad cognoscitiva e historial de conducta.
- Disponer de camas de baja altura y medidas de seguridad mediante barandales laterales.
- Acompañar al paciente al sanitario.
- Disponer de dispositivos de adaptación como banco de escalera para subirse a la cama, bastón, etc.
- Prever sonda urinaria y tubo de drenaje con largo suficiente que permita libertad de movimientos.
- Colocar los objetos de uso frecuente al alcance del paciente.
- Proporcionar una cama limpia y cómoda.
- Colocar el timbre e interruptor para cambios de posición de la cama al alcance del paciente.
- Disminuir los estímulos ambientales.

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA URINARIA

### ACTIVIDADES

- Identificar las causas posibles que producen incontinencia urinaria, como: producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia a través de ejercicios vesicales.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al sanitario.
- Ayudar a seleccionar las prendas o compresa de incontinencia (pañal) adecuadas para iniciar el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento adecuado para el o la paciente.
- Proporcionar prendas protectoras adecuadas para el o la paciente.
- Mantener limpia y seca la zona dérmica genital y recomendar al paciente y familiar hacerlo de manera constante.
- Recomendar la limitación de líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga como: refresco de cola, té, chocolate, etc.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 1 función urinaria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Incontinencia urinaria de urgencia</p>		<p>Entrenar en la continencia urinaria de urgencia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce la urgencia miccional.</li> <li>– Patrón predecible del paso de orina.</li> <li>– Responde de forma adecuada a la urgencia.</li> <li>– Tiempo adecuado hasta alcanzar el inodoro entre la urgencia y la evacuación de orina.</li> <li>– Micción &gt; 150 ml cada vez.</li> <li>– Capaz de comenzar a interrumpir el chorro de orina.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Disminución de la capacidad vesical por historia de enfermedad inflamatoria pélvica, cirugía abdominal, catéter urinario permanente, deterioro de la contractilidad vesical, hiperreflexia del detrusor: cálculos renales, tumores, trastornos del sistema nervioso central, relajación esfinteriana involuntaria, efecto secundario de medicamentos, irritación de los receptores de la tensión vesical provocando espasmo, infección vesical, etc.</p>					
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Urgencia urinaria, incapacidad para llegar al WC a tiempo, nicturia (más de dos micciones por la noche), micciones de cantidad inferior a 100 cc., micciones de cantidad superior a 550 cc., etc.</p>					

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA CONTINENCIA URINARIA

### ACTIVIDADES

- Identificar las causas posibles que producen incontinencia urinaria, como: producción urinaria, esquema de eliminación, función cognoscitiva, problemas urinarios anteriores, residuo después de la eliminación y medicamentos.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria.
- Modificar la vestimenta y el ambiente para facilitar el acceso al sanitario.
- Ayudar a seleccionar las prendas o compresa de incontinencia (pañal) adecuadas para iniciar el manejo a corto plazo mientras se determina un tratamiento adecuado para el o la paciente.
- Proporcionar prendas protectoras adecuadas para el o la paciente.
- Mantener limpia y seca la zona dérmica genital y recomendar al paciente y familiar hacerlo de manera constante.
- Recomendar la limitación de líquidos durante dos o tres horas antes de irse a la cama.
- Limitar la ingestión de productos irritantes para la vejiga como: refresco de cola, té, chocolate, etc.
- Reconocer al o la paciente el esfuerzo que realiza e informarle de sus avances en el control de la continencia urinaria.
- Integrar a la familia en apoyar al paciente a la aplicación de técnicas o métodos de control de la continencia urinaria.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 1 función urinaria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b> Incontinencia urinaria total</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b>  Neuropatías que impiden la transmisión del reflejo indicador de repleción vesical, disfunción neurológica que desencadena la micción en momentos imprevisibles, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b>  Flujo continuo de orina que se produce a intervalos imprevisibles sin distensión o falta de inhibición de las contracciones o espasmos vesicales, incontinencia refractaria al tratamiento, nicturia, etc.</p>		<p>Entrenar en la continencia urinaria total.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Micción &gt; 150 ml cada vez</li> <li>– Ausencia de residuo miccional &gt; 100-200 ml.</li> <li>– Ausencia de medicación que interfieren el control urinario.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): SONDAJE VESICAL

### ACTIVIDADES

- Implementar precauciones universales para la preparación de los insumos.
- Explicar el procedimiento y el fundamento de la intervención.
- Mantener una técnica aséptica estricta e implementar las medidas correspondientes acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Instalar el catéter del tamaño acorde a la edad o requerimiento del paciente.
- Realizar los cuidados al catéter urinario y bolsa de drenaje.
- Mantener un sistema de drenaje urinario cerrado.
- Realizar o enseñar al paciente la cateterización intermitente limpia.
- Controlar la ingesta y eliminación de líquidos.
- Si fuera necesario, realizar la cateterización residual después de orinar.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INCONTINENCIA URINARIA EN EL ADULTO MAYOR

Dominio: 1.1 Seguridad/protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Excreción urinaria, edad avanzada o extrema (senectud), humedad, factores mecánicos como: presión, colocación de pañal frecuente o permanente entre otros, inmovilización física, acidez de la orina, cambios en el tensor de la piel, deterioro de la circulación, deterioro de la sensibilidad, etc.</p>		<p>Mantener la integridad tisular: piel y membranas mucosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatura de la piel.</li> <li>– Sensibilidad</li> <li>– Transpiración.</li> <li>– Perfusión tisular.</li> <li>– Piel intacta.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Detección del riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.</li> <li>– Identifica los posibles riesgos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	
		<p>Envejecimiento físico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Capacidad cognitiva.</li> <li>– Fuerza muscular.</li> <li>– Tono del músculo vesical.</li> <li>– Resistencia infecciones.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	

## INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA DE LA PIEL

### ACTIVIDADES

- Observar color, calor, textura, erupciones, enrojecimiento, inflamación, presión, fricción, edema en la región genital o circundante.
- Observar si presenta resequeidad o humedad excesiva en las zonas de riesgo.
- Observar si existen zonas de decoloración y/o magulladuras así como algún otro cambio en la piel de la región genital, perianal o en mucosas.
- Si el paciente utiliza pañal, revisar o asegurar que no quede apretado o ajustado.
- Orientar al familiar o cuidador principal acerca de los signos que pudieran presentarse de pérdida de la integridad cutánea.
- Implementar medidas para prevenir o disminuir los riesgos de deterioro, como: colchón de agua o antiescaras, cambios de posición frecuentes, así mismo orientar y enseñar al familiar o cuidador principal a detectar los signos de pérdida de la integridad de la piel.
- En caso de presentar lesión cutánea, coordinarse con el médico tratante para implementar medidas y cuidados necesarios.
- Aplicar calor seco con lámpara, si es necesario.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA PIEL TRATAMIENTO TÓPICO

### ACTIVIDADES

- Realizar limpieza de los genitales externos con agua y jabón, dejar perfectamente seca la zona.
- Instalar o hacer cambio de sonda tranuretral, acorde a la normatividad interna institucional.
- Colocar los pañales sin comprimir.
- Aplicar baño coloide.
- Mantener al o la paciente con ropa limpia, seca y en posición cómoda.
- Aplicar tópicos antibióticos o antiinflamatorios en la zona afectada por prescripción médica.
- Monitorizar diariamente las condiciones de la piel.
- Promover el autocuidado al paciente y familia.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Sue Moorhead, PhD, RN. Cuarta Edición. 2009.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Gloria M. Bulechek. Quinta Edición. 2009.
3. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y Clasificación 2009-2011. 8ª. ed. Barcelona, España: Elsevier; 2010.
4. JBI. The Effectiveness of a Pelvic Floor Muscle Exercise Program on Urinary Incontinence Following Childbirth, Best Practice 2005; 9(2): Blackwell Publishing Asia, Australia
5. Management of urinary incontinence in primary care. In: Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) [en línea] 2004 Diciembre. [fecha de acceso 3 de Marzo de 2006]; 46 p. URL disponible en [www.SIGN.AC.UK](http://www.SIGN.AC.UK)
6. Hay-Smith, E.J.C., Bø, K., Berghmans, L.C.M., Hendriks, H.J.M., de Bie, R.A., van Waalwijk van Doorn, E.S. Pelvic floor muscle training for urinary incontinence in women (Cochrane Review) en: The Cochrane Library. Oxford 2001; issue 1.
7. Morilla Herrera JC. Guía de atención a pacientes con incontinencia urinaria. 3ª. Ed. Málaga: Asociación Andaluza de Enfermería. 2007.
8. Espuña Pons, M. Incontinencia de orina en la mujer. Med Clin (Barc) 2003; 120: 464-472.
9. Burgos Sánchez J, Tirado Pedregosa G, Varella Safont A, Vera Salmerón E, Martín Sánchez S, Anaya Ordóñez S. Algoritmo para la indicación de absorbentes a personas con incontinencia urinaria. Biblioteca Las casas, 2008; 4(5). Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0387.php>
10. Aguilar Navarro S. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev. Enfermería Inst. Méx. Seguro S. 2007; 15 (1): 51-56 51
11. Verdejo C. Incontinencia urinaria. En: Ribera Casado JM, Cruz Jentoft AJ, editores. Geriátria en Atención Primaria. 3.ª edición. Barcelona: Aula Médica; 2002. p. 267-77.
12. Martínez Gallardo L, Nellen Hummel P, Hamui Sutton A, Halabe Cherem A. Incontinencia urinaria en el adulto mayor. Rev. Med Inst. Méx. Seguro S. 2007; 45 (5): 513-521
13. Rodríguez Rivera L. Incontinencia Urinaria en el Adulto Mayor. GEROINFO. RNPS. 2005; 1(1). Román J, Doñoro Álvaro Ma, Fernández Manzano M, Fernández Rodríguez R, García Castell M, García.
14. Barajas Jabonero G, Llorente de Andrés M, Rodríguez González Ma. Plan de cuidados al paciente geriátrico con incontinencia urinaria de urgencia. Gerokomos. [en línea] 2002; [24 de Agosto 2009]; (1). Disponible en:
15. [http://www.drugfarma.com/spa/gerokomos/O2numerosanteriores/numero1\\_2002/O2rincon/O4.asp](http://www.drugfarma.com/spa/gerokomos/O2numerosanteriores/numero1_2002/O2rincon/O4.asp)

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

### **Elaboró:**

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa. Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Lic. Enf. Lilia Valencia.- Hospital Gustavo Baz del Estado de México.



# Influenza A(H1N1) | 13

Es una enfermedad respiratoria aguda causada por alguno de los tres tipos de virus de la influenza que se conocen: A, B y C. El tipo A se subclasifica según sus proteínas de superficie: hemaglutinina (H) y neuraminidasa (N) de la cual depende su capacidad para provocar formas graves del padecimiento.

**Nombre:** virus de la influenza.

**Tipo:** tipo A, tipo B o tipo C.

**Subtipo:** el tipo A puede presentarse en hasta 144 combinaciones, desde (H1N1) hasta H16N9 ya que se han detectado 16 hemaglutininas (H) y 9 neuroaminidasas (N).

Desde el punto de vista de la salud pública el de mayor importancia es el virus de la influenza tipo A, que tiene la capacidad de infectar a humanos. El cuadro actual está relacionado a un nuevo virus identificado como influenza A(H1N1).<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Boletín: Acciones para contener la transmisión de influenza A (H1N1) en el país. 30 de abril 2009. Secretaría de Salud. (consultada el 7 de marzo de 2011).

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA A(H1N1)

Dominio: 4 actividad / reposo	Clase: 4 respuestas cardiovasculares				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Patrón respiratorio ineficaz</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Síndrome de Hipoventilación.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Alteraciones en la profundidad respiratoria, disnea, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, disminución de la capacidad vital, taquicardia, fase espiratoria prolongada, uso de los músculos accesorios para respirar, taquipnea, ortópnea, etc.</p>		<p>Regular el estado respiratorio en la ventilación.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frecuencia respiratoria</li> <li>– Ritmo respiratorio</li> <li>– Facilidad de la inspiración</li> <li>– Expansión torácica simétrica.</li> <li>– Volumen corriente</li> <li>– Capacidad vital</li> <li>– Hallazgos en las radiografías de tórax.</li> <li>– Equilibrio entre ventilación y perfusión.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): VENTILACIÓN MECÁNICA

#### ACTIVIDADES

- Observar si hay insuficiencia respiratoria inminente.
- Consultar con el equipo interprofesional para la selección del modo de ventilación.
- Iniciar la preparación y aplicación del respirador.
- Explicar al paciente y la familia las razones de las sensaciones esperadas asociadas al uso de respiradores mecánicos.
- Comprobar de forma rutinaria los ajustes del ventilador y cambiar los circuitos cada 24 horas.
- Observar si se produce descenso del volumen espirado y un aumento de la presión inspiratoria.
- Asegurar que las alarmas del ventilador estén activadas.
- Asegurar agentes paralizantes musculares, sedantes, analgésicos y narcóticos prescritos
- Comprobar todas las conexiones del ventilador.
- Verificar el agua condensada de las trampas si procede.
- Monitorizar las lecturas de presión del ventilador y los sonidos respiratorios.
- Observar si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica, como: Infección, barotrauma, disminución del gasto cardiaco, etc.
- Colocar al paciente de forma que facilite la concordancia ventilación- perfusión si procede además de brindarle confort.
- Coordinarse con el médico en el uso de PEEP para minimizar la hipo -ventilación alveolar.
- Monitorizar los efectos de los cambios del ventilador en oxigenación: niveles de gases en sangre arterial, etc.
- Realizar el cuidado bucal de forma rutinaria, utilizando por ejemplo colutorios.

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

#### ACTIVIDADES

- Monitorizar periódicamente presión sanguínea, pulso temperatura, y estado respiratorio.
- Controlar periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio en profundidad y simetría.
- Monitorizar periódicamente los sonidos pulmonares.
- Verificar periódicamente la pulsioximetría.
- Observar la presencia de cianosis central o periférica.
- Identificar las posibles causas de los cambios en los signos vitales y
- Coordinarse con área médica para atender dichos cambios en alguno de los signos vitales.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA (H1N1)

Dominio: 1.1 seguridad protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Limpeza ineficaz de las vías aéreas</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Retención de secreciones bronquiales, exudado alveolar, mucosidad excesiva, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, proceso infeccioso.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Sonidos respiratorios adventicios, ausencia de tos o tos inefectiva, cianosis, agitación, ortópnea, cambios en el ritmo y frecuencia respiratoria, estertores, etc.</p>		<p>Mantener estado respiratorio: permeabilidad de las vías respiratorias.</p> <p>Estabilizar los signos vitales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilidad respiratoria</li> <li>– Frecuencia respiratoria.</li> <li>– Ritmo respiratorio.</li> <li>– Movilización y expulsión del esputo.</li> <li>– Frecuencia del pulso apical y radial.</li> <li>– Frecuencia respiratoria</li> <li>– Temperatura corporal.</li> <li>– Presión arteria</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Verificar si existen o no contraindicaciones para la fisioterapia respiratoria.
- Auscultar campos pulmonares bilaterales.
- Determinar los segmentos pulmonares que necesitan ser drenados.
- Practicar percusión con drenaje postural juntando las manos y golpeando la pared torácica en rápida sucesión para producir una serie de sonidos huecos.
- Practicar vibración torácica junto con el drenaje postural.
- Utilizar nebulizador de acuerdo con prescripción médica.
- Observar y registrar la cantidad y características del esputo.
- Monitorizar la saturación de oxígeno, ritmo y frecuencia respiratoria.
- Administrar bronco dilatadores o agentes mucolíticos de acuerdo a prescripción médica.
- Controlar y registrar la cantidad y tipo de expectoración de esputo.
- Estimular la tos durante y después del drenaje postural.
- Tratar al paciente con un enfoque sereno que brinde seguridad y confianza.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se pueden experimentar.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

### ACTIVIDADES

- Utilizar correctamente las precauciones universales: guantes, gafas, cubre bocas, bata si fuera necesario respetando las medidas de aislamiento.
- Colocar al paciente en posición semi fowler.
- Informar al paciente sobre el procedimiento y la necesidad de aspirar.
- Facilitar las pruebas diagnósticas, si es posible.
- Enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente durante la aspiración.
- Basar la duración de cada momento de aspiración en base a la respuesta y tolerancia del paciente.
- Mantener monitorizados los signos vitales.

#### **Para paciente intubado:**

- Disponer de equipo de protección.
- Determinar las necesidades de la aspiración oral y/o traqueal.
- Auscultar los ruidos respiratorios antes y después de la aspiración.
- Informar al paciente y familia sobre el procedimiento de aspiración.
- Proporcionar sedación si fuera necesario.
- Hiperoxigenar al paciente con oxígeno al 100% mediante la utilización del ventilador.
- Utilizar equipo desechable para cada procedimiento de aspiración traqueal.
- Seleccionar un catéter de aspiración que sea la mitad del diámetro interior del tubo endotraqueal, tubo de traqueostomía o vía aérea del paciente.
- Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si se utiliza un sistema de aspiración traqueal cerrado.
- Disponer la mínima cantidad de aspiración de pared para extraer las secreciones (80-100mmHg para los adultos).
- Observar el estado de oxígeno del paciente (niveles de SaO<sub>2</sub> y SvO<sub>2</sub>) y estado hemodinámico (nivel de PAM y ritmo cardíaco) inmediatamente antes, durante y después de la succión.
- Basar la duración de cada fase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente. Aspirar la orofaringe después de la aspiración traqueal. Detener la succión traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente presenta bradicardia, un aumento de ectopia ventricular y/o desaturación.
- Anotar el tipo y cantidad de las secreciones.

## INTERVENCIONES (NIC): OXIGENOTERAPIA

### ACTIVIDADES

- Eliminar las secreciones traqueales, orales y nasales
- Mantener las vías aéreas permeables.
- Administrar oxígeno suplementario según necesidades con algún dispositivo como mascarilla, verificando que se administre la concentración correcta.
- Explicarle al paciente la importancia de dejar el dispositivo de aporte de oxígeno encendido.
- Monitorizar la eficacia de la oxigenoterapia con pulsioxímetro, gasometría arterial.
- Observar si hay signos de hipoventilación, de toxicidad por el oxígeno y/o atelectasia por absorción.
- Eliminar secreciones bucales, nasales y traqueales.
- Monitorizar la presencia de otros signos que puedan agravar la condición de salud del paciente.
- Disponer de equipo necesario para atender alguna emergencia como la intubación, paro cardiorrespiratorio u otros.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE INFECCIONES

### ACTIVIDADES

- Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes.
- Cambiar el equipo de cuidados del paciente según el protocolo institucional.
- Mantener técnicas de aislamiento si procede.
- Limitar el número de las visitas si procede.
- Enseñar al personal de cuidados el lavado de manos apropiado.
- Recomendar a las visitas que se laven las manos al entrar y salir de la habitación del paciente.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
- Lavarse las manos antes y después de cada actividad.
- Poner en práctica las precauciones estándar, como: uso guantes estériles, cubre bocas, gafas, bata, etc.
- Utilizar equipo de protección durante la manipulación de material infeccioso.
- Mantener un ambiente aséptico y óptimo durante la inserción de líneas centrales.
- Mantener un sistema cerrado mientras se realiza la monitorización hemodinámica invasiva.
- Cambiar los sitios de línea I.V. periférica y de línea central de acuerdo a las recomendaciones de la normatividad interna institucional.
- Garantizar una manipulación aséptica de todas las líneas.
- Administrar terapia de antibióticos, por prescripción médica.
- Monitorizar las respuestas humanas del paciente.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): CAMBIO DE POSICIÓN

### ACTIVIDADES

- Colocar al paciente sobre un colchón / terapéutico adecuado a sus necesidades.
- Proporcionar un colchón firme.
- Explicar al paciente el procedimiento de los cambios de posición frecuentes y necesarios.
- Vigilar el estado de oxigenación antes y después de un cambio de posición y evitar desaturación.
- Pre medicar al paciente antes de cambiarlo de posición, por prescripción médica.
- Colocar en la posición especificada si lo requiere la terapéutica médica.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler para ayudar al alivio de la disnea y facilite la ventilación- perfusión.
- Proporcionar un apoyo seguro para la estabilidad del cuello.
- Colocar al paciente en una posición que favorezca el drenaje urinario.
- Desarrollar un protocolo o programa de cambios de posición, mostrárselo al familiar e invitarlo a que colabore en ello.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA A(H1N1)

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 4 función respiratoria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro del intercambio de gases</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Cambios de la membrana alveolo-capilar, desequilibrio ventilación-perfusión, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Respiración anormal en la profundidad, frecuencia y ritmo, color anormal de la piel como palidez o cianosis, diaforesis, disminución del dióxido de carbono, disnea, hipercapnia, hipoxemia, hipoxia, irritabilidad, aleteo nasal, agitación, somnolencia, hipotermia, taquicardia, trastornos visuales, lesiones pulmonares como: infiltrados pulmonares en más de dos cuadrantes, índice de Kirby (PaO<sub>2</sub>/FIO<sub>2</sub>&lt;de 250 o hipoxemia refractaria) y distensibilidad pulmonar disminuida, etc.</p>		<p>Estabilizar estado respiratorio: Intercambio gaseoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estado mental</li> <li>– Facilidad de la respiración.</li> <li>– PaO<sub>2</sub></li> <li>– PaCO<sub>2</sub></li> <li>– pH arterial</li> <li>– Saturación de oxígeno</li> <li>– Volumen corriente CO<sub>2</sub></li> <li>– Hallazgos en la radiografía de tórax</li> <li>– Equilibrio entre ventilación y perfusión</li> <li>– Disnea en reposo</li> <li>– Inquietud</li> <li>– Cianosis</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>5. Levemente</li> <li>6. Comprometido.</li> <li>7. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones <b><u>es mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Vigilar frecuencia ritmo, profundidad y esfuerzo de la respiración.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática.
- Observar si aumenta la intranquilidad, ansiedad o fatiga respiratoria.
- Observar si presenta disnea o secesos que la mejoren o empeoren.
- Monitorizar la cantidad y características de secreciones respiratorias.
- Monitorizar el movimiento torácico, mirando la simetría, la utilización de los músculos accesorios, retracciones de músculos intercostales y supra claviculares.
- Valorar los sonidos respiratorios, registrar las áreas de disminución, ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios o crepitantes.
- Dar seguimiento a los informes radiológicos.
- Interpretar y anotar los cambios de los valores de gases en sangre arterial.
- Comprobar la capacidad del paciente para toser eficazmente.
- Observar si se produce ronquera o cambios de voz.
- Monitorización de los signos vitales cada 30 minutos o antes si se valora necesario.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA A(H1N1)

Dominio: 4 actividad / reposo	Clase: 4 respuesta cardiovascular / pulmonar				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Perfusión tisular inefectiva cardiopulmonar</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Problemas de intercambio gaseoso, hipoventilación, desequilibrio ventilación perfusión.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Gasometría arterial anormal, alteraciones de la frecuencia respiratoria por debajo de los parámetros, disnea, aleteo nasal, hipoxia, llenado capilar superior a 3 segundos, retracción xifoidea, etc.</p>		<p>Mantener perfusión tisular pulmonar y cardiaca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilidad de la respiración.</li> <li>– Función y frecuencia respiratoria.</li> <li>– Ritmo y frecuencia cardiaca apical.</li> <li>– Equilibrio entre ventilación y perfusión.</li> <li>– Presión arterial pulmonar.</li> <li>– Presión sanguínea sistólica y diastólica.</li> <li>– pH arterial.</li> <li>– Saturación de oxígeno.</li> <li>– Gammagrafía de perfusión ventilación</li> <li>– Presión arterial pulmonar.</li> <li>– Determinación de gases sanguíneos en sangre arterial.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente Comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN ÁCIDO BASE

#### ACTIVIDADES

- Tomar muestras de gases en sangre arterial (ABG), asegurando una circulación adecuada en la extremidad antes y después de la extracción de sangre, colocando los ABG en hielo si fuera necesario y enviar al laboratorio.
- Monitorizar la temperatura del paciente y el porcentaje de oxígeno administrado en el momento de la extracción de la ABG.
- Valorar si el nivel del PH se encuentra en la parte alcalina o ácida del mediador (7.4 normal) y si hay la presencia de alcalosis metabólica.
- Valorar los niveles de: PaCO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, Hg b, Co<sub>2</sub>, que sean las adecuadas.
- Sedar al paciente para reducir la hiperventilación, por prescripción médica.
- Administrar fármacos para el dolor o algún otro medicamento por prescripción médica.
- Mantener acceso I.V. permeable y vías aéreas despejadas.
- Monitorear los factores determinantes de aporte de oxígeno tisular niveles de PaO<sub>2</sub>, SaO<sub>2</sub>, Hb y gasto cardiaco.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Valorar la presencia de causas posibles de déficit de ácido carbónico e hiperventilación asociada: como dolor, lesiones del SNC, fiebre, etc.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA

#### ACTIVIDADES

- Colaborar en la inserción y extracción de las líneas hemodinámicas invasivas y calibrar el equipo cada cuatro horas o de acuerdo a las necesidades.
- Monitorizar las formas de las ondas hemodinámicas para ver si hay cambios en la función pulmonar.
- Comparar los parámetros hemodinámicos con otros signos y síntomas clínicos.
- Monitorizar el gasto cardiaco y si presenta disnea, fatiga y taquipnea.
- Administrar líquidos y expansores de volumen y agentes farmacológicos así como mantener parámetros hemodinámicos dentro del rango normal.
- Controlar el trabajo respiratorio [ritmo cardiaco y respiratorio, uso de músculos accesorios y diaforesis].
- Controlar ingresos y egresos.
- Vigilar presencia de hiperventilación que originen alcalosis respiratoria (arritmias cardíacas, disminución del gasto cardiaco).
- Monitorizar la presencia de edema periférico, distensión de la vena yugular.
- Observar la eliminación intestinal y/o cantidad de diuresis del paciente.
- Medición de presión venosa central.
- Monitorizar datos de insuficiencia renal: (Creatinina sérica, examen de orina, uresis horaria de 1 a 5 ml/kg/hora) de insuficiencia hepática: (Pruebas de función hepática), de insuficiencia respiratoria: (pH sanguíneo mayor de 7.2, índice de Kirby; PaO<sub>2</sub>, PaCO<sub>2</sub>) y de rabdomiolisis: (Deshidrogenasa láctica creatinfosfoquinasa, aldolasa).

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LÍQUIDOS / ELECTROLITOS

### ACTIVIDADES

- Monitorizar si los niveles de líquidos o electrolitos en suero.
- Irrigar la sonda nasogástrica con solución salina normal.
- Monitorizar los valores de laboratorio relevantes para el equilibrio de líquidos: (BUN, albumina, proteínas totales, osmolaridad del suero y gravedad específica de la orina).
- Vigilar los resultados de laboratorio relevantes en la retención de líquidos y tomar decisiones para el cuidado de enfermería.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Observar la presencia de manifestaciones de desequilibrio de líquidos y coordinarse con el médico responsable para tomar las mejores decisiones en la modificación de la terapéutica.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA

### ACTIVIDADES

- Monitorizar la circulación periférica comprobando la frecuencia e intensidad de los pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades.
- Cuidar la higiene, confort y comodidad del paciente.
- Vigilar la frecuencia del patrón de eliminación intestinal y vesical.
- Controlar el estado nutricional.
- Monitorizar las condiciones y los riesgos de deterioro de la piel y de caídas con escalas acordes a normatividad institucional.
- Controlar el número de visitas para disminuir el riesgo de contagio y de infecciones al paciente.
- Monitorizar el estado emocional del paciente y familia.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA A(H1N1)

Dominio: 11 seguridad / protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Protección inefectiva o ineficaz</p>		Mantener respuesta al estado inmune.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Infecciones recurrentes</li> <li>– Fatiga crónica</li> </ul>	1. Grave 2. Sustancia 3. Moderado 4. Leve 5. Ninguno	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Trastornos inmunitarios, nutrición inadecuada, perfiles hematológicos anormales, efecto secundario de farmacoterapia de antineoplásicos o corticoesteroides, terapia inmunitaria con anticoagulantes o trombolíticos, estancias prolongadas de hospitalización.</p>		Severidad de los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intensidad, frecuencia y persistencia del síntoma.</li> </ul>		
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Escalofríos, tos, deficiencia inmunitaria, disnea, fatiga, respuestas desadaptadas al estrés, agitación, debilidad, sudoración, alteración neurosensorial.</p>		Severidad de la infección.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Espudo purulento.</li> <li>– Inestabilidad de la temperatura.</li> <li>– Malestar general.</li> </ul>		

## INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES

### ACTIVIDADES

- Controlar el número de visitas para disminuir el riesgo de contagio y de infecciones al paciente.
- Mantener y enseñar las normas de asepsia para el paciente de riesgo.
- Aplicar técnicas de aislamiento y precauciones universales.
- Tomar muestras para cultivo.
- Observar la presencia de cambios en el nivel de vitalidad o malestar.
- Orientar al paciente y familia a cerca de los signos y síntomas del proceso infeccioso por influenza y cuando debe informar de ellos en caso de que algún otro miembro de la familia lo presentará.
- Informar de la sospecha de infección en el personal de salud al Departamento de control y vigilancia epidemiológica.
- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones e implementar medidas.
- Administrar el plan terapéutico prescrito oportunamente.

## INTERVENCIONES (NIC): AISLAMIENTO

### ACTIVIDADES

- Identificar las conductas que necesitan intervención para el paciente y seres queridos y explicar el procedimiento, el propósito y periodo de la intervención en términos comprensibles.
- Hacer saber periódicamente nuestra presencia al paciente.
- Vigilar la temperatura, limpieza y seguridad de la zona de aislamiento.
- Evaluar a intervalos regulares, la necesidad de continuar con la intervención restrictiva del paciente.
- Mantener las precauciones universales para el paciente con alto riesgo de exposición a los peligros específicos del ambiente.
- Comunicar el riesgo de contagio al equipo multidisciplinario de salud a cargo de la atención del paciente.
- Capacitar a la familia y visitantes como debe aplicar las precauciones universales para disminuir el riesgo de contagio.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA A(H1N1)

Dominio: 11 seguridad / protección	Clase: 6 termorregulación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Hipertermia</p>		<p>Termorregulación de la temperatura corporal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Aumento de la temperatura cutánea.</li> <li>– Cambios de coloración cutánea</li> <li>– Hipertermia</li> <li>– Dolor muscular</li> <li>– Cefalea</li> <li>– Irritabilidad</li> <li>– Somnolencia</li> <li>– Deshidratación.</li> <li>– Taquicardia</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente Comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Enfermedad respiratoria viral altamente contagiosa.</p>					
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Inicio súbito, aumento de la temperatura corporal por encima del límite normal, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, taquipnea, calor al tacto, cefalea, fatiga, disfagia, rinorrea y ataque al estado general, etc.</p>					

## INTERVENCIONES (NIC): REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA

### ACTIVIDADES

- Monitorizar y registrar los signos vitales cada 15, 30 o 60 minutos o cuando la enfermera a cargo del cuidado lo considere necesario.
- Registrar curva térmica visual.
- Monitorizar el color y la temperatura de la piel.
- Favorecer la nutrición e ingesta de líquidos necesaria, si las condiciones del paciente lo permiten.
- Ajustar la temperatura ambiental a las necesidades del paciente.
- Control térmico por medios físicos: baño con agua tibia, descubrir al paciente, ventilar la habitación y evitar corrientes de aire.
- Administrar medicamentos antipiréticos y antibióticos por prescripción médica.
- Monitorizar cambios en el estado de conciencia.
- Realizar monitorización neurológica.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA (H1N1)

Dominio: 9 afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase: 2 respuestas de afrontamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Ansiedad</p>		Afrontamiento de problemas	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbaliza sensación de control.</li> <li>– Verbaliza aceptación de la situación.</li> <li>– Se adapta a los cambios en desarrollo.</li> <li>– Utiliza el apoyo social disponible.</li> <li>– Verbaliza la necesidad de asistencia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Al contagio de la infección, a la amenaza de cambio en el estado de salud, las funciones de rol, el entorno, la situación económica y a la muerte, etc.</p>		Autocontrol de la ansiedad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Busca información para reducir la ansiedad.</li> <li>– Refiere ausencia de manifestaciones físicas de ansiedad.</li> <li>– Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad.</li> <li>– Controla la respuesta de ansiedad.</li> </ul>		El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b>
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales, inquietud, angustia, incertidumbre, preocupación creciente, temor, aumento del pulso, dificultad respiratoria, aumento o disminución de la T/A, miedo de consecuencias inespecíficas.</p>		Aceptación del estado de salud	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconocimiento de la realidad de la situación de salud.</li> <li>– Expresa sentimientos sobre el estado de salud.</li> <li>– Se adapta al cambio en el estado de salud.</li> <li>– Toma de decisiones relacionadas con la salud.</li> <li>– Superación de la situación de salud.</li> </ul>		<b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>

## INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCION DE LA ANSIEDAD

### ACTIVIDADES

- Emplear un enfoque sereno y seguro que dé seguridad al paciente y familia.
- Establecer claramente las expectativas del comportamiento del paciente.
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Escuchar con atención.
- Crear un ambiente que facilite la confianza y motivar a la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad e identificar las situaciones que la precipitan.
- Motivar la capacidad de toma de decisiones del paciente.
- Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Valorar en el paciente el nivel de conocimiento y comprensión del estado de salud.
- Valorar la capacidad del paciente para asimilar información específica (estado fisiológico, orientación, necesidades básicas no cumplidas, estado emocional y adaptación a la enfermedad).
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

### ACTIVIDADES

- Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los papeles y relaciones.
- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Animarlo a que exprese sus sentimientos y emociones.
- Utilizar un enfoque sereno, de reafirmación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva del acontecimiento.
- Fomentar el dominio y conocimiento gradual de la situación.
- Valorar las necesidades o deseos del paciente de apoyo social y familiar
- Ayudar al paciente y familia a clarificar los conceptos equivocados del proceso de enfermedad.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas, discuta sus inquietudes e incluir a la familia si es necesario.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: INFLUENZA A(H1N1)

Dominio: 9 afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase: 2 respuestas de afrontamiento.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b> Afrontamiento ineficaz de la comunidad</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b> Déficit de servicios y recursos de soporte social de la comunidad, sistemas comunitarios inefectivos, falta de conocimientos, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b> Déficit de participación de la comunidad, expresión de vulnerabilidad, altas tasas de morbilidad, etc.</p>		Control de riesgo social: enfermedad transmisible	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Vigilancia epidemiológica de enfermedades infecciosas, incluyendo un sistema de recogida de datos, comunicación y seguimiento.</li> <li>– Investigación y notificación a los contactos sobre el riesgo de enfermedad infecciosa.</li> <li>– Accesibilidad de servicios de tratamiento y de referencia para los individuos infectados.</li> <li>– Provisión de productos para disminuir la transmisión.</li> </ul>	1. Escala. 2. Justa 3. Buena 4. Muy buena 5. Excelente	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE ENFERMEDADES TRANSMISIBLES

### ACTIVIDADES

- Controlar poblaciones de riesgo de acuerdo con el régimen de prevención y tratamiento.
- Controlar la incidencia de exposición a enfermedades transmisibles durante brotes conocidos.
- Controlar los factores ambientales que influyen en la transmisión de enfermedades contagiosas
- Informar al público respecto a la enfermedad y a las actividades asociadas o preventivas para su control.
- Promover el acceso a una educación sanitaria adecuada en relación a la prevención y tratamiento de enfermedades transmisibles, como la influenza.
- Mejorar los sistemas de vigilancia de enfermedades transmisibles, acorde a la zona geográfica y tasa de incidencia.
- Proporcionar y aplicar vacunas a las poblaciones.
- Implementar medidas preventivas sobre todo para la población de mayor riesgo.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
2. McCloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4ª. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
4. Pedro Gutiérrez Lizardi, Procedimientos en la unidad de cuidados intensivos. Ed. McGraw-Hill Interamericana, México D.F. 2002. <http://www.cdc.gov/h1n1flu/español/investigation.htm>
5. [http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza\\_A\(H1N1\)\\_Outbreak.aspx](http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/Pages/Influenza_A(H1N1)_Outbreak.aspx)
6. Salud pública y medicina preventiva, 3ª Edición Ed. Manual moderno Santa Fe de Bogotá 2002.
7. Secretaría de Salud. Acciones para contener la transmisión de Influenza A (H1N1).
8. [http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/influenza/acciones\\_basicas\\_influenza\\_SS\\_20090511.pdf](http://portal.salud.gob.mx/sites/salud/descargas/pdf/influenza/acciones_basicas_influenza_SS_20090511.pdf)
9. Hollander Erick., Guía de Trastornos de ansiedad. Editorial Elsevier. 2004.
10. Carpenito L.J.; Planes de cuidados y documentación en enfermería. 1ª Edición. Editorial Interamericana. 1994
11. [www.fisterra-guiasclinicasdeenfermeria.com](http://www.fisterra-guiasclinicasdeenfermeria.com)
12. Baily Rafensperger, Ellen., Lloyd Zusy, Mary., Manual de la enfermera. 2ª. Edición. Editorial Océano. 2006
13. Soy Andrade, Ma. Teresa., Manuales Prácticos de Enfermería, Tomos: Hospitalización y Cuidados Intensivos. Edición Especial. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Colombia 1997.
14. CDC. Center for Disease Control and Prevention Guidelines of Isolation.1997.
15. Ponce de León RS, Baridó ME, Rangel FS, Soto HJL, Wey BS, Zaidi JM y Organización Panamericana de la Salud OMS. Sistemas de aislamiento de pacientes. Manual de prevención y control de infecciones hospitalarias, 1996.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

Lic. Enf. Minerva Hernández Cruz. Servicios de Salud de Oaxaca, Unidad de Enfermería.

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Lic. Enf. Virginia Orozco Olvera.- CONALEP. Hospital de Infectología, Centro Médico Nacional la Raza.

Lic. Enf. Catalina Martínez Martínez. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Lic. Enf. Claudia azucena Martínez Villanueva. Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca

Lic. Enf. Martha López molina. Hospital general "Dr. Aurelio Valdivieso". Edo. de Oaxaca.

Lic. Enf. Rosalía e. Mendoza Gutiérrez. Hospital general "Dr. Aurelio Valdivieso". Edo. de Oaxaca.

Lic. Enf. Roberto González Tovar. Universidad Autónoma de Oaxaca escuela de Enfermería y Obstetricia

M.C.E. Cristina Castillo Mesinas. Universidad Autónoma de Oaxaca escuela de Enfermería y Obstetricia

Lic. Enf. Teresa Sánchez calderón. Servicios de Salud de Oaxaca Unidad de Enfermería.

Lic. Enf. Guillermina Edith Montes Abrego. Servicios de Salud de Oaxaca Unidad de Enfermería.

Lic. Enf. Tomasa Reyna delgado Rosales. Servicios de Salud de Oaxaca Unidad de Enfermería.

LEO Leticia Juárez Herrera.- Hospital General Enrique Cabrera, Secretaria de Salud del D. F.

Enf. María Guerrero Pedraza.- Instituto Nacional de Enfermedades Respiratorias.

Lic. Enf. Georgina Celio Ríos.- Hospital de las Americas del Edo. de México.

Mtra. Evila Gayosso Islas.- Secretaria de Salud y Universidad Autónoma del Edo. de Hidalgo.

Lic. Enf. Aidee Durán Ríos.- Coordinadora de Enfermería de la Secretaria de Salud de Tamaulipas.

Lic. Enf. Laura Nohemí Brasil Rodríguez del Castillo.- Secretaría de Salud del Edo. de Puebla.



# Leucemia en paciente pediátrico | 14

La leucemia aguda linfoblástica (LAL) es una neoplasia maligna caracterizada por una alteración citogenética producida en un ambiente inmunológico determinado, ocasiona la proliferación anormal monoclonal de células precursoras de la serie linfocítica y que infiltra más del 25% de la médula ósea.

Es la neoplasia maligna más frecuente en los niños y constituye el 25% de todos los tipos de cáncer en los niños. En México, la LAL ocupa el séptimo lugar en cuanto a mortalidad en niños de 1 a 4 años, con una tasa de 3.2/100,000 habitantes y en los niños de 5 a 14 años ocupa la segunda causa de muerte.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Boletín Médico del Hospital Infantil de México Ibarra RD, Cabrera MML, Vizcaino AA, Reyes CL, Espinoza IG, Zapata TMM. Pericarditis purulenta y neoplásica en un paciente con leucemia aguda linfoblástica. Reporte de un caso y revisión de la literatura. Bol Med Hosp Infant Mex 2010; 67 (6)

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LEUCEMIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 11 Seguridad/ protección	Clase: 1 Infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de infección</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Alteración de las defensas secundarias: disminución de la hemoglobina, leucocitosis y supresión de la respuesta inflamatoria, inmunosupresión, agentes farmacológicos, procedimientos invasivos, enfermedad crónica.</p>		<p>La persona detecta el riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.</li> <li>– Identifica los posibles riesgos para la infección.</li> <li>– Utiliza recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
		<p>Estado inmune</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estado gastrointestinal</li> <li>– Estado respiratorio.</li> <li>– Temperatura corporal.</li> <li>– Integridad cutánea.</li> <li>– Integridad mucosa.</li> <li>– Recuento leucocitario.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p>
		<p>Integridad tisular: membranas mucosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pérdida de peso</li> <li>– Infecciones recurrentes</li> <li>– Lesiones de la membrana mucosa</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ningun</li> </ol>	<p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA INFECCIONES

### ACTIVIDADES

- Identificar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones a través de resultados de laboratorio y factores de riesgo.
- Mantener con aislamiento específico al paciente en caso necesario y aplicar las precauciones universales de acuerdo a la norma técnica institucional y la NOM-045-SSA2-2004 para la Vigilancia Epidemiológica, Prevención y Control de las Infecciones Nosocomiales.
- Orientar al paciente y familiar sobre la normatividad institucional relacionada con la restricción o disminución del número de visitas.
- Fomentar y enseñar el correcto lavado de manos en los familiares y en el personal de salud, utilizando los 5 momentos, como lo marca la OMS y la campaña sectorial “Esta en tus manos” del Sistema Integral de Calidad.
- Cambiar los sitios de línea intravenosa periférica y línea central como lo marca la NOM-045-SSA2-2004 y la norma técnica institucional.
- Inspeccionar la presencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje de secreciones en las membranas mucosas que indique algún proceso infeccioso.
- Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección que puede presentar el paciente y la importancia de informarlo de manera oportuna a los profesionales de la salud.
- Fomentar el apego del auto cuidado en el paciente y la familia a través de las medidas higiénico dietéticas en el hogar.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA

### ACTIVIDADES

- Determinar los riesgos de salud del paciente.
- Monitorización de signos vitales frecuentemente.
- Preguntar al paciente por sus signos, síntomas o problemas recientes.
- Valorar periódicamente el estado del riesgo.
- Valorar periódicamente las condiciones de la piel y membranas mucosas en pacientes de alto riesgo.
- Monitorizar la perfusión tisular.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de infección.
- Valorar el estado nutricional.
- Vigilar la función gastrointestinal.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Comparar el estado actual con el previo para detectar mejoras o deterioro en la condición del paciente.
- Establecer coordinación con el médico cuando los datos del paciente indiquen una necesidad de cambio de la terapia instaurada.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LEUCEMIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 11 Seguridad/protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b> Protección inefectiva</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b> Perfiles hematológicos anormales, como: leucopenia, trombocitopenia y anemia entre otros, farmacoterapia, como: antineoplásicos, tratamiento de radioterapia, nutrición inadecuada a sus requerimientos, enfermedad de cáncer, etc.</p> <p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b> Alteración de la coagulación, deficiencia inmunitaria, debilidad, disnea, fatiga, anorexia, palidez,</p>		Mantener coagulación Sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hemoglobina</li> <li>– Sangrado</li> <li>– Hematuria</li> <li>– Hematemesis</li> <li>– Encías sangrantes</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
		Normalizar el estado respiratorio: Ventilación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frecuencia respiratoria</li> <li>– Ritmo respiratorio</li> <li>– Profundidad de la respiración.</li> <li>– Hallazgos en la radiografía de tórax.</li> <li>– Capacidad vital.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal</li> <li>4. Desviación leve del rango normal</li> <li>5. Sin desviación del rango normal</li> </ol>	El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b> .
		Mejorar el estado nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ingestión de nutrientes.</li> <li>– Deseo de comer</li> <li>– Ingesta de alimentos</li> <li>– Ingesta de líquidos.</li> <li>– Hidratación.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b>

### INTERVENCIONES (NIC): OXIGENOTERAPIA

#### ACTIVIDADES

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas.
- Vigilar el flujo del oxígeno de acuerdo a prescripción médica y necesidad del paciente, si procede.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno.
- Controlar la eficacia de la oxigenoterapia.
- Asegurar la colocación de los dispositivos de aporte de oxígeno.
- Informar al paciente acerca de la importancia y beneficios de mantener colocado el dispositivo de oxígeno.
- Valorar la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración del oxígeno durante la alimentación y traslado, si procede.
- Observar la presencia de ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de la terapia de oxígeno.
- Orientar e informar al paciente y familiares en el uso de oxígeno en casa.
- Instruir al paciente y familiares sobre el manejo y cambio de dispositivos de oxígeno en casa.

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

#### ACTIVIDADES

- Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones.
- Explorar y auscultar los movimientos torácicos, tipo de respiración, ruidos etc.
- Determinar la necesidad de la fisioterapia pulmonar.
- Realizar los procedimientos prescritos para la fisioterapia pulmonar.
- Observar el nivel de ansiedad, inquietud, irritabilidad o dificultad para respirar.
- Vigilar los valores respiratorios como capacidad vital, volumen respiratorio entre otros.
- Controlar los valores establecidos en ventiladores mecánicos, si procede.
- Valorar características de tos en caso de estar presente y estimular la tos productiva para expulsar secreciones.
- Enseñar al paciente como realizar los ejercicios respiratorios prescritos.
- Explicar al paciente la necesidad de llevar a cabo los ejercicios respiratorios y drenaje postural prescritos para el tratamiento respiratorio.

### INTERVENCIONES (NIC): TERAPIA NUTRICIONAL

#### ACTIVIDADES

- Valoración nutricional individualizada
- Verificar que la ingesta cubra las necesidades calóricas diarias del paciente, así como, de líquidos.
- Solicitar dieta a complacencia, si esta permitido.
- Proporcionar suplementos alimentarios si procede.
- Asegurar que la dieta incluya alimentos ricos en fibra, si es necesario.
- Orientar al paciente y familiar la importancia de evitar hasta donde sea posible la ingesta de alimentos chatarra.
- Fomentar un ambiente agradable y relajante.
- Orientar al paciente y familia sobre las medidas higiénico dietéticas y el hábito del autocuidado.
- Enseñar al paciente y la familia la importancia de seleccionar los alimentos nutritivos más convenientes para la dieta del paciente.

## INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE ELEMENTOS SANGUÍNEOS

### ACTIVIDADES

- Verificar la prescripción médica.
- Obtener la historia de transfusión sanguínea del paciente.
- Verificar que exista consentimiento informado del paciente y/o familiar para poder transfundir al paciente.
- Verificar que el producto sanguíneo sea el indicado y que se haya realizado cruce sanguíneo. (verificar todos los datos del paquete)
- Corroborar que los datos de identificación del paciente coincidan con los datos que incluye el elemento a transfundir, así como, la prescripción médica.
- Verificar nivel de hemoglobina y hematocrito antes y después de la transfusión.
- Administrar el producto sanguíneo con el equipo venoso indicado utilizando los filtros correspondientes.
- Vigilar el estado del sitio y permeabilidad del acceso venoso, detectando signos de extravasación, flebitis o infección local, entre otros.
- Control de signos vitales pre-tras y post transfusión cada 30 minutos o antes si fuera necesario.
- Observar cualquier signo de reacción a la transfusión.
- Enseñar al paciente y/o familiar los signos de alarma o toxicidad de la terapia transfusional.
- Suspender la transfusión en caso de reacción sanguínea y brindar atención inmediata.
- Administrar únicamente solución salina isotónica en la vía de administración de elementos sanguíneos, evitar medicamentos u otro tipo de líquidos.
- Llevar a cabo las evidencias correspondientes en los registros clínicos o notas de enfermería como: prescripción, inicio y término de la transfusión, volumen transfundido, número de la unidad, fecha, nombre y firma de la enfermera que realiza el procedimiento, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la Norma técnica institucional.
- Notificar inmediatamente y enviar al banco de sangre o laboratorio clínico el elemento sanguíneo que causó reacción como lo marca la NOM-003-SSA2-1993 "Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos"
- Eliminar bolsas y equipos de transfusión en contenedores específicos inmediatamente después de su retiro como lo marca la NOM-087-ECOL-SSA1-2002 para la Protección ambiental - Salud ambiental - Residuos peligrosos biológico-infecciosos - Clasificación y especificaciones de manejo.

## INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE HEMORRAGIAS

### ACTIVIDADES

- Compresión nasal y/o taponamiento en caso necesario.
- Identificar la causa de la hemorragia.
- Observar la cantidad y características de la hemorragia.
- Mantener vía aérea permeable y despejada.
- Aplicar bolsa de hielo en el punto hemorrágico, con las precauciones correspondientes.
- Evaluar la respuesta psicológica del paciente a la situación de salud (hemorragia) y la percepción de los sucesos.
- Observar si hay signos de hemorragia persistente en mucosas orales, excretas y orina.
- Monitorizar el estado de hidratación de piel y mucosas orales.
- Realizar búsqueda de sangre en orina y heces fecales a través de tiras reactivas.
- Mantener monitorizados los signos vitales.
- Monitorizar y observar el estado de conciencia.
- Valorar el estado neurológico.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LEUCEMIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 11 Seguridad /protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión física</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Físicos: Estructura física, disposición de equipo o muebles, escaleras, falta de barandales, entre otros.</p> <p>Internos: Perfil sanguíneo anormal como: leucopenia, alteración de los factores de la coagulación, trombocitopenia, células falciformes, talasemia, disminución de la hemoglobina, u otros.</p>		<p>Conocimiento de seguridad física infantil</p> <p>Ambiente seguro del hogar</p> <p>Cuidado de los hijos: seguridad física del lactante y del preescolar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Descripción para prevenir accidentes caseros.</li> <li>– Descripción de métodos para prevenir caídas</li> <li>– Descripción de métodos para prevenir accidentes en la zona de juegos.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reorganización del mobiliario para reducir riesgos</li> <li>– Provisión de juguetes apropiados para la edad.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Mantiene el entorno para prevenir caídas peligrosas</li> <li>– Vigila mientras juega el niño</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuado</li> <li>2. Ligeramente adecuado</li> <li>3. Moderadamente adecuado</li> <li>4. Sustancialmente adecuado</li> <li>5. Completamente adecuado</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

#### ACTIVIDADES

- Valorar los riesgos de lesión a través escalas de medición instituidas como para la prevención de riesgo de caídas y de prevención de úlceras por presión.
- Identificar al paciente que requiere vigilancia continua.
- Determinar la presencia y calidad del apoyo familiar de acuerdo a los resultados de la valoración de los riesgos.
- Determinar y dar cumplimiento al tratamiento médico-terapéutico indicado.
- Enseñar al paciente (sí procede) y familiar a detectar factores de riesgo en la unidad y en el hogar.
- Limitar las visitas, sí procede.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO AMBIENTAL SEGURIDAD

#### ACTIVIDADES

- Disponer de medidas de seguridad para el paciente como barandales, protección de estos mismos, retirar la mesa puente, entre otras.
- Disponer de dispositivos como bancos de altura, sandalias, etc.
- Ayudar al paciente y familiar a Identificar las necesidades de seguridad del paciente en el aspecto físico, biológico, psicológico, espiritual, social y químico.
- Explicar al paciente y familiar la importancia de retirar en el hogar los objetos que sean de peligro para el paciente.
- Explicar a la familia la importancia de mantener la cama y el entorno limpio.
- Explicar a la familia la importancia de no utilizar equipos de calefacción o aire acondicionado.

### INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIÓN CON HEMORRAGIAS

#### ACTIVIDADES

- Identificar factores de riesgo para evitar hemorragias.
- Limitar la actividad física ante el riesgo de hemorragia.
- Llevar a cabo medidas de seguridad y protección ante situaciones que puedan ocasionar hemorragias.
- Proporcionar y enseñar al paciente y familiar los cuidados bucales a través del uso de cepillo de cerdas suaves, colutorios bicarbonatados y enjuagues que no contengan alcohol.
- Valorar y vigilar la administración de medicamentos anticoagulantes por prescripción médica.
- Verificar y valorar los resultados de estudios de coagulación incluyendo tiempos de protrombina, tromboplastina y fibrinógeno.
- Proteger al paciente de traumas que puedan ocasionar la hemorragia incluyendo las venopunciones.

### INTERVENCIONES (NIC): PREVENCIÓN DE CAÍDAS

#### ACTIVIDADES

- Enseñar al paciente y familiar sobre las medidas preventivas que debe tener en el hogar para prevenir las caídas.

**NOTA: Seguir actividades incluidas en el plan de cuidados de “Prevención de caídas en pacientes hospitalizados”**

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LEUCEMIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 11 seguridad / protección	Clase: 6 termorregulación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Hipertermia</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Enfermedad onco-hematológica, efecto de medicamentos antineoplásicos, procesos infecciosos, etc.</p> <p><b><u>Características Definitorias (Signos y síntomas)</u></b></p> <p>Temperatura por encima del límite normal, aumento de la frecuencia respiratoria, taquicardia, taquipnea, enrojecimiento de la piel, diaforesis, etc.</p>		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #f9cb9c;">                     Referirse al plan de cuidados de hipertermia                 </div>			<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LEUCEMIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 12 Confort	Clase: 1 Confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>Etiqueta (problema) (P)</b> Dolor agudo de huesos y articulaciones</p> <p><b>Factores relacionados (causas) (E)</b> Agentes lesivos biológicos (proliferación de percursores linfoides), proceso infeccioso, etc.</p> <p><b>Características definitorias (signos y síntomas)</b> Conducta expresiva, observación de evidencias de dolor, respuestas autónomas: diaforesis, cambio de la presión arterial, respiración y pulso; dilatación pupilar, pérdida del apetito, pérdida de peso, diaforesis, etc.</p>		Control del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce el inicio del dolor.</li> <li>– Refiere cambios en los síntomas o localización del dolor.</li> <li>– Refiere síntomas incontrolables.</li> <li>– Refiere dolor controlado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		Disminuir el nivel del dolor.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Dolor referido</li> <li>– Duración de los episodios del dolor.</li> <li>– Gemidos, gritos.</li> <li>– Expresiones faciales de dolor.</li> <li>– Tensión muscular</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	
		Controlar la severidad de los síntomas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Intensidad del síntoma.</li> <li>– Persistencia del síntoma</li> <li>– Malestar asociado</li> <li>– Ansiedad asociada</li> </ul>		

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: LEUCEMIA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

### INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS

#### ACTIVIDADES

- Determinar la ubicación, características, calidad y gravedad del dolor antes de medicar al paciente.
- Verificar la prescripción médica referente a la dosis y frecuencia del analgésico.
- Interrogar al paciente o familiar sobre historial de alergias a medicamentos.
- Tomar, valorar y registrar los signos vitales antes y después de la administración de analgésicos.
- Propiciar un ambiente de confort que favorezca la respuesta analgésica.
- Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares después de cada administración, especialmente después de la dosis inicial.
- Observar y registrar signos y síntomas de efectos adversos como depresión respiratoria, náusea, vómitos, sequedad de la boca, estreñimiento, entre otros.
- Llevar a cabo la identificación del paciente y los correctos antes y durante la administración de analgésicos, emitidos en norma técnica institucional.
- Llevar a cabo acciones oportunas que disminuyan los efectos adversos, si llegarán a presentarse.
- Informar al médico los resultados obtenidos en el manejo de la analgesia.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DEL DOLOR

#### ACTIVIDADES

- Valorar el grado de dolor.
- Dar continuidad a la respuesta del dolor de acuerdo con los analgésicos administrados.
- Identificar con el paciente los factores que alivian o empeoran el dolor.
- Informar al paciente y familia acerca del dolor y sus causas.
- Enseñar al paciente medidas de relajación para minimizar el dolor.
- Involucrar al familiar en las medidas de relajación para minimizar el dolor.
- Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con las medidas implementadas.
- Controlar los factores ambientales que puedan influir en la respuesta del paciente.
- Considerar la posibilidad de remitir al paciente y familia a grupos de apoyo.
- Considerar las influencias culturales para el tratamiento del dolor cuando esto sea posible.
- Considerar la disposición del paciente para seleccionar estrategias de alivio al dolor como son las no farmacológicas; si el paciente y la familia lo aceptan.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase: 2 respuestas de afrontamiento
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	
<b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b>	
Afrontamiento familiar incapacitante	
<b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b>	
Manejo arbitrario de la resistencia familiar al tratamiento la cual tiende a consolidar las posiciones defensivas por la falta de aceptación a la situación de salud, rechazo o negación de la familia, ansiedad familiar subyacente, etc. La persona significativa para el paciente muestra sentimientos crónicos inexpresados de culpa, ansiedad, hostilidad, desesperación, etc.	
<b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b>	
Agresión, Agitación, desarrollo de desesperanza o dependencia pasiva por parte del paciente, depresión, deserción, distorsión de la realidad, incluyendo negación extrema de su existencia o gravedad, deterioro de la reestructuración de una vida significativa para sí misma, intolerancia, falta de atención a las relaciones con otros miembros de la familia, preocupación excesiva y prolongada por el cliente, etc.	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Trabajar el afrontamiento de problemas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Verbaliza aceptación de la situación.</li> <li>– Busca información acreditada sobre el diagnóstico.</li> <li>– Busca información acreditada sobre el tratamiento.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Rara mente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
Relación entre el cuidador principal y el paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Comunicación Efectiva</li> <li>– Compromiso a largo plazo</li> <li>– Aceptación mutua</li> <li>– Respeto mutuo</li> <li>– Solución de problemas en colaboración.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca positivo</li> <li>2. Raramente positivo</li> <li>3. A veces positivo</li> <li>4. Frecuentemente positivo</li> <li>5. Siempre positivo</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad.
- Valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación de salud.
- Fomentar un dominio gradual de la situación para la aceptación.
- Ayudar al paciente a identificar la información que más le interesa obtener.
- Informar al paciente y familiar responsable los cuidados proporcionados y orientarlo de cuales puede realizar durante el proceso de hospitalización y en el hogar.
- Ayudar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades.
- Utilizar un enfoque sereno de reafirmación y motivación.
- Valorar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Informar al paciente y familiar de algunas alternativas de apoyo psico-oncológico y/o de su guía espiritual.
- Solicitar interconsulta a la especialidad correspondiente como: tanatología, psicología u otros; para abordar situaciones de comportamiento y consecuencias de sentimientos de culpa y vergüenza.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

### INTERVENCIONES (NIC): ESTIMULACIÓN DE LA INTEGRIDAD FAMILIAR

#### ACTIVIDADES

- Propiciar una relación de confianza entre la familia.
- Identificar las relaciones familiares actuales que afecten el tratamiento.
- Propiciar el enlace con integrantes del equipo multidisciplinario para favorecer la dinámica familiar si procede.
- Apoyar la comprensión familiar sobre las causas de la enfermedad.
- Colaborar con la familia en la solución de problemas.
- Remitir a la familia a grupos de apoyo o a compartir con otras familias la experiencia de problemas similares.
- Facilitar la comunicación abierta entre los miembros de la familia.
- Ayudar a la familia a mantener relaciones positivas.
- Remitir a terapia familiar, si es preciso.
- Realizar anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
4. Paredes AR. Leucemias Agudas. En El niño con cáncer. Los padecimientos más comunes para el médico no especialista. México: Editores de Textos Mexicanos; 2007. p. 41 – 60.
5. Mejía AJ, Ortega AM, Fajardo GA. Epidemiología de las leucemias agudas en niños. Parte 1. Revista Médica del IMSS. 2005 Julio–Agosto; 43 (4): p. 323 – 333.
6. Mejía AJ, Ortega AM, Fajardo GA. Epidemiología de las leucemias agudas en niños. Parte 2. Revista Médica del IMSS. 2005 Septiembre-Octubre; 43 (5): p. 401 – 409.
7. Paredes AR, Ortega AJ. Leucemias agudas en niños. Revista Gaceta Médica de México. 2003 Marzo-Abril; 139 (2): p. 114 – 118
8. Alianza Mundial por la Seguridad del paciente. Segundo reto Mundial por la Seguridad del Paciente. La Cirugía Segura Salva Vidas. Organización Mundial de la Salud, 2008
9. Norma Oficial Mexicana NOM -003-SSA-1993, Para la disposición de sangre humana y sus componentes con fines terapéuticos.
10. Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico
11. Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
12. Norma Oficial Mexicana NOM – 087-ECOL-SSA1-2002, Protección ambiental –Salud ambiental. Residuos peligrosos biológicos infecciosos. Clasificación y especificaciones de manejo.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

E.E. Verónica Hernández García.- Hospital Pediátrico Moctezuma, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Dra. María Asunción Vicente Ruíz. - Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Mtra. María del Carmen Hernández Nava.- Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

Mtra. Patricia Adriana Cárdenas Sánchez.- Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

E.E. Noemí Molina Guerrero.- Hospital Pediátrico Moctezuma, Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Lic. Enf. Sergio Velázquez Cortés.- Hospital Juárez de México.

Lic. Enf. Ma. Cristina García Valdez.- Hospital Juárez de México.

Lic. Enf. Norma Zavala Cabrera.- Instituto Nacional de Pediatría.

Lic. Enf. Juana García Cruz.- Instituto Nacional de Pediatría.

Lic. Enf. Onc. Anabel Mendoza López.- Hospital General de México O.D.

Lic. Enf. Grisell Zamora Zamudio.- UMAE Hospital de Pediatría C.M.N. IMSS.

Lic. Enf. Ma. de los Ángeles Meraz Rosas.- Hospital Infantil de México Federico Gómez

EJP. Irma Gloria Bernal.- Instituto Mexicano del Seguro Social.

Lic. Enf. María de Lourdes Jasso Loperena.- Hospital Juárez de México.

Lic. Enf. Norma Zavala Cabrera.- Instituto Nacional de Pediatría.

EASE María Elena Ävalos Valdéz.- Hospital Pediátrico Moctuzuma S. Salud del Gobierno del D.F.



## Mastectomía

# 15

Es la extirpación quirúrgica de toda la mama, por lo general, para tratar enfermedades del tejido mamario, como el cáncer de mama. Los tipos son: Mastectomía subcutánea: se extirpa toda la mama pero deja el pezón y la areola. Mastectomía total o simple: es la extirpación de toda la mama pero no los ganglios linfáticos. La mastectomía radical modificada: es la extirpación de toda la mama y la mayoría de los ganglios linfáticos debajo del brazo, disección axilar.

La razón más común para llevar a cabo una mastectomía es el cáncer de mama y es una alternativa a la cirugía de conservación. Es importante subrayar que la mastectomía profiláctica reduce considerablemente pero no elimina el riesgo de cáncer de mama.

Este procedimiento es muy seguro, sin embargo como todo implica riesgos y los más comunes pueden ser sangrado, infección y lesiones en los tejidos circundantes. Es posible que se presenten dolor e inflamación postoperatorios, los cuales pueden tratarse de manera efectiva.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> <http://www.clinicadam.com/salud/5/002919.html>. (consultada el 20 de febrero de 2010)

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MASTECTOMÍA

Dominio: 6 autopercepción	Clase: 2 autoestima				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Baja autoestima situacional.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Con cambios de la imagen corporal, conflicto de valores culturales, temor a ser rechazada por la pareja o la sociedad, enfermedad de cáncer, trauma quirúrgico, falta de conocimientos y cambios del rol de vida.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Expresa ser incapaz de afrontar por sí misma los acontecimientos de alteración de salud actuales, actitud indecisa, expresión de negación o rechazo de su situación y de sí misma, amenaza de su valía personal, impotencia y expresión de inutilidad, fealdad, llanto, etc.</p>		<p>Afrontamiento del problema.</p> <p>Refuerza la autoestima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Expresa sensación de control y aceptación de la situación.</li> <li>– Se informa sobre la enfermedad y su tratamiento.</li> <li>– Verbaliza la necesidad de asistencia y apoyo</li> <li>– Busca apoyo profesional</li> <li>– Refiere aumento del bienestar psicológico.</li>   <li>– Expresa su autoconcepto.</li> <li>– Expresa confianza en sí misma.</li> <li>– Acepta críticas de los demás y sugerencias.</li> <li>– Voluntad para enfrentarse a su situación.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li>   <li>1. Nunca positivo.</li> <li>2. Raramente positivo.</li> <li>3. A veces positivo.</li> <li>4. Frecuentemente positivo.</li> <li>5. Nunca positivo.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Valorar el ajustarse a los cambios de imagen corporal, implementando algunas estrategias para mejorar su aspecto.
- Valorar el impacto de la situación en su rol de vida y sus relaciones familiares y sociales.
- Valorar la comprensión del paciente acerca de las causas por las cuales se le realiza el procedimiento de mastectomía, el diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Confrontar la expresión de sentimientos ambivalentes del paciente. enfado o depresión, ira u hostilidad, percepciones o miedos, para motivar al desahogo.
- Promover una actitud de confianza y de oportunidades para manejar los sentimientos de impotencia.
- Valorar la capacidad de la paciente y la familia en la toma de decisiones y clarificar conceptos equivocados del procedimiento.
- Proporcionar al paciente información de los cuidados de enfermería que se le van a realizar y de los que ella debe realizarse en un futuro.
- Reconocer la experiencia espiritual /cultura del paciente.
- Motiva al uso de mecanismos de defensa para enfrentar su enfermedad y procedimiento quirúrgico.
- Ayudar a la paciente a identificar sus sistemas y redes de apoyo disponibles así como a encontrar otras alternativas.
- Invitar a la familia a expresar y apoyar emocionalmente a su paciente.
- Hacer las anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los procedimientos, respuestas humanas y los resultados obtenidos del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998. del expediente clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

#### ACTIVIDADES

- Preparar a la paciente para los cambios de imagen corporal que tendrá después de la cirugía.
- .Ayudar a la paciente a discutir los cambios causados por la enfermedad o cirugía y a adaptar medidas estratégicas para mejorar su imagen.
- Ayudar al paciente a determinar el alcance de los cambios reales producidos en el cuerpo y a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- Determinar las percepciones de la paciente y de la familia sobre la imagen corporal y disminuir el impacto causado por cualquier desfiguración y se observe a través de la ropa.
- Integrar a la paciente si esta de acuerdo a grupos de apoyo que hayan pasado con éxito por la misma experiencia.
- Alentar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos.
- Ayudar al paciente a establecer objetivos realistas a corto y largo plazo.
- Animar y motivar a la familiar a que se integre y apoye a la paciente emocionalmente.
- Ayudar al paciente a identificar estrategias positivas para responsabilizarse, concientizarse de sus limitaciones y manejar su estilo de vida.
- Ayudar al paciente a la expresión de sentimientos y trabaje emocionalmente sus pérdidas por la enfermedad.
- Animar al paciente a evaluar su propio comportamiento y decidir por si misma.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MASTECTOMÍA

Dominio: 9 afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase: 2 respuestas de afrontamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Duelo disfuncional.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>La pérdida de una o ambas mamas como una parte significativa del cuerpo de la mujer, perdida de la salud, del rol social, de la pareja, de su seguridad personal, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Sensación de culpa, de cólera, enojo, dolor físico y espiritual, distres psicológico, sufrimiento, conducta de pánico, de temor y miedo, desorganización de la cotidianidad de su vida, alteración del patron del sueño, sentimientos de soledad, tristeza, aislamiento, etc.</p>		<p>Resolución de la aflicción</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Expresa sentimiento acerca de su perdida.</li> <li>– Expresa su realidad.</li> <li>– Expresa aceptación de la pérdida.</li> <li>– Expresa expectativas positivas sobre su futuro.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): FACILITAR EL DUELO

### ACTIVIDADES

- Ayudar a la paciente a identificar sus reacciones y la conducta de proceso de duelo.
- Motivar la expresión de sentimientos acerca de la pérdida actual así como de las previas si las ha tenido.
- Durante el proceso, utilizar palabras claras y no utilizar eufemismos.
- Disponer de tiempo para la escucha activa por parte del personal de salud y guiar a la paciente en las etapas del duelo.
- Apoyar a la paciente a identificar sus fortalezas y áreas de oportunidad para confrontar sus miedos, temores y culpas.
- Motivar y permitir a la paciente implementar costumbres culturales, religiosas y sociales asociadas con la pérdida, así mismo permitir la participación de su guía espiritual y redes de apoyo que le den confianza y seguridad.
- Ayudar a la paciente a identificar la modificación de su estilo de vida si es que repercutiera en él.
- Integrar a la familia en el trabajo emocional del proceso de aceptación de la pérdida, principalmente a la pareja.
- Programar varias sesiones con la paciente para valorar el progreso de aceptación de su proceso.
- Hacer las anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los procedimientos, respuestas humanas y los resultados obtenidos del paciente y familia, como lo marca la NOM-168-SSA1-1998. del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MASTECTOMÍA

Dominio: 1.1 Protección inefectiva	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión peri operatoria</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Con el procedimiento quirúrgico, obesidad, sobrepeso, alteraciones sensitivo preceptuales debidas a la anestesia, edema, inmovilización, posición inadecuada, debilidad muscular, mala nutrición, deterioro hemodinámico, mala condición de salud, sedentarismo, etc.</p>		<div style="background-color: #f4a460; padding: 20px; border: 1px solid #f4a460;"> <p>Referirse al plan de cuidados del perioperatorio.</p> </div>			<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MASTECTOMÍA

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro de la integridad tisular</p>		<p>Referirse al plan de cuidados del perioperatorio.</p>			<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Agente lesivo físico de herida quirúrgica en hemitórax izquierdo o derecho, alteración de la circulación, procedimiento quirúrgico de mastectomía, presencia tumoral, necrosis de tejido mamario, etc.</p>					
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Dolor en lesión, disminución de la movilidad física, expresión verbal del dolor, posición para evitar el dolor y facies, hipotensión, palidez, sangrado, etc.</p>					

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. McCloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4°. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

### **Elaboró:**

E. G. Claudia Terán Godinez.- Instituto Nacional de Cancerología.

Mtra. María Luisa Sánchez padilla, Universidad, Autónoma del Estado de Hidalgo.

Mtra. Maciel Rodríguez Sánchez.- Hospital de Oncología CMN Siglo XXI.

# Perioperatorio | 16

Correspondiente a un periodo de tiempo concreto en el curso normal de una intervención: que es el periodo anterior a la inducción de la anestesia o entrada, el periodo posterior a la inducción de la anestesia y anterior a la incisión quirúrgica o pausa quirúrgica, y el periodo de cierre de la herida quirúrgica o inmediatamente posterior, pero anterior a la salida del paciente del quirófano o la Salida y finalmente al período de recuperación o postoperatorio.

En cada uno de los periodos se confirmará verbalmente la identificación correcta o identidad con el paciente, el tipo de intervención prevista, el lugar anatómico de la intervención y el consentimiento del paciente para su realización. Aunque pueda parecer repetitivo, este punto es esencial para garantizar que no se opera a la persona equivocada o el lugar anatómico equivocado ni se realiza otro tipo de intervención y utilizarse como una oportunidad de verificar el cumplimiento sistemático de las medidas de seguridad fundamentales.<sup>1</sup>

En un enfoque sistémico, la OMS ha emprendido múltiples iniciativas a escala mundial y regional para mejorar la seguridad de la cirugía a través del segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente “La cirugía segura salva vidas”, donde aborda la seguridad de la atención quirúrgica en cada uno de estos periodos por donde pasa el paciente.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente Lista OMS de Verificación de la Seguridad de la Cirugía Manual de Aplicación (1ª Edición) La Cirugía Segura Salva Vidas. 2008. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.05\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2008/WHO_IER_PSP_2008.05_spa.pdf)

<sup>2</sup> Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. Segundo Reto Mundial por la Seguridad del Paciente la Cirugía Segura Salva Vidas. 2008.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE PREOPERATORIO

Dominio: 9 Afrontamiento / tolerancia al estrés	Clase: 2 Respuestas al afrentamiento				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Temor</p>		Disminuir el nivel del miedo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Falta de autoconfianza.</li> <li>– Inquietud.</li> <li>– Preocupación por sucesos vitales.</li> <li>– Aumento de la presión sanguínea.</li> <li>– Aumento de la frecuencia del pulso y respiratoria.</li> <li>– Tensión muscular.</li> <li>– Temor verbalizado.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Falta de familiaridad con la experiencia ambiental, situaciones estresantes como la hospitalización y procedimientos, presencia de dolor, estímulos fóbicos, barreras idiomáticas, deterioro sensorial, etc.</p>		Autocontrol del miedo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Elimina los factores precursores del miedo.</li> <li>– Busca información para reducir el miedo.</li> <li>– Utiliza técnicas de relajación para reducir el miedo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p>
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Expresión de aprensión, sentirse asustado, falta de seguridad de si mismo, pavor, excitación, aumento de la tensión, inquietud, pánico, terror, ansiedad. Cognitivas: expresa sentirse amenazado, etc.</p> <p><b>Conductuales:</b> conducta de evitación, irreflexión, aumento del estado de alerta.</p> <p><b>Fisiológicas:</b> diarrea, taquicardia, diaforesis, aumento de la respiración, de la presión arterial sistólica, náuseas, dilatación pupilar, vómitos, etc.</p>					<p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): POTENCIACIÓN DE LA SEGURIDAD

#### ACTIVIDADES

- Disponer un ambiente no amenazador que facilite la confianza y seguridad.
- Permanecer con el paciente para fomentar su seguridad durante los periodos de ansiedad.
- Evitar producir situaciones emocionales intensas.
- Escuchar los miedos del paciente.
- Explicar al paciente y familia todas las pruebas y procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar.
- Responder a las preguntas sobre su salud de manera sincera.

### INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

#### ACTIVIDADES

- Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo.
- Observar los signos verbales y no verbales de ansiedad.
- Escuchar con atención.
- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Apoyar el uso de mecanismos de defensa adecuados.
- Ayudar al paciente a realizar una descripción realista del procedimiento que se avecina.
- Enseñar al paciente técnicas de relajación.
- Ministración de medicamentos para reducir la ansiedad, por prescripción médica.
- Identificar los cambios en el nivel de ansiedad después de la intervención.

### INTERVENCIONES (NIC): AUMENTAR EL AFRONTAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Valorar la comprensión del paciente de su proceso de enfermedad y del procedimiento quirúrgico.
- Alentar al paciente a encontrar una descripción realista y positiva del cambio.
- Valorar y discutir las alternativas a la situación.
- Utilizar un enfoque sereno de reafirmación.
- Disponer un ambiente de aceptación.
- Ayudar al paciente a desarrollar una valoración objetiva de su situación de salud.
- Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico.
- Proporcionar al paciente elecciones realistas sobre ciertos aspectos de los cuidados de enfermería.
- Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones.
- Sugerir el uso de fuentes espirituales si es adecuado y necesario.
- Confrontar sentimientos ambivalentes del paciente como enfado, percepciones, miedos y depresión.
- Animar al paciente a identificar sus puntos fuertes y capacidades para superar este momento.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE PREOPERATORIO

Dominio: 5 Percepción / cognición	Clase: 4 Cognición				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Conocimientos deficientes de su procedimiento quirúrgico.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Mala o falta de información, limitación cognitiva, falta de interés, falta de exposición de sus dudas, falta de memoria, poca familiaridad con los recursos para obtener información, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Comportamientos inadecuados: histeria, hostilidad, apatía, agitación, desinterés, expresión verbal del problema, comportamientos exagerados, seguimiento inexacto de las instrucciones, inquietud, nerviosismo, etc.</p>		<p>Conocimiento de los procedimientos terapéuticos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Descripción del procedimiento terapéutico.</li> <li>– Explicación del propósito del procedimiento.</li> <li>– Descripción de los pasos del procedimiento.</li> <li>– Descripción de los posibles efectos indeseables.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Conocimiento del proceso de la enfermedad.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Descripción del proceso de la enfermedad.</li> <li>– Descripción de la causa o factores contribuyentes.</li> <li>– Descripción de los efectos de la enfermedad.</li> <li>– Descripción de las medidas para minimizar la progresión de la enfermedad.</li> <li>– Descripción de las complicaciones y precauciones para prevenirla.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno</li> <li>2. Escaso</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Sustancial</li> <li>5. Extenso</li> </ol>	

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PRE-QUIRÚRGICA

### ACTIVIDADES

- Informar al paciente y ser querido acerca de la duración, fecha, hora y lugar del procedimiento quirúrgico programado.
- Describir las actividades pre - operatorias como: anestesia, preparación intestinal, dieta, pruebas de laboratorio, preparación de la piel, terapia i.v., vestimenta, zona de espera para la familia, etc. y explicar el objetivo.
- Realizar visita previa al procedimiento.
- Describir la medicación preoperatoria, efectos en el paciente y el fundamento de su utilización.
- Presentar al paciente el personal implicado en los cuidados de cirugía y del postoperatorio.
- Reforzar la confianza del paciente en el personal involucrado para llevar a cabo la cirugía.
- Proporcionar información acerca de lo que oirá, olerá, verá, gustará o sentirá durante el procedimiento quirúrgico.
- Describir rutinas, equipos postoperatorios como: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, etc., y el objetivo de estos.
- Explicar el propósito y las actividades del procedimiento.
- Obtener el consentimiento informado de acuerdo a la política institucional.
- Explicar la necesidad de ciertos equipos y sus funciones (dispositivos de monitorización)
- Discutir la necesidad de medidas especiales.
- Valorar la ansiedad del paciente o familiar relacionada con la cirugía.
- Valorar la ansiedad del paciente o familiar relacionada con la cirugía.
- Describir el propósito de las valoraciones frecuentes y actividades posteriores al procedimiento así como la razón de las mismas.

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PRE-QUIRÚRGICA

### ACTIVIDADES

- Describir las actividades postoperatorias, como: medicamentos, tratamientos respiratorios, catéteres, máquinas, vendajes quirúrgicos, deambulación, dieta y visitas familiares. Explicar el objetivo.
- Dar tiempo al paciente para que practique y se prepare para los acontecimientos que sucederán, incluir a la familia o ser querido si es necesario.
- Determinar y corregir las expectativas del procedimiento de manera realista para el paciente y familia, si procede.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y resuelva sus inquietudes.
- Reforzar la información proporcionada por otros miembros del equipo de cuidados.
- Registrar las actividades realizadas en el formato de registros clínicos de enfermería.
- Discutir las posibles medidas de control del dolor.
- Informar al paciente de la forma en que puede ayudar en la recuperación.
- Instruir y orientar al paciente sobre las medidas postoperatorias como:
  - La técnica para levantarse de la cama de forma segura.
  - Acerca de sujetar su incisión, toser y respirar profundamente.
  - El uso del espirómetro.
  - Sobre la técnica de ejercicios pasivos de piernas.
  - Cuidados pulmonares.
  - Deambulación precoz, si esta permitida.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA PROCESO DE LA ENFERMEDAD

### ACTIVIDADES

- Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente relacionado con el proceso de enfermedad específico.
- Dar información acerca de la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología.
- Reconocer el conocimiento del paciente sobre su estado.
- Describir el proceso de enfermedad, identificar las etiologías posibles e identificar cambios en su estado físico.
- Describir el fundamento de las recomendaciones del control, terapia y tratamiento.
- Animar al paciente a explorar y conocer más opciones.
- Describir posibles complicaciones si no sigue las recomendaciones.
- Enseñar medidas para controlar y/o minimizar síntomas.
- Reforzar la información suministrada por otros miembros del equipo de salud.
- Comentar los cambios del estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO

Dominio: 1.1 Protección inefectiva	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Protección inefectiva</p>		Coagulación sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Hemoglobina (Hb).</li> <li>– Concentración de plaquetas.</li> <li>– Hematocrito.</li> <li>– Tiempos de coagulación activada.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Tratamiento de cirugía y/o procedimiento quirúrgico, perfiles hematológicos anormales: anemia, factores de la coagulación, cáncer, edad extrema, trastornos inmunitarios, etc.</p>		Estado inmune	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Estado respiratorio</li> <li>– Integridad cutánea.</li> <li>– Integridad mucosa.</li> <li>– Recuento absoluto y diferencial leucocitario.</li> <li>– Valores de complemento</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Alteración de la coagulación, deficiencias inmunitarias, disnea, alteración neurosensorial, etc.</p>		Integridad tisular: piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatura</li> <li>– Sensibilidad</li> <li>– Hidratación</li> <li>– Perfusión tisular</li> <li>– Lesiones cutáneas</li> <li>– Necrosis</li> </ul>		

## INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

### ACTIVIDADES

#### DEL EQUIPO:

- Comprobar el aislamiento a tierra del monitor.
- Verificar el correcto funcionamiento de la unidad electro-quirúrgica, con los aditamentos en buenas condiciones de uso.
- Verificar el correcto funcionamiento del equipo eléctrico fijo y móvil.
- Verificar la integridad de los cables y contactos eléctricos.
- Comprobar la presión adecuada del equipo de aspiración, así como tubos y catéteres.
- Comprobar el funcionamiento de la toma de oxígeno.
- Verificar la existencia del instrumental quirúrgico necesario para el procedimiento quirúrgico.
- Disponer de todo los insumos necesarios (suturas, compresas, gasas, esponjas, cortes, soluciones etc.)

## INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

### ACTIVIDADES

#### DEL PACIENTE:

- Verificar el consentimiento informado por el paciente para la cirugía
- Verificar que la banda de identificación del paciente y de sangre (grupo sanguíneo y Rh) sean correctas.
- Solicitar al paciente, si está en condiciones y al familiar, que repitan el nombre del paciente.
- Verificar las 4 “C” como lo marcan las 10 acciones en Seguridad del paciente: paciente correcto, cirugía y procedimiento correcto, sitio quirúrgico correcto y momento correcto. Acorde a la normatividad institucional.
- Llevar a cabo junto con el equipo quirúrgico la lista de verificación para la seguridad quirúrgica de los pacientes (antes del procedimiento, durante el procedimiento y al término de este) como lo marca el 2º reto mundial de la OMS y la Campaña Sectorial “Cirugía Segura Salva Vidas” de la Secretaría de Salud.
- Asegurar la documentación y el expediente clínico completo, la comunicación de cualquier alergia, resultados de laboratorio, solicitud de cirugía, valoración pre- anestésica, etc.
- Verificar que cuente con hemoderivados como: paquetes eritrocitarios, plaquetas, plasma, etc., si es necesario.
- Retirar y resguardar la (s) prótesis del paciente si es que usa.
- Verificar que el paciente no esté en contacto con ningún objeto metálico.
- Verificar la ausencia de marcapasos cardiacos u otros implantes eléctricos o prótesis metálicas que contraindiquen la cauterización electro quirúrgica.

### INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES CON HEMORRAGIAS

#### ACTIVIDADES

- Ajustar las corrientes de coagulación y de corte, acorde al requerimiento del cirujano.
- Observar si se presentan lesiones en la piel después de la electrocirugía.
- Registrar los resultados del recuento de gasas y compresas, el material de corte y el instrumental de acuerdo a las normas institucionales, comentando al equipo quirúrgico el resultado.
- Registrar las observaciones correspondientes en el formato de registros clínicos de enfermería.
- Preparar el egreso del paciente al área posquirúrgica.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS EN LA EMERGENCIA

#### ACTIVIDADES

- Actuar rápida y metódicamente proporcionando la atención y los cuidados emergentes.
- Vigilar signos vitales.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Controlar es estado neurológico.
- Inmovilizar las heridas grandes o la parte lesionada.
- Solicitar ayuda al personal correspondiente, si fuera necesario.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Observar cantidad y naturaleza de la perdida de sangre.
- Comprobar si hay signos y síntomas de neumotórax.
- Realizar resucitación cardiopulmonar, si es necesario.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico

### INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES QUIRÚRGICAS

#### ACTIVIDADES

#### DURANTE EL PROCEDIMIENTO:

- Inspeccionar la integridad y las condiciones de la piel del paciente antes de colocar la almohadilla o placa del electro cauterio de toma a tierra.
- Colocar la almohadilla en una zona seca, intacta y con mínima cantidad de vello, sobre una masa muscular grande y lo más cerca posible del sitio de la operación.
- Verificar que las soluciones sean inflamables.
- Contar las esponjas o gasas y compresas, el material de corte y el instrumental antes, durante y después de la cirugía, de acuerdo a las normas institucionales.
- Verificar que exista el equipo, instrumental e insumos necesarios para llevar a cabo el procedimiento quirúrgico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO

Dominio: 1.1 Protección inefectiva	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión peri operatoria</p>		Mantener estado neurológico en la función sensitiva / motora de pares craneales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Los cinco sentidos.</li> <li>– Habla.</li> <li>– Sensibilidad facial.</li> <li>– Movimiento muscular facial.</li> <li>– Estiramiento bilateral de músculos.</li> <li>– Deglución.</li> <li>– Reflejo nauseoso.</li> <li>– Movimiento lingual, de cabeza y hombro.</li> <li>– Movimiento voluntario de los hombros.</li> </ul>		Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Obesidad, alteraciones sensitivo perceptuales debidas a la anestesia, edema, inmovilización, posición inadecuada, debilidad muscular, mal nutrición, etc.</p>		Estado respiratorio: ventilación	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria.</li> <li>– Expansión torácica simétrica.</li> <li>– Facilidad de la inspiración.</li> <li>– Expulsión del aire.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		Estado respiratorio: intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilidad de la respiración.</li> <li>– PaO<sub>2</sub></li> <li>– PaCO<sub>2</sub></li> <li>– pH arterial</li> <li>– Saturación de Oxígeno.</li> <li>– Volumen corriente CO<sub>2</sub></li> </ul>		
		Perfusión tisular: periférica	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Llenado capilar de dedos de manos y pies.</li> <li>– Sensibilidad</li> <li>– Color de la piel</li> <li>– Función muscular</li> <li>– Temperatura de extremidades.</li> <li>– Frecuencia de pulsos (carótida, radial, femoral, etc.)</li> <li>– Presión sanguínea sistólica y diastólica.</li> </ul>		

Dominio: 1.1 Protección inefectiva   Clase: 2 Lesión física					
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
CONTINUA		Prevención de la aspiración	– Identifica y evita factores de riesgo.	1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL

#### ACTIVIDADES

- Vigilar estado neurológico.
- Determinar parámetros hemodinámicos.
- Inducir el aumento de la presión arterial con la expansión del volumen con agentes inotrópicos o vasoconstrictores.
- Administrar por prescripción médica: vasoactivos, analgésicos, diuréticos, anticoagulantes, trombolíticos, expansores como: coloides, productos sanguíneos y cristaloides, bloqueadores del canal del calcio.
- Observar signos de hemorragia.
- Calcular y monitorizar la presión de perfusión cerebral (CPP) y respuesta neurológica.
- Monitorizar y controlar tiempos de protrombina (TP) y tromboplastina (PTT).
- Monitorizar y controlar presión arterial media.
- Monitorizar presión venosa central (PVC)
- Vigilar el estado respiratorio (frecuencia, ritmo y profundidad de las respiraciones, niveles de PO<sub>2</sub>, PCO<sub>2</sub>, pH y bicarbonato).
- Monitorizar la presencia de efectos secundarios de medicamentos: diuréticos, etc.

### INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES CIRCULATORIAS

#### ACTIVIDADES

- Valorar la circulación periférica como: comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades.
- No puncionar ni extraer sangre en la extremidad afectada.
- No extraer sangre de la extremidad afectada.
- No aplicar presión o torniquete en la extremidad afectada.
- Mantener hidratación adecuada para evitar el aumento de viscosidad en la sangre.
- Prevenir lesiones en la zona afectada.
- Prevenir infecciones en heridas.
- Monitorizar las condiciones de las extremidades para registrar la presencia de calor, enrojecimiento, dolor o edema.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES PARA EVITAR LA BRONCOASPIRACIÓN.

#### ACTIVIDADES

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de tos, peristaltismo y capacidad deglutiva.
- Mantener la vía aérea permeable.
- Mantener el dispositivo traqueal inflado.
- Mantener equipo de aspiración disponible.
- Colocar posición de fowler, si fuera necesario.
- Mantener la cabecera de la cama elevada durante 30 a 45 min. después de la alimentación.
- Comprobar los residuos nasogástricos o de gastrostomía, si fuera necesario.

### INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE INFECCIONES INTRAOPERATORIO.

#### ACTIVIDADES

- Limitar y controlar las entradas y salidas de personas en el quirófano.
- Verificar la ministración de antibióticos profilácticos, prescritos.
- Verificar la esterilidad del equipo de instrumental, envoltura, indicadores de esterilización, procedimiento y correcto suministro del material.
- Llevar a cabo las técnicas asépticas establecidas en el manejo del equipo e instrumental.
- Verificar que se realicen las medidas de precaución universales de: vestuario quirúrgico, gorro, cubre bocas, guantes, botas, etc.
- Monitorizar el correcto lavado de manos: cepillado, brazos y uñas, entre otras acciones.
- Asegurar la protección ocular y minimizar la presión de las partes corporales del cuerpo expuestas del paciente.
- Mantener la integridad de los catéteres y de las líneas intravasculares.
- Llevar a cabo el recuento completo de gasas y compresas.
- Realizar cultivos de acuerdo a la norma técnica institucional.
- Valorar las condiciones de la piel alrededor del sitio quirúrgico.
- Aplicar y fijar los vendajes quirúrgicos.
- Mantener la sala limpia y en orden.
- Verificar los procedimientos de limpieza exhaustiva de las salas quirúrgicas.

### INTERVENCIONES (NIC): REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA INTRAOPERATORIA.

#### ACTIVIDADES

- Monitorizar y mantener la temperatura de la sala entre 20 y 24° C.
- Preparar y regular los dispositivos de calefacción y/o refrigeración.
- Colocar y activar humidificador para los gases anestésicos.
- Cubrir las partes expuestas del paciente.
- Controlar la temperatura corporal, pulso y respiración.
- Observar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Envolver al recién nacido inmediatamente después del nacimiento para evitar pérdida de calor.
- Calentar o enfriar las soluciones de irrigación, intravenosas y de preparación de la piel.
- Regular el calentador de sangre.
- Calentar las esponjas quirúrgicas.
- Vigilar continuamente la temperatura del paciente y la ambiental.
- Utilizar colchón térmico y/o mantas calientes, sí procede.
- Cubrir al paciente con mantas para el transporte a la unidad de cuidados postoperatorios.
- Registrar la información en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a normas institucionales.
- Monitorizar y mantener la humedad relativa entre 40 y 60%

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO ÁREA DE TRANS-OPERATORIO

Dominio: 4 Actividad / reposo	Clase: 4 Respuestas cardiovasculares / respiratorias.				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de perfusión tisular inefectiva (cardiopulmonar, renal, cerebral, gastrointestinal, periférica)</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Disminución de la concentración de hemoglobina en sangre, problemas de intercambio, envenenamiento enzimático, hipoventilación, hipovolemia, hipervolemia, deterioro del transporte de oxígeno, interrupción del flujo arterial, desequilibrio ventilación / perfusión, etc.</p>		Mantener estado Circulatorio	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presión arterial sistólica y diastólica.</li> <li>– Presión del pulso.</li> <li>– Presión arterial media.</li> <li>– Presión venosa central.</li> <li>– Saturación de oxígeno.</li> <li>– PaO<sub>2</sub></li> <li>– PaCO<sub>2</sub></li> <li>– Temperatura cutánea</li> <li>– Color de la piel.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla.</u></b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		Mantener equilibrio hídrico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Velocidad del pulso radial.</li> <li>– Presión pulmonar enclavada.</li> <li>– Pulsos periféricos.</li> <li>– Balance de líquidos.</li> <li>– Electrolitos séricos.</li> <li>– Densidad específica urinaria.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	
		Severidad de la pérdida de sangre.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Pérdida sanguínea visible.</li> <li>– Disminución de la presión arterial sistólica y diastólica.</li> <li>– Pérdida de calor corporal</li> <li>– Palidez de cutáneas y mucosas.</li> <li>– Disminución de la hemoglobina y hematocrito.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	
		Coagulación sanguínea.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Formación del coagulo.</li> <li>– Tiempo de protrombina (TP)</li> <li>– Concentración de plaquetas</li> <li>– Concentraciones plasmáticas de fibrinógeno</li> <li>– Hematocrito</li> <li>– Tiempo de coagulación activada (TCA)</li> </ul>		

### INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS CIRCULATORIOS

#### ACTIVIDADES

- Valorar la circulación periférica como: pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades sobre todo si la cirugía las compromete.
- Valorar las presiones arteriales pulmonares, sistémicas, gasto cardíaco y resistencia vascular sistémica, si fuera necesario.
- Monitorizar tiempos de coagulación cada hora, si procede.
- Administrar anticoagulantes o trombolíticos de acuerdo a prescripción médica, si fuera necesario.
- Administrar productos sanguíneos, si fuera necesario.
- Controlar la diuresis horaria y observar características.
- Vigilar y/o mantener las vías venosas y arteriales permeables.

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

#### ACTIVIDADES

- Monitorización periódica de los signos vitales: fluctuaciones de la presión sanguínea, presencia y calidad de los pulsos, control de la temperatura, esquema respiratorio anormal, etc.
- Monitorizar color, temperatura y humedad de la piel.
- Observar si hay cianosis central y/o periférica.
- Observar y monitorizar el llenado capilar.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales. Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN Y MANEJO DE LÍQUIDOS

#### ACTIVIDADES

- Monitorizar ingresos y egresos de manera estricta.
- Valorar niveles de electrolitos, albumina y proteína total en suero.
- Monitorizar presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración y parámetros hemodinámicos invasivos.
- Terapia intra venosa.
- Administrar líquidos a temperatura ambiente y/o hemoderivados acorde a la norma oficial mexicana.
- Monitorizar el estado de hidratación (mucosas, turgencia de la piel, color y cantidad de la orina, si las venas del cuello están dilatadas, si hay crepitación pulmonar, edema periférico, hipotermia, edema, etc).
- Vigilar respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Observar signos y síntomas de retención de líquidos o de manifestaciones de desequilibrio de líquidos.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE ÁCIDO-BASE

#### ACTIVIDADES

- Mantener accesos intravasculares (i.v.) permeable.
- Mantener vías aéreas despejadas.
- Monitorizar la presencia de síntomas de insuficiencia respiratoria (niveles de PaO<sub>2</sub> bajos y PaCO<sub>2</sub> altos y fatiga muscular respiratoria).
- Controlar el patrón respiratorio.
- Controlar los factores determinantes de aporte de oxígeno tisular (niveles de PaO<sub>2</sub> SaO<sub>2</sub> hemoglobina y gasto cardíaco).
- Suministrar oxigenoterapia.
- Proporcionar apoyo con ventilación mecánica, si fuera necesario.
- Controlar el estado hemodinámico PVC, PAM, PAP y PCWP si fuera necesario.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA

### ACTIVIDADES

- Observar niveles de hemoglobina y hematocrito.
- Monitorizar la pérdida de líquidos: transpiración, hemorragia, etc.
- Monitorizar la respuesta del paciente al ingreso de líquidos.
- Administrar soluciones hipotónicas e isotónicas prescritas ( si fuera necesario)
- Monitorizar pérdida de líquidos insensibles.
- Monitorizar la zona de punción i.v. por si se presentaran signos de infiltración, extravasación o infección.
- Monitorizar el flujo de perfusión intravenosa constante y asegurar una adecuada perfusión periférica.
- Disponer y/o administrar productos sanguíneos para la transfusión, así como plaquetas y plasma fresco congelado. (Por prescripción médica si fuera necesario)
- Monitorización de signos vitales cada 15 minutos.
- Monitorizar la respuesta a los hemoderivados.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE TRANS-OPERATORIO

Dominio: 1.1 Protección inefectiva	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de lesión</p>		<p>Respuesta alérgica sistémica</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Disnea en reposo.</li> <li>– Taquicardia.</li> <li>– Disminución de la presión sanguínea.</li> <li>– Disminución del nivel de conciencia.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Leve.</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Hiper glucemia, disfunción inmune / autoinmune, desnutrición, factores físicos: solución de la continuidad de la piel, hipoxia tisular, factores químicos: tóxicos, drogas ó fármacos, factores biológicos: microorganismos, etc.</p>		<p>Severidad de la lesión física</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Abrasiones cutáneas.</li> <li>– Hematomas</li> <li>– Laceraciones.</li> <li>– Quemaduras.</li> <li>– Lesiones dentarias.</li> <li>– Alteración de la movilidad.</li> </ul>		<p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): CAMBIOS DE POSICIÓN INTRAOPERATORIO

### ACTIVIDADES

- Determinar el margen de movimiento y estabilidad de las articulaciones del paciente.
- Comprobar estado neurológico, la circulación periférica y la integridad de la piel.
- Utilizar dispositivos de ayuda para la inmovilización.
- Bloquear las ruedas de la camilla y de la mesa de cirugía.
- Coordinar la transferencia del paciente con el estadio de la anestesia y el nivel de conciencia.
- Mantener la alineación corporal correcta del paciente.
- Proteger las prominencias óseas, evitar la presión sobre los nervios superficiales.
- Monitorizar la posición del paciente durante la operación.
- Proteger las vías, catéteres y circuitos de respiración.
- Colocar al paciente en posición quirúrgica designada sobre colchón o almohadillas terapéuticas.
- Proteger los ojos, orejas y mamas.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE POST OPERATORIO

Dominio: 4 Actividad / reposo	Clase: 4 Respuestas cardiovasculares / respiratorias				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Patrón respiratorio ineficaz</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Disminución de la energía o fatiga de los músculos respiratorios, hiperventilación, síndrome de hipoventilación, disfunción neuromuscular, obesidad, edema laríngeo, dolor postquirúrgico, efecto medicamentoso de anestésicos, ansiedad, lesión de la médula espinal, posición corporal incorrecta, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Disnea, aleteo nasal, ortopnea, prolongación de las fases respiratorias, taquipnea, alteración de la profundidad respiratoria, bradipnea, disminución de la presión espiratoria e inspiratoria, disminución de la ventilación por minuto, disminución de la capacidad vital, uso de los músculos accesorios para respirar, etc.</p>		<p>Mantener estado respiratorio: permeabilidad de las vías aéreas.</p> <p>Mantener estado respiratorio: ventilación.</p> <p>Estado respiratorio: intercambio gaseoso.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Facilidad, frecuencia y ritmo respiratorio.</li> <li>– Movilización del esputo hacia fuera de las vías respiratorias.</li> <li>– Elimina obstáculos de la vía aérea.</li> <li>– Profundidad de la respiración</li> <li>– Expansión torácica simétrica.</li> <li>– Facilidad de la inspiración.</li> <li>– Auscultación de ruidos respiratorios.</li> <li>– Utilización de los músculos accesorios.</li> <li>– Saturación de CO<sub>2</sub></li> <li>– Equilibrio entre ventilación y perfusión.</li> <li>– Hallazgos en la radiografía de tórax.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS

### ACTIVIDADES

- Colocar al paciente en posición que permita, que el potencial de ventilación sea el máximo posible.
- Fomentar una respiración lenta y profunda.
- Enseñar a toser de manera efectiva para eliminar las secreciones o a través de aspiración.
- Identificar si el paciente requiere la intubación de las vías aéreas.
- Utilizar técnicas para estimular la respiración.
- Abordar la vía aérea oral o nasofaríngea si es necesario.
- Administrar bronco dilatadores (por prescripción médica)
- Auscultar sonidos respiratorios, observando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y la presencia de sonidos adventicios.

## INTERVENCIONES (NIC): OXIGENOTERAPIA

### ACTIVIDADES

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea.
- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales.
- Preparar el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado.
- Vigilar el flujo de litros de oxígeno.
- Monitorizar el aporte de oxígeno para asegurarse de que se administra la concentración prescrita.
- Comprobar la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro, gasometría arterial, etc.)
- Observar la ansiedad del paciente relacionada con la necesidad de oxigenación.
- Observar si se presentan signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.
- Observar si se presentan signos de toxicidad por el oxígeno y atelectasia por absorción.
- Proporcionar oxígeno durante el traslado del paciente.
- Registrar la respuesta humana del paciente en el formato de registros clínicos de enfermería.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

### ACTIVIDADES

- Monitorización periódica de los signos vitales: fluctuaciones de la presión sanguínea, presencia y calidad de los pulsos, control de la temperatura, esquema respiratorio anormal, etc.
- Observar presión o aumento de la presión del pulso.
- Monitorizar color, temperatura y humedad de la piel.
- Observar y registrar signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática (movimiento paradójico)
- Monitorizar el ritmo, frecuencia y tonos cardiacos.
- Monitorizar frecuencia, ritmos respiratorios y sonidos pulmonares.
- Observar si hay cianosis central y periférica.
- Observar si hay disnea y sucesos que la mejoren o empeoren.
- Observar el llenado capilar.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.

**PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PLAN DE CUIDADOS DEL PERIOPERATORIO, ÁREA DE POST OPERATORIO**

Dominio: 1.1 Seguridad protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de aspiración.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Depresión del reflejo nauseoso, tusígeno, deterioro de la deglución, acumulo de secreciones bronquiales, retraso en el vaciado gástrico y aumento del volumen residual, administración de medicación, presencia del tubo endotraqueal, presencia de tubo de traqueotomía, reducción del nivel de conciencia, cirugía facial, de cuello, traumatismo oral o de cuello, etc.</p>		<p>Mantener estado de deglución.</p> <p>Estado de recuperación posterior al procedimiento</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Producción de saliva.</li> <li>– Momento del reflejo de deglución.</li> <li>– Atragantamiento, tos o nauseas.</li> <li>– Esfuerzo deglutorio aumentado.</li> <li>– Reflujo gástrico.</li> <li>– Incomodidad con la deglución.</li> <li>– Tos vigorosa.</li> <li>– Reflejo nauseoso.</li> <li>– Retención de líquidos orales.</li> <li>– Vías aéreas permeables.</li> <li>– Monitorización de los signos vitales.</li> <li>– Saturación de oxígeno.</li> <li>– Puntuación de recuperación post anestésica.</li> <li>– Capacidad para deglutir.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido.</li> <li>1. Desviación grave del rango normal</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN

### ACTIVIDADES

- Vigilar el nivel de conciencia, reflejos de la tos, de gases y capacidad deglutiva.
- Mantener una vía aérea despejada y permeable.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Mantener elevada la cabecera de la camilla a 45°
- Controlar el estado pulmonar.
- Observar la presencia de signos y síntomas de aspiración.
- Vigilar los movimientos de la lengua del paciente.
- Proporcionar o usar dispositivos de ayuda: cánula de Guedel.
- Ayudar al paciente a colocar la cabeza flexionada para la deglución (barbilla metida)
- Monitorizar la presencia de signos de fatiga.
- Colocar al paciente en posición de semi-fowler si estuviera permitido de acuerdo al tipo de procedimiento quirúrgico.

## INTERVENCIONES (NIC): MEJORAR LA TOS

### ACTIVIDADES

- Ayudar al paciente a sentarse con la cabeza ligeramente flexionada, los hombros relajados y las rodillas flexionadas.
- Animar al paciente a que realice varias respiraciones profundas, que mantenga cada una por 2 segundos y tosa dos o tres veces de forma sucesiva.
- Enseñar al paciente ejercicios respiratorios de inspiración, espiración.
- Enseñarle a comprimir el abdomen por debajo del xifoides con la mano plana para dar seguridad mientras tose o recomendar al paciente que utilice una almohada o una sabana enrollada como tablilla contra la incisión.
- Colocar vendaje abdominal si fuera necesario.
- Recomendar el uso de espirómetro y la hidratación.

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS POS ANESTESIA

### ACTIVIDADES

- Administrar oxígeno por puntas nasales o mascarilla y monitorizar la respuesta.
- Monitorizar la calidad y número de respiraciones.
- Animar al paciente a que tosa y respire profundamente.
- Monitorización de los signos vitales y del dolor cada 15 minutos.
- Administrar medidas de calor como: mantas calientes, térmicas, etc.
- Monitorizar el egreso por diuresis y sus características.
- Ministración de antieméticos, analgésicos u otro medicamento por prescripción médica.
- Monitorizar la recuperación sensorial y motora.
- Monitorizar el estado neurológico como el estado de conciencia y ubicación en tiempo y espacio.
- Monitorizar la zona de intervención, las condiciones de la herida quirúrgica.
- Estimular de manera verbal o táctil la respuesta del paciente.
- Monitorizar la evolución del paciente para determinar el alta del área de recuperación o pos quirúrgica.
- Pasar la información sobre el paciente al área de informes.
- Transferir al paciente al siguiente nivel de cuidados, en este caso trasladar a su pabellón.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas ante los efectos post anestésicos y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PERIOPERATORIO, ÁREA DE POST OPERATORIO

Dominio: 11 Seguridad protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro de la integridad tisular</p>		<p>Recuperar la integridad tisular: piel y membranas mucosas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatura de la piel.</li> <li>– Sensibilidad.</li> <li>– Transpiración.</li> <li>– Perforación tisular.</li> <li>– Tejido cicatricial.</li> <li>– Palidez</li> <li>– Necrosis</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Alteración de la circulación, procedimiento quirúrgico, etc.</p>					
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Lesión tisular de cornea, membranas mucosas, tejido integumentario o subcutáneo, dolor en lesión, disminución de la movilidad física, etc.</p>					

### INTERVENCIONES (NIC): CUIDADO DE LAS HERIDAS

#### ACTIVIDADES

- Despegar los apósitos, cambiarlo y observar la cantidad y características de exudado, sangrado, olor cantidad así como del dren, drenes o sondas.
- Monitorizar las características de la herida: color, tamaño, temperatura, etc. Acorde a la normatividad institucional.
- Colocar vendaje de manera adecuada, en sitio de la herida.
- Cambiar y registrar cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas, si es que esta permitido.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN

#### ACTIVIDADES

- Inspeccionar el sitio de incisión por si hubiera enrojecimiento, inflamación o signos de dehiscencia o evisceración.
- Limpiar la zona que rodea la incisión con solución antiséptica y desde la zona más limpia hacia la menos limpia. Aplicar bandas o tiras de cierre si es necesario.
- Aplicar un vendaje adecuado para proteger la incisión.
- Limpiar la zona que rodea cualquier tipo de drenaje con solución antiséptica y mantener la posición del dren.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de la incisión.
- Registrar cualquier cambio en la respuesta humana del paciente en el formato de registros clínicos de enfermería.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA MEDICACIÓN

#### ACTIVIDADES

- Implementar medidas universales en la unidad del paciente.
- Hacer la identificación correcta del paciente.
- Aplicar los correctos antes de administrar el medicamento y membretarlo conforme a la normatividad institucional.
- Administrar los fármacos necesarios de acuerdo con la prescripción médica.
- Observar la eficacia de la administración, efectos terapéuticos, presencia de signos y síntomas de toxicidad por la medicación o algún otro efecto adverso.
- Implementar acciones para controlar los efectos secundarios de los fármacos conforme a normatividad institucional.



## INTERVENCIONES (NIC): RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

### ACTIVIDADES

- Aplicar lubricante para humedecer los labios y la mucosa oral.
- Monitorizar labios, lengua, membranas mucosas, fosas tonsilares y encías para determinar la humedad, color, textura, previendo utilizar una buena iluminación y laringoscopio o abatelenguas.
- Observar la percepción del paciente sobre sus cambios del gusto, deglución, calidad de la voz y comodidad.
- Observar si hay sequedad de la mucosa bucal derivada de los cambios de posición del paciente.
- Aplicar anestésicos tópicos o sistémicos por prescripción médica para disminuir la sintomatología.
- Realizar los registros correspondientes de los procedimientos, respuestas humanas y resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería acorde a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby Madrid España 2005
2. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005
3. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008
4. BEARE, Myers. Enfermería Médico Quirúrgica. Tercera edición. Volumen I editorial Harcourt Mosby. 2001 Madrid España. Páginas 1810.
5. C. Long, Barbará. Tratado de Enfermería medico quirúrgica. Volumen 2 editorial Interamericana Mc Graw – Hill. 1989 México. 1340 páginas.
6. La Cirugía Segura Salva Vidas. WHO/IER/PSP/2008.07. Organización Mundial de la Salud ,2008.

### PARTICIPANTES

#### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

#### **Elaboró:**

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa. Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

MCE Concepción Meléndez Méndez.- Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Tampico, Tamaulipas.

Lic. Enf. Martha Alicia Ramos Valdez.-Hospital General de Saltillo Coahuila.

Enf. Cristina Medel Martínez.-Hospital General de Ometepe Guerrero.

Lic. Enf. Laura Elena Ruiz Avendaño.- Hospital General de Mazatlán Sinaloa.



# Preeclampsia

# 17

De acuerdo con el Lineamiento Técnico para la Prevención, Diagnóstico y Manejo de la Preeclampsia / Eclampsia, la preeclampsia es un “síndrome multisistémico de severidad variable, específico del embarazo, caracterizado por una reducción de la perfusión sistémica generada por vasoespasmo y activación de los sistemas de coagulación. Se presenta después de la semana 20 de la gestación, durante el parto o en las primeras 6 semanas después de éste.

El cuadro clínico se caracteriza por hipertensión arterial de 140/90 mmHg acompañada de proteinuria, es frecuente que además se presente cefalea, acúfenos, fosfenos, edema, dolor abdominal y/o alteraciones de laboratorio”. Se le conoce como eclampsia cuando además, las pacientes con preeclampsia presentan convulsiones o estado de coma en ausencia de otras causas.

El síndrome de preeclampsia/eclampsia es una complicación grave del embarazo y la primera causa de muerte materna en México es causa importante de morbilidad y mortalidad perinatal.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> El síndrome de preeclampsia/ eclampsia es la primera causa de muerte materna en México. Instituto Nacional de Salud Pública. Secretaría de Salud 2006. consultada el 7 de marzo de 2011.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREECLAMPSIA

Dominio: 2 Nutrición	Clase: 5 Hidratación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Exceso de Volumen de Líquidos</p>		Mantener equilibrio hídrico	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presión arterial.</li> <li>– Peso corporal estable.</li> <li>– Entradas y Salidas diarias equilibradas.</li> <li>– Electrolitos séricos</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometida</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Compromiso de los mecanismos reguladores, exceso de aporte de sodio, exceso de aporte de líquidos.</p>		Severidad de la sobrecarga de líquidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Edema de pierna, tobillo, manos, periorbital, generalizado.</li> <li>– Letargo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Aumento de peso en un corto período de tiempo, cambios en la presión arterial (hipertensión), cambios en el patrón respiratorio, disnea, edema, aporte de líquidos superior a las pérdidas, oliguria, agitación, cambios de la densidad de la orina, etc.</p>		Signos vitales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presión arterial sistólica y diastólica.</li> <li>– Presión del pulso.</li> <li>– Frecuencia respiratoria.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LÍQUIDOS

### ACTIVIDADES

- Pesar a diario y controlar la evolución.
- Mantener vía periférica permeable con el manejo acorde a la normatividad institucional.
- Observar datos de indicios de sobrecarga / retención de líquidos a través de resultados de laboratorio, como: aumento del BUN, disminución de hematocrito y aumento de osmolaridad de la orina.
- Proceder a la restricción de líquidos, llevar un balance estricto y preciso.
- Evaluar la ubicación y extensión del edema.
- Monitorizar las condiciones de las mucosas y la turgencia de la piel.
- Administrar terapia intravenosa de acuerdo a prescripción médica.
- Monitorizar el color y cantidad de la orina.
- Administrar los diuréticos acorde a prescripción médica.
- Vigilar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita.
- Coordinarse con el área médica acerca de los signos y síntomas de persistencia o agravamiento del exceso de volumen de líquidos.
- Monitorizar el estado neurológico.
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana 168 del Expediente Clínico y al lineamiento técnico de la prevención, diagnóstico y manejo de la pre eclampsia / eclampsia.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

### ACTIVIDADES

- Verificar periódicamente el buen funcionamiento de los instrumentos utilizados para la medición de los signos vitales del paciente
- Monitorizar y valorar continuamente el pulso, temperatura y estado respiratorio, la presión sanguínea y compararlas.
- Registrar tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
- Controlar periódicamente la oximetría de pulso.
- Observar periódicamente el color y la humedad de la piel.
- Observar si hay cianosis central y periférica.
- Medir y registrar el llenado capilar.
- Identificar causas posibles de los cambios en los signos vitales.
- Coordinarse con el área médica informando los cambios en los signos vitales y realizar el registro de las respuestas humanas y los resultados obtenidos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREECLAMPSIA

Dominio: 4 Actividad/Reposo	Clase: 4 Respuesta cardiovascular / pulmonar				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Disminución del gasto cardiaco</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Alteración de la precarga, alteración de la poscarga, exceso de volumen de líquidos, alteración de la contractilidad, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Edema, taquicardia y disminución de la presión venosa central, aumento de la resistencia vascular sistémica, oliguria y variaciones de la presión arterial, saturación de oxígeno y prolongación del tiempo de llenado capilar, cambios del color de la piel, arritmias, bradicardia, cambios electro cardiográficos, fatiga, aumento de peso, piel fría y sudorosa, disnea, etc.</p>		<p>Mantener el estado circulatorio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Presión arterial sistólica</li> <li>– Presión arterial diastólica</li> <li>– Presión arterial media.</li> <li>– Saturación de oxígeno.</li> <li>– Velocidad del pulso radial, femoral braquial y pedio.</li> <li>– Color de la piel.</li> <li>– Gasto urinario.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometida</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS CARDIACOS

### ACTIVIDADES

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica, comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de extremidades.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas significativos de disminución del gasto cardiaco.
- Monitorizar el estado cardiovascular la presión, ritmo y frecuencia cardiaca.
- Auscultar los pulmones para detectar la presencia de sonidos crepitantes o adventicios.
- Monitorización continua de ECG.
- Controlar el equilibrio de líquidos, ingestión, eliminación y peso diario.
- Valorar resultados de laboratorio como niveles de electrolitos.
- Monitorizar la presión diastólica sobre todo la elevación.
- Monitorizar la función renal, niveles de BUN y Creatinina.
- Monitorizar electrolitos, para detectar la presencia de disritmias, potasio y magnesio en suero.
- Oxigenoterapia con el sistema más efectivo como: mascarilla, puntas nasales u otros y monitorizar la efectividad.
- Monitorizar los factores de aporte de oxígeno como: niveles de PaO<sub>2</sub> y hemoglobina.
- Disminuir el riesgo de formación de trombos periféricos con los cambios de posición frecuentes y la administración de anticoagulantes por prescripción médica.
- Monitorizar la eliminación urinaria y sus características.
- Monitorizar el peso diario.
- Mantener en reposo terapéutico.
- Coordinarse con el área médica informando los cambios de la paciente, realizar el registro de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREECLAMPSIA

Dominio: 4 Actividad / Reposo	Clase: 4 Respuestas cardiovascular / renal				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Perfusión tisular inefectiva renal</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Interrupción del flujo arterial, alteración de la concentración de hemoglobina en sangre, desequilibrio ventilación perfusión, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Alteración de la presión sanguínea por encima de los parámetros aceptables, anuria/oliguria, elevación de la proporción BUN/creatinina, edema, dolor abdominal, etc.</p>		<p>Mantener función renal</p> <p>Eliminación urinaria</p> <p>Equilibrio hídrico</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Equilibrio de la ingesta</li> <li>– Nitrógeno ureico en sangre.</li> <li>– Proteínas de la orina</li> <li>– Electrolitos sexológicos.</li> <li>– Patrón de eliminación.</li> <li>– Claridad, cantidad y color de la orina.</li> <li>– Retención urinaria.</li> <li>– Presión arterial.</li> <li>– Peso corporal estable.</li> <li>– Edema periférico.</li> <li>– Calambres musculares.</li> <li>– Entradas y Salidas diarias equilibradas.</li> <li>– Densidad específica urinaria.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometida</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido</li> <li>4. Levemente comprometido</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

### ACTIVIDADES

- Determinar la cantidad y tipo de ingesta de líquidos.
- Identificar los posibles factores de riesgo de desequilibrio, como: hipertermia, terapia diurética, alguna alteración renal, diaforesis, etc.
- Monitorizar el peso.
- Monitorizar ingresos y egresos de líquidos.
- Monitorizar niveles de electrolitos en suero y orina, niveles de albumina y proteína total en suero así como niveles de osmolaridad.
- Monitorizar la presión sanguínea, frecuencia cardíaca y estado de la respiración.
- Monitorizar las condiciones de las mucosas, si presenta sed, turgencia de la piel así como las condiciones de la misma y sus riesgos.
- Monitorizar color, cantidad y gravedad específicas de la orina.
- Observar si las venas del cuello están distendidas, si presenta crepitación pulmonar, edema periférico y ganancias de peso.
- Valorar si presenta signos y síntomas de ascitis, presencia de vértigo al sentarse o levantarse de la cama o de la silla.
- Administrar agentes farmacológicos para aumentar la diuresis por prescripción médica.
- Coordinarse con el área médica informando los cambios de la paciente, realizar el registro de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREECLAMPSIA

Dominio: 8. Sexualidad	Clase: 3. Reproducción				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgos de la alteración de la diada materno fetal.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Compromiso del transporte de oxígeno como: hipertensión, convulsiones y efectos colaterales relacionados con el tratamiento por medicamentos, complicación del embarazo como: rotura prematura de membranas, desprendimiento de placenta u otros.</p>		<p>Mantener el estado fetal prenatal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Frecuencia cardíaca fetal (120 -160).</li> <li>– Patrones de desaceleración en los hallazgos electrónicos del monitor fetal.</li> <li>– Variabilidad en los hallazgos del monitoreo fetal.</li> <li>– Medidas ecográficas del crecimiento fetal.</li> <li>– Frecuencia del movimiento fetal percibido por la paciente.</li> <li>– Patrón del movimiento fetal.</li> <li>– Prueba sin estrés.</li> <li>– Prueba de tolerancia a la oxitócina.</li> <li>– Prueba de auscultación de la aceleración.</li> <li>– Hallazgos en el líquido amniótico.</li> <li>– Velocidad del flujo sanguíneo arterial-umbilical.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

**DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA  
(NANDA)**

CONTINUA

**RESULTADO  
(NOC)**

Mantener estado materno preparto.

**INDICADOR**

- Labilidad emocional.
- Cambio de peso.
- Orientación cognitiva.
- Reflejo neurológico.
- Presión arterial.
- Temperatura corporal.
- Proteinuria.
- Edema.
- Cefalea.
- Sangrado vaginal.

**ESCALA DE  
MEDICIÓN**

1. Desviación grave del rango normal.
2. Desviación sustancial del rango normal.
3. Desviación moderada del rango normal.
4. Desviación leve del rango normal.
5. Sin desviación del rango normal.

**PUNTUACIÓN  
DIANA**

Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.

El objeto de las intervenciones es **mantener** la puntuación e idealmente **aumentarla**.

**Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.**

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DEL EMBARAZO DE ALTO RIESGO

### ACTIVIDADES

- Determinar la presencia de factores de salud médicos relacionados con el reporte desfavorable del embarazo como: hipertensión.
- Revisar el historial obstétrico para valorar factores de riesgo de preeclampsia y del feto.
- Reconocer los factores demográficos y sociales como: edad, raza, nivel socioeconómico, control prenatal y otros.
- Determinar el grado de conocimiento que la paciente tiene de su patología.
- Fomentar la expresión de sentimientos y miedos a cerca del bienestar fetal y seguridad personal.
- Instruir a la paciente en técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable como: la hidratación, dieta, modificación de actividades, importancia de chequeos prenatales regulares y más y remitir a grupos de apoyo de madres de alto riesgo.
- Instruir a la paciente sobre el uso de fármacos prescritos como los antihipertensivos entre otros.
- Recomendar que asista a la atención médica inmediata cuando detecte disminución de movimientos fetales 4 o más contracciones por hora antes de las 37 SDG, cefalea, trastornos visuales, dolor epigástrico, rápida ganancia de peso con edema facial, etc. Enseñarle a contar los movimientos fetales.
- Realizar pruebas para evaluar el estado fetal y la función de la placenta como prueba sin estrés, perfiles biofísicos y pruebas de ultrasonido, entre otros.
- Colaborar en los procedimientos de diagnóstico fetal, como: amniocentesis, muestras de vello coriónico, toma de muestras de sangre umbilical y estudios de sangre de dopler, etc.
- Establecer un plan de seguimiento clínico y monitorizar el estado físico-social durante el embarazo.
- Informar a la paciente sobre resultados de laboratorio, pruebas fetales y respuestas de su salud con las pruebas y procedimientos que se le realizan.

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS PRENATALES

### ACTIVIDADES

- Instruir a la paciente a cerca de la importancia de los cuidados prenatales durante todo el embarazo.
- Invitar y animar al padre a participar en los cuidados prenatales y asistan a clases prenatales.
- Vigilar las ganancias de peso durante el embarazo.
- Comprobar el ajuste psicosocial de la paciente y la familia durante el embarazo.
- Observar presencia de edema.
- Explorar los reflejos osteotendinosos.
- Medición de fondo uterino y comparar con edad gestacional.
- Asesorar a la paciente a cerca de los cambios de la sexualidad durante el embarazo.
- Determinar el sistema de apoyo social.
- Enseñar a la paciente técnicas de automonitorización de los signos vitales, glucosa en sangre, actividad uterina, presencia de edema, etc.
- Instruir a la paciente en el seguimiento del crecimiento y desarrollo fetal.
- Enseñar a la paciente las estrategias de autoayuda para aliviar las molestias comunes del embarazo.
- Instruir a la paciente en los efectos dañinos del uso del tabaco.
- Dar a los padres la oportunidad de escuchar los latidos cardiacos del feto.
- Dar oportunidad a los padres de ver por ecografía la imagen del feto.
- Remitir a la paciente a las clases de preparación para el parto.
- Enseñar y promover en la paciente técnicas de autocuidado para aumentar las posibilidades de un resultado saludable, como la dieta, modificación de actividades, importancia del control prenatal, precauciones sexuales, etc.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA MEDICACIÓN

#### ACTIVIDADES

- Administrar de acuerdo a prescripción médica y/o protocolo.
- Comprobar la capacidad del paciente para auto medicarse.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación.
- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Controlar el cumplimiento del régimen de medicación.
- Enseñar a la paciente el método de administración de los fármacos.
- Explicar a la paciente la acción y los efectos secundarios esperados de la medicación.
- Establecer un protocolo para la adquisición y control de los medicamentos.
- Determinar el impacto del uso de medicación en el estilo de vida del paciente.
- Aplicar los correctos en la administración de la medicación y la identificación del paciente.
- Animar a la paciente a realizarse análisis o estudios de laboratorio para determinar los efectos de la medicación.
- Coordinarse con el área médica informando los cambios de la paciente, realizar el registro de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA AL FINAL DEL EMBARAZO

#### ACTIVIDADES

- Observar si hay contracciones uterinas, más de 4 contracciones por hora, dolor de espalda y presión pélvica de la 20 a 37 semanas de embarazo.
- Vigilar datos de encefalopatía hipertensiva, como variaciones en la tensión arterial y edema.
- Iniciar terapia intravenosa y recuperación de líquidos.
- Vigilar el confort de la paciente y tomar medidas pertinentes para la prevención de lesiones cutáneas.
- Anotar tipo, cantidad y aparición de líquido amniótico.
- Realizar tacto vaginal para valorar dilatación, borramiento, posición y sitio del cerviz.
- Coordinarse con el área médica informando los cambios de la paciente, realizar el registro de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN FETAL ELECTRÓNICA ANTES DEL PARTO

### ACTIVIDADES

- Revisar el historial obstétrico, para determinar los factores de riesgo que afecten el bienestar fetal.
- Averiguar ingesta oral, incluyendo dieta, cigarrillos fumados por día y utilización de medicamentos.
- Identificación del trazo de monitoreo.
- Verificar frecuencia cardíaca fetal y materna antes de iniciar la monitorización.
- Instruir a la paciente sobre la razón de la monitorización, así como el tipo de información que se puede obtener y la utilidad.
- Tomar los signos vitales de la madre antes de iniciar.
- Realizar maniobras de Leopold para determinar la posición fetal.
- Colocar de forma cómoda los transductores para obtener la frecuencia y la duración de las contracciones.
- Ajustar los monitores para conseguir y mantener la claridad de los trazos.
- Interpretar el trazo: aceleraciones, desaceleraciones, variabilidad o contracciones espontáneas, etc.
- Proporcionar estimulación acústica, según protocolo o prescripción médica.
- Preparación y apoyo para la realización de perfil biofísico.
- Programar próxima prueba.

### Ultrasonografía obstétrica

- Verificar la prescripción para la realización del ultrasonido, según protocolo de la institución.
- Instruir a la paciente y familiares a cerca de las indicaciones del examen y del procedimiento.
- Preparar a la paciente física y emocionalmente para el procedimiento.
- Realizar el registro de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
2. Mccloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4°. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
4. Secretaria de salud. Lineamiento técnico en "prevención, diagnostico y manejo de la pre eclampsia/eclampsia- México D,F. 2007 Hernández

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

MCE. Sofía Sánchez Ángeles.- Instituto Nacional de Perinatología

EE María de los Ángeles Muñoz Pérez.- Instituto Nacional de Perinatología

LEO. Matilde Hernández Sánchez .- Instituto Nacional de Perinatología

LEO. María de la Luz Esparza Monroy.- Instituto Nacional de Perinatología

LEEP. Diana María López García.- Hospital de la Mujer de los Servicios de Salud del Estado de Puebla.

LEO. Gloria Cabrera González.- Dr. Ernesto Meana San Román Jojutla Morelos.

Enf. Martha Elba Barrueta Ramírez.- Hospital Municipal Zaucalpan

Enf. Bárbara Campos Rosas.- Instituto Nacional de Perinatología

Enf. Yael González Zamora.- Hospital de la Mujer. D. F.

Enf. Abigail Hernández García.- Clínica de Especialidad con Maternidad, Atlacomulco.

Enf. María Luisa Salazar Zavala. Hospital de la Mujer. D. F.

Mtra. Silvia González Villanueva.- Instituto Nacional de Perinatología.

Mtra. Margarita Delgado Rubio.- Instituto Nacional de Perinatología

Lic. Enf. María Patricia de la Rosa Alvarado.- Instituto Nacional de Perinatología

Lic. Enf. Octaviana Guevara Verdejo.- Hospital General de Cuautla Morelos.

Lic. Enf. Laura Nohemí Brasil Rodríguez del Castillo.- Departamento Estatal de Enfermería Puebla

M.C.E. Rosa María Bravo Camacho.- Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Querétaro.

M.C.E. Sayuri Komera Arenas.- Hospital Belisario Domínguez. Gobierno del Distrito Federal.

E.E.M.C. Lourdes Juana Ramírez Gutiérrez.- Jefe de Servicio de Gineco Obstetricia. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE., D.F.

LEO. Xochitl Selene Luna Acosta.- Urgencias Toco cirugía. Hospital Regional "General Ignacio Zaragoza". ISSSTE., D.F.

Lic. Verónica Arias Galván.- Querétaro, Querétaro.

Lic. Enf. María Teresa Espinoza Buendía. - Hospital de la Mujer. D. F.

Enf. María Eugenia Arteaga Hernández.- Hospital de Especialidades del Niño y la Mujer. Querétaro, Querétaro.

# Prevención de caídas | 18

Prevención de caídas: se refiere al conjunto de acciones que deben ser proporcionadas al paciente a fin de evitar la precipitación del paciente al suelo en contra de su voluntad para mantener cubierta la necesidad de seguridad del paciente y su entorno mientras este hospitalizado.

Factor de riesgo: es el elemento o condición que implica aumentar la probabilidad o posibilidad de que suceda un evento determinado, en éste caso la caída.

Por lo tanto, el profesional de enfermería tiene el compromiso de garantizar y disminuir los riesgos detectados del paciente y familia a través de fomentar una cultura integradora de seguridad y confianza con las mejores practicas, con la finalidad de disminuir la presencia de eventos adversos e impulsar la estandarización del cuidado y la prevención de estos.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> [http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms\\_cpe/descargas/ppcaidas15062010.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cie/cms_cpe/descargas/ppcaidas15062010.pdf)  
*Protocolo para la prevención de caídas en pacientes hospitalizados. Secretaría de Salud. (consultada el 7 de marzo de 2011)*

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Dominio: 1.1 Seguridad / protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p><b>Etiqueta (problema) (P)</b></p> <p>Riesgo de caídas</p> <p><b>Factores relacionados (causas) (E)</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li><b>Imitación física debida a:</b> edad menor de 6 años y mayor de 65 años, deterioro músculo esquelético, neuromuscular o sensitivo-perceptual, síndrome de desuso, antecedentes de caídas previas, disminución de la masa muscular, disminución del control muscular, obesidad, incapacidad física que afecte la movilización, periodo postoperatorio, uso de aparatos ortopédicos, prótesis u ortesis y otras patologías que limiten la actividad física.</li> <li><b>Desequilibrio en el estado mental por alteraciones sensitivo-preceptuales como:</b> déficit propioceptivo, deterioro cognitivo, disfunciones bioquímicas, deterioro neuromuscular, enfermos en estado terminal y estado crítico.</li> <li><b>Tratamiento farmacológico con:</b> diuréticos, psicotrópicos, hipoglucemiantes, laxantes, antihipertensivos, inotrópicos, digitálicos, anti arrítmicos, antidepresivos, neurolépticos, sedantes, hipnóticos, antiinflamatorios no esteroideos, antihistamínicos, antiácidos, broncodilatadores.</li> <li><b>Problemas de comunicación por:</b> deficiencias culturales, defectos anatómicos o auditivos, trastornos de la percepción sensorial, visual y auditiva, alteración del sistema nervioso central, efectos de la medicación, barreras físicas y psicológicas.</li> <li><b>Aspectos físicos y de seguridad de la unidad médica:</b> insuficiente intensidad de iluminación natural y artificial, ausencia o descompostura de: barandales, sillas y barras de apoyo en el baño, equipo móvil (sillas de ruedas, tripies, andaderas, bastones); ausencia, mala ubicación o sin gomas antiderrapantes de bancos de altura.</li> </ol>		<p>Detección del riesgo</p> <p>Control del riesgo</p> <p>Conducta de prevención de caídas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos.</li> <li>– Identifica los posibles riesgos para la salud</li> <li>– Participa en la identificación sistemática a los intervalos recomendados.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los factores de riesgo</li> <li>– Adapta las estrategias de control de riesgo según es necesario</li> <li>– Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas</li> <li>– Valorar cambios en el estado de salud.</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Colocación de barreras para prevenir caídas</li> <li>– Provisión de ayuda personal</li> <li>– Proporciona la iluminación adecuada</li> <li>– Agitación e inquietud controladas</li> <li>– Uso de precauciones a la hora de administrar medicamentos que aumente el riesgo de caídas</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Nunca demostrado.</li> <li>Raramente demostrado.</li> <li>A veces demostrado.</li> <li>Frecuentemente demostrado.</li> <li>Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objetivo de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIÓN (NIC): IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

### ACTIVIDADES

- Llevar a cabo la valoración de riesgos mediante documentos técnico-normativos como el protocolo de valoración de riesgo de caídas generado por la Secretaría de Salud.
- Buscar antecedentes personales relacionados con caídas previas.
- Identificar al paciente que precisa cuidados continuos.
- Llevar a cabo medidas establecidas por la institución para identificar el nivel de riesgo de los pacientes
- Determinar y registrar la presencia y calidad del apoyo familiar en el cuidado del paciente.
- Identificar el funcionamiento del equipo y mobiliario
- Determinar la presencia/ausencia de necesidades vitales básicas.
- Determinar el cumplimiento con los tratamientos y cuidados a realizar.
- Detectar las áreas físicas de mayor riesgo.
- Identificar los recursos institucionales para implementar estrategias de prevención.
- Dejar evidencia de la valoración realizada en los registros clínicos de enfermería de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos de prevención de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## INTERVENCIÓN (NIC): PREVENCIÓN DE CAÍDAS

### ACTIVIDADES

- Identificar déficit cognoscitivo o físico de pacientes que puedan aumentar posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Identificar conductas y factores que aumentan el riesgo de caídas como: medicamentos, ayuno prolongado, posoperatorio, crisis convulsivas, etc.
- Identificar las características del ambiente que puedan aumentar la posibilidad de caídas como: pisos resbaladizos, falta de iluminación, etc.
- Mantener en buen estado los dispositivos de ayuda.
- Bloquear o desbloquear las ruedas de las sillas y otros dispositivos en la transferencia del paciente.
- Utilizar barandales laterales de longitud y altura requerida para rebasar el borde del colchón de la cama, cuna o camilla.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzos.
- Instruir al paciente y a familiares para que solicite ayuda en caso necesario.
- Responder inmediatamente al llamado del paciente y/o familiares.
- Disponer de iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Colocar señales que alerten al personal del grado de riesgo de caída que tiene el paciente en determinadas áreas.
- Orientar al paciente y familiares sobre los factores de riesgo a los que está expuesto.
- Llevar a cabo medidas precautorias que sustituyan la falta de equipo necesario y solicitar la coparticipación familiar.
- En el paciente recién nacido y lactante menor: Poner especial interés en puertas abatibles, seguros y mangas de las incubadoras, verificar el correcto funcionamiento de los protectores de acrílico y seguros de cunas térmicas e implementación de otras medidas de seguridad, protección y confort.
- Uso de silla durante el baño de regadera.
- Utilizar medidas de protección y seguridad para el control de la marcha, el equilibrio y cansancio durante la deambulación.
- Colocar el banco de altura a una distancia que le permita al paciente su uso inmediato o mantener por debajo de la cama en tanto no sea requerido.
- Evitar la deambulación del paciente en piso mojado, sin calzado y con aditamentos que los sustituyan como: calcetines, vendas, gorros, etc.

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE PACIENTE ENCAMADO

### ACTIVIDADES

- Explicar al paciente las razones del reposo en cama.
- Utilizar barandales laterales de longitud y altura adecuadas para evitar caídas de la cama.
- Colocar el interruptor de posicionamiento de la cama al alcance de la mano.
- Colocar el cable de llamada al alcance de la mano.
- Colocar el buró al alcance del paciente.
- Fijar un trapecio a la cama, si fuera necesario.
- Responder inmediatamente al llamado del paciente.
- Instruir al paciente cuando su estado de salud lo permita sobre la forma de colaborar en la movilización dentro y fuera de la cama.
- Verificar que todos los dispositivos funcionen adecuadamente y reportar el equipo en mal estado.
- Colocar el identificador según código de colores que corresponda al nivel de riesgo de caída que tiene el paciente acorde al lineamiento técnico-normativo institucional.
- Propiciar una relación empática con el paciente y la familia para cubrir sus necesidades emocionales, espirituales y de confort.

## INTERVENCIONES (NIC): SUJECIÓN FÍSICA

### ACTIVIDADES

- Llevar a cabo la sujeción del paciente conforme al lineamiento técnico-normativo de la institución, en donde deberá estar incluido el consentimiento informado.
- Utilizar una sujeción adecuada cuando se sujete manualmente al paciente en situaciones de emergencia o durante el traslado de una unidad a otra.
- Explicar al paciente y familiares las conductas y las razones para la sujeción.
- Propiciar la corresponsabilidad del familiar
- Evitar atar las sujeciones a los barandales de la cama, de preferencia que sea de la cama.
- Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente.
- Comprobar el estado de la piel en el sitio de sujeción.
- Valorar frecuentemente color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas.
- Colocar al paciente en una posición que facilite la comodidad y evite la bronco-aspiración y erosiones en la piel.
- Hacer cambios periódicos de posición corporal al paciente.
- Evaluar, a intervalos regulares, la necesidad del paciente de continuar con la intervención restrictiva.
- Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el autocontrol.
- Registrar en los registros clínicos de enfermería el fundamento de la aplicación de la intervención de sujeción, la respuesta del paciente a la intervención, el estado físico del paciente, los cuidados proporcionados por la enfermera durante la intervención y las razones de la suspensión de la sujeción, así como las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos de prevención de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- Mostrar conciencia y sensibilidad a las emociones ante la sujeción
- Proporcionar al alcance del paciente el cable, timbre o luz de llamada cuando el cuidador no esté presente.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO AMBIENTAL DE SEGURIDAD

### ACTIVIDADES

- Identificar las necesidades de seguridad, según la función física, cognoscitiva y el historial de conducta del paciente.
- Identificar los riesgos respecto a la seguridad del medio ambiente.
- Eliminar los factores de peligro del ambiente, cuando sea posible.
- Modificar el ambiente para minimizar los peligros y riesgos y propiciar la seguridad.
- Utilizar dispositivos de adaptación para aumentar la seguridad.
- Utilizar dispositivos de protección para limitar físicamente la movilidad del paciente o acceder a situaciones peligrosas.
- Observar cualquier cambio que presente el paciente relacionado con su seguridad y anotarlo en los registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Ackley B. Ladwing G. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 7° Edición. Elsevier. Madrid, España. 2007.
2. Bulechek. G. Butcher H. McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Mosby. 5°. Edición. Madrid, España. 2009.
3. Cruzada Nacional por la Calidad de los Servicios de Salud. Indicadores de Calidad por Enfermería. Criterios básicos para la prevención de caídas. México 2006.
4. Johnson M. Bulechek G, Butcher H., McCloskey J. Mass M., Moorhead S., Swanson E., Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2° Edición. Elsevier Mosby Madrid, España. 2007.
5. Moorhead S. Johnson M., Mass M. Swanson E. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Mosby. 4°. Edición. Madrid, España. 2009.
6. NANDA INTERNATIONAL, Diagnósticos Enfermeros 2007-2008. Elsevier. España. 2008.
7. CONAMED. Recomendaciones específicas para enfermería relacionadas con la prevención de caída de pacientes durante la hospitalización. México. 2009
8. Carpenito L. J. Manual de diagnósticos de enfermería. 9ª Edición. McGraw-Hill – Interamerica. Madrid, España. 2003
9. Molina R. E. Pajes D. Camps E. Molist G. Carrera R. Incidencia de Caídas en la unidad de hemodiálisis del Hospital General de Víc. Rev. Soc. Esp. Enferm. Nefrol. España. 2008; 11(1): 64-69
10. Gallegos S. Aguilar M. Carrillo M. Relación de los factores de riesgo y comorbilidad en el programa de prevención de caídas en usuarios hospitalizados en un hospital psiquiátrico del Sector Salud. Rev. Enf. Univ. ENEO-UNAM. México 2010; 7(2): 38-44

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

Mtra. María del Rocío Almazán Castillo.- Jefe del Dpto. de Normas y Programas de Enfermería de la Dirección de Enfermería de la DGCES. Secretaría de Salud.

Mtra. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza –UNAM

E.E.O. Ana Belém López Morales.- Unidad Médica de Alta Especialidad Hospital de Traumatología "Magdalena de las Salinas" IMSS.

MCE Tirza Gabriela Noh Pasos Ackley.- Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud de Tabasco.

LEO Arisdely Claudia García Moreno.- Hospital General de México O.D.

Lic. Enf. Yummy Alejandra Vargas Gutiérrez.- Hospital Pediátrico Moctezuma Secretaría de Salud del Gobierno del Distrito Federal.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Lic. Enf. María Magdalena Aguilar Rodríguez.- Instituto Nacional de Psiquiatría.

Lic. Enf. María del Rosario Castillo Navarro.- Hospital Regional 1º Octubre. ISSSTE.

Lic. Enf. Julia Hernández Ramírez.- Hospital Infantil de Peralvillo de la Secretaría de Salud del Gobierno del D.F.

LEO Fátima Martínez Valdez.- Hospital General de México.

Mtra. Margarita Hernández Zavala.- Instituto Nacional de Pediatría.

Mtra. Patricia Adriana Cárdenas Sánchez.- Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

EEC Juan Hernández Arias.- Hospital Infantil de México "Federico Gómez".

# Prevención de úlceras por presión (UPP) | 19

Una UPP es cualquier lesión de la piel y los tejidos subyacentes originada por un proceso isquémico producido por la presión, la fricción, el cizallamiento o una combinación de los mismos. La mayoría de las UPP pueden prevenirse, por lo que es importante disponer de estrategias de prevención basadas en las mejores evidencias y prácticas científicas de enfermería disponibles y se debe considerar a todos los pacientes hospitalizados potenciales de desarrollar una UPP.<sup>1</sup>

La repercusión que tienen las UPP no solo es en el nivel de salud y calidad de vida de los pacientes y su entorno social, sino también en ámbitos económicos, éticos y legales, pudiendo ser considerados en muchos casos como un problema evitable<sup>2</sup>, por eso la importancia de la valoración de enfermería, donde podemos determinar el riesgo que presenta el paciente estableciendo a través de los resultados las medidas o los cuidados preventivos de la lesión cutánea.

Para la construcción del plan de cuidados se tomó como referencia bibliográfica los documentos de la Govern de les Illes Balears del Consejo de Salud, la Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las UPP del Servicio Andaluz de Salud de España, por tal razón es importante revisar el nivel de evidencia de cada uno de los cuidados otorgados para la prevención de las UPP.

<sup>1</sup> <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo20/capitulo20.htm>. (consultada el 8 de marzo de 2010)

<sup>2</sup> Manual de Prevención y Cuidados Locales de Úlceras por Presión Pág. 9. [http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp\\_files/cantabria.pdf](http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/cantabria.pdf)

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de deterioro de la integridad cutánea (desarrollo de úlcera por presión)</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Factores externos: humedad, cizallamientos, presión, sujeciones, edad avanzada, inmovilidad física uso de dispositivos de yeso, tracciones, sonda vesical o nasogástrica, ventilación mecánica, arrugas en la ropa interior o en la de cama, cuerpos extraños en la cama, entre otros.</p> <p>Factores fisiopatológicos:</p> <p>a) Presión continua en prominencias óseas capaz de generar cambios en la pigmentación, edema, piel seca, falta de elasticidad y UPP previa.</p> <p>b) Trastorno en el transporte de oxígeno: enfermedades de las células sanguíneas, cardíacas, respiratorias y vasculares (arteriales y venosas).</p> <p>c) Deficiencias nutricionales por defecto, como: nutrientes deficientes e insuficientes para cubrir las demandas del organismo, hipoproteinemia, deshidratación, delgadez o desnutrición, o por exceso como: obesidad, entre otras.</p>		<p>Valorar el riesgo de deterioro cutáneo o tisular de piel y membranas mucosas con la escala de Braden.</p>	<p>– Percepción sensorial.</p> <p>– Exposición de la piel a la humedad.</p> <p>– Nivel de actividad física.</p> <p>– Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p> <p>– Alimentación (nutrición)</p>	<p>1. Completamente limitada. 2. Muy limitada. 3. Ligeramente limitada. 4. Sin limitación</p> <p>1. Constantemente húmeda. 2. A veces húmeda. 3. Ocasionalmente húmeda. 4. Raramente húmeda.</p> <p>1. Sin actividad (Encamado, sin movimiento) 2. Actividad limitada (En silla con poca movilidad) 3. Actividad escasa (deambula ocasionalmente) 4. Actividad frecuente (deambulación)</p> <p>1. Completamente inmóvil. 2. Movilidad muy limitada. 3. Movilidad parcialmente limitada. 4. Movilidad libre y sin limitación.</p> <p>1. Inadecuada, incompleta e insuficiente (muy pobre) 2. Adecuada e insuficiente (probablemente inadecuada) 3. Adecuada y suficiente 4. Balanceada y completa (excelente)</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase:2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p>d) Trastornos inmunológicos: neoplasias, infecciones, sepsis o autoinmunidad como: dermatomiositis, esclerodermia, entre otros.</p> <p>e) Alteraciones de la conciencia, como: estupor, confusión, coma, demencia senil, entre otros.</p> <p>f) Trastornos neurológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Deficiencias sensoriales, como: pérdida de la sensación dolorosa, entre otras</li> <li>Motoras, como, paresia y parálisis, entre otras.</li> </ul> <p>g) Incontinencia urinaria y/o fecal, secreción vaginal, entre otras.</p> <p>h) Tratamientos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Inmunosupresores: radioterapia, corticoides, citostáticos, antibioterapia prolongada.</li> <li>Sedantes: Benzodicepinas.</li> <li>Vasopresores: adrenalina, noradrenalina, dopamina, dobutamina.</li> </ul>		<p>Roce y peligro de desarrollar lesiones.</p> <p>Mantener perfusión tisular periférica adecuada.</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Imposible levantarlo sin que se produzca lesión (problema real)</li> <li>Se mueve muy débil y puede resbalar hacia abajo produciendo lesión (problema potencial o riesgo)</li> <li>Se mueve con independencia (no existe problema aparente).</li> </ol> <p>– Coloración de la piel:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Rozagante</li> <li>Pálida</li> <li>Cianótica</li> <li>Marmolea</li> </ul> <p>– Llenado capilar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal</li> <li>Lento</li> <li>Retardado</li> </ul> <p>– Temperatura de extremidades:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal</li> <li>Frías</li> <li>Heladas</li> </ul> <p>– Función y tono muscular:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Normal</li> <li>Con movimiento</li> <li>Parálisis total</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>Gravemente comprometido.</li> <li>Sustancialmente comprometido.</li> <li>Moderadamente comprometido.</li> <li>Levemente comprometido.</li> <li>No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

Dominio: 11 Seguridad / protección		Clase:2 Lesión física			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
CONTINUA		Control del riesgo de deterioro cutáneo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce factores de riesgo y los evita</li> <li>– Se compromete con cuidados para el control del riesgo.</li> <li>– Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente de mostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
		Control del estado nutricional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Ingestión de alimentos, nutrientes y líquidos: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presente</li> <li>• Suficientes</li> <li>• Insuficientes</li> <li>• Ausentes.</li> </ul> </li> <li>– Nivel de hematocrito. <ul style="list-style-type: none"> <li>• Normal</li> <li>• Anormal</li> </ul> </li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Desviación grave del rango normal.</li> <li>2. Desviación sustancial del rango normal.</li> <li>3. Desviación moderada del rango normal.</li> <li>4. Desviación leve del rango normal.</li> <li>5. Sin desviación del rango normal.</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes sólo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

### ACTIVIDADES

Dada la prevalencia e incidencia de úlceras por presión, se debe valorar el riesgo en todos los pacientes hospitalizados como en el hogar. El resultado permite planificar cuidados dirigidos a prevenir las UPP a través de las siguientes acciones y la corresponsabilidad de cuidador principal.

Valorar de forma sistemática utilizando la escala de Barbará Braden y Nancy Bergstrom validada para su aplicación con población mexicana o, la que determine la normatividad institucional.

Entre los aspectos a valorar se encuentran:

1. Las características de la piel, especialmente las zonas donde existieron lesiones anteriores, tomando en cuenta prominencias óseas, como: sacro, talones, caderas, tobillos, codos, entre otros. En niños se localizan con mayor frecuencia en occipucio, oreja, pecho y sacro.
2. Presencia de sequedad, enrojecimiento, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración, entre otros.
3. Mantener la piel del paciente en todo momento turgente, hidratada, limpia y seca.
4. Aplicar cremas hidratantes y confirma su completa absorción.
5. Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con potencial irritativo bajo y evitar el agua caliente.
6. Lavar la piel con agua tibia, realizando un secado meticuloso, sin fricción y evitar el uso de alcoholes de romero, tanino, colonias, entre otros.
7. Recomendar lencería de tejidos naturales.
8. No realizar masajes sobre prominencias óseas. (puede ocasionar daños adicionales y no previene el desarrollo o formación de lesiones)
9. Para reducir las posibles lesiones por fricción podrán utilizar apósitos protectores, como de poliuretano, hidrocoloides, entre otros.
10. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (compuestos de ácidos grasos y esenciales linoleico), tienen el objetivo de restaurar el film hidrolipídico protector de la piel, mejorar la elasticidad y facilitar la renovación de las células epidérmicas, el ácido se debe extender con la yema de los dedos hasta absorberse totalmente dos o tres veces por día en piel sometida a presión. (Si se dispone de ellos)
11. Aplicar productos de película cutánea de barrera, como: pasta compuesta de óxido de zinc y excipientes (vaselina blanca, lanolina, almidón que tiene acción astringente) o un compuestos de copolímeros acrílicos y plastificante libre de alcohol, el cual no contiene ningún principio activo que se absorba o penetre en la piel, creando una película transparente, no irritante, actuando como barrera, útil en tratar los diferentes procesos que puedan originar un exceso de humedad en la piel como: la incontinencia, sudoración profusa, drenajes y exudado de heridas, abrasión y/o laceración y estomas, entre otros.
12. Mantener la ropa de cama limpia, seca, sin arrugas o texturas ásperas de las sábanas.
13. Aplicar protectores en codos, talones y en cada sitio que sea necesario, utilizando dispositivos comerciales o caseros para liberar la presión de la zona.
14. Mantener la cama lo más horizontal posible, siempre que no esté contraindicado, en caso de que el paciente este encamado mantenerlo alineado.
15. En paciente en sedestación o sentado, utilizar un sillón adecuado y con reposabrazos, el respaldo un poco inclinado hacia atrás, colocar cojines en ambos lados, adaptar la profundidad de la silla a la longitud del muslo, colocar un reposapiés haciendo un ángulo recto de cadera y rodilla y recomendar al paciente y familiar no permanecer más de dos horas en la misma posición.

## INTERVENCIONES (NIC): PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

### ACTIVIDADES

16. En el manejo de la nutrición:

- Realizar la valoración del estado nutricional con una escala validada, como la Mini Nutritional Assessment (MNA) que permite detectar el riesgo o la mal nutrición en los pacientes mayores de 65 años, ya que esta tiene relación con el estadio de la úlcera y se compone de:
  - Mediciones antropométricas: peso, talla y pérdida de peso.
  - Evaluación global sobre el estilo de vida, la medicación y la movilidad.
  - Evaluación nutricional: número de comidas, ingesta de alimentos y líquidos y autonomía para comer.
  - Evaluación subjetiva sobre la auto percepción de la salud y la nutrición.
- Medir índice de masa corporal (IMC)
- Cambios en la ingesta dietética y líquidos y las posibles causas relacionadas.
- Parámetros bioquímicos, como: albumina, linfocitos y colesterol total, entre otros.
- Proporcionar la ingesta de una dieta acorde a los requerimientos nutricionales de cada paciente, garantizando aporte mínimo de calorías de 30 a 35 Kcal/kg/día, con aporte de proteínas entre 1.25 y 1.5 g/kg/día y líquidos necesarios.
- Proporcionar los alimentos de la preferencia del paciente, si está permitido.
- Ministrar suplementos nutricionales por prescripción del área de nutrición.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de estreñimiento.

17. Monitorizar la presencia de signos y síntomas de deterioro cutáneo y coordinarse inmediatamente con el área médica para el manejo y atención de acuerdo al estadio.

18. Realizar anotaciones correspondientes en la hoja de notas y registros clínicos de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): CAMBIOS DE POSICIÓN – MANEJO DE LA PRESIÓN

### ACTIVIDADES

Para minimizar el efecto de la presión en algunas zonas del cuerpo se recomienda considerar cuatro elementos básicos: en la movilidad actividad, ejercicio y cambios posturales, la utilización de Superficies Especiales para el Manejo de la Presión (SEMP) estáticas o dinámicas y protección local de la presión.

1. En el manejo de la presión, tomar en cuenta la movilidad, actividad, ejercicio y cambios posturales.
2. Un plan de rehabilitación de ejercicios pasivos y/o activos, para mejorar la movilidad y actividad del paciente.
3. Realizar cambios posturales cada 2-3 horas a los pacientes encamados, siguiendo una rotación programada e individualizada, los pacientes de mayor edad requieren un número mayor de cambios de posición.
4. Enseñar al paciente a moverse en caso de que lo pueda realizar autónomamente, cada quince minutos.
5. Mantener alineado el cuerpo y distribuido el peso para equilibrarlo.
6. Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
7. Evitar el arrastre y realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
8. Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) y durante el menor tiempo.
9. Utilizar superficies especiales estáticas para redistribuir la presión que ejerce el peso del cuerpo: tales como: colchonetas o sobrecolchones, colchones de reemplazo, cojines y camas especiales, entre otros. Para situaciones específicas existen superficies dinámicas en presentaciones como: incubadoras, camas pediátricas, camillas de urgencias, mesas de quirófano, entre otras).
10. Evitar utilizar rodetes y flotadores como superficie de asiento, explicando al paciente y al familiar las causas.
11. Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada y cómoda.
12. Administrar analgesia preventiva acorde a prescripción médica.
13. Cambiar de posición e inspeccionar la piel de las zonas de riesgo como: prominencias óseas, puntos de presión y fricción, fuentes de presión, datos de infección, especialmente en las zonas edematosas con erupciones o abrasiones y zonas de enrojecimiento (eritema que desaparece al liberar la presión), entre otras.
14. Colocar al paciente en posición confortable ayudándose con almohadas para elevar los puntos de presión por encima del colchón.
15. Colocar en la piecera de la cama una base de apoyo para los pies del paciente, no en el hueco poplíteo.
16. Informar, involucrar y corresponsabilizar al familiar para su colaboración en los cambios de posición del paciente.
17. Vigilar el estado de oxigenación antes y después de cada cambio y reubicarlo en una posición que facilite al paciente la ventilación.
18. Utilizar superficies dinámicas para el manejo de la presión utilizadas por SEMP como son: los colchones de presiones alternas y cojines de apoyo para el cambio de posición como los de microesferas, no se recomienda los de alpiste.
19. Capacitar y actualizar constantemente al profesional de enfermería sobre la prevención de eventos adversos, disminución de la incidencia y atención a pacientes con UPP en el área de hospitalización.
20. Realizar anotaciones correspondientes en la hoja de notas y registros clínicos de enfermería de los resultados y respuesta humana del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico y la norma técnica institucional.

## INTERVENCIONES (NIC): EDUCACIÓN PARA EL AUTOCUIDADO

### ACTIVIDADES

1. Diseñar un plan de alta de cuidados individualizados, prever y facilitar al paciente y familiar el acceso a los recursos disponible dirigido a la educación sanitaria.
2. Corresponsabilizar al paciente y familia o cuidador principal en el proceso de prevención y tratamiento de las UPP informándole sobre los factores de riesgo que influyen en la aparición.
3. Identificar al cuidador principal y valorar la capacidad, habilidad y conocimientos, los recursos y la motivación de este y del paciente para participar en el plan de cuidados, así como la posibilidad de acceder a los recursos sociales y de salud para facilitar los cuidados tanto en el área hospitalaria como en el hogar para prevenir las UPP a través de orientar, informar y enseñar en:
4. Informar de la importancia de los cambios frecuentes de posición cada 2 o 3 horas.
5. Recomendar el consumo de una dieta adecuada para prevenir la mal nutrición, respetando las preferencias y condición de salud y asegurar una nutrición adecuada de acuerdo a sus requerimientos, especialmente proteínas, vitaminas B y C, hierro y calorías por medio de suplementos alimenticios.
6. Evitar masajes en las prominencias óseas, o friegas de alcohol o colonia sobre la piel.
7. No usar apósitos adhesivos en toda su superficie como prevención de lesiones en sacro o talones.
8. Evitar arrastrarse sobre la cama cuando se quiera levantar.
9. Reducir las posibles lesiones por fricción colocando apósitos protectores como de hidrocoloides, películas y espumas de poliuretano, entre otros acorde a la prescripción médica y si el paciente cuenta con ellos.
10. Utilizar jabones o sustancias limpiadoras con bajo potencial irritativo o hipoalergénico sobre el pH de la piel durante la higiene diaria.
11. Enseñar a los miembros de la familia y/o cuidador a valorar el estado de la piel de 2 a 3 veces por día para detectar signos y síntomas de rotura de la piel observando la presencia de: resequedad, excoriaciones, eritema, maceración, fragilidad, temperatura, induración, dolor, cambios de coloración, entre otros.
12. Lavar la piel con agua tibia y realizar secado meticuloso sin fricción para mantenerla limpia y seca con especial cuidado en los pliegues.
13. Aplicar cremas hidratantes no perfumadas, procurando su completa absorción y preferentemente utilizar lencería de tejidos naturales.
14. Realizar movilización y cambios posturales por sí mismo a intervalos frecuentes que permitan redistribuir el peso y la presión del cuerpo.
15. Recomendar la utilización y apoyo con aparatos de superficies especiales para el manejo de la presión (SEMP) durante la movilización, para la reducción, distribución o alivio de la presión de los tejidos, se sugieren como: colchonetas, colchones de remplazo, cojines y camas. Para situaciones especiales como la incubadora, camas pediátricas, camillas de urgencias, mesas de quirófano, etc.
16. Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (AGHO) en piel sometida a presión extiéndolos con suavidad en zonas de riesgo.
17. Deambular 10 minutos o levantarse de la cama por lo menos cada 2 o 3 horas.
18. Sugerir al familiar o cuidador principal, llevar un registro de las condiciones de la piel y acudir a atención médica en caso de detectar alguna alteración de la piel como las antes referidas.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
4. Soldevilla Agreda, JJ y Torra i Bou, JE: Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10(2):75-87
5. Torra i Bou, JE; Rueda López, J; Ramón Cantón C: "Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlceras por presión con un apósito hidrocélular". Rol Enferm 2000; 23 (3):211-218.
6. Posnett J; Torrai Bou JE: "El coste de la atención sanitaria de las úlceras por presión en España". Mesa de Debate Las UPP un reto para el sistema de salud y la sociedad Barcelona/Madrid 26 y 27 de febrero de 2003. En: <http://multimedia.cesanitaris.com/gneaupp2003/posnett.pdf>
7. Maklebust JA; Sieggreen M: Pressure Ulcers. Guidelines for prevention and management. Third Edition. Springhouse. Pennsylvania. 2001
8. Soldevilla JJ y Torra JE (eds.): Atención integral de las heridas crónicas. 1ª Ed. Madrid. SPA. 2004:209-226.
9. Palomar F, García J, Fornes B, Del Prez R, Tarrega ML, Marco M I, Sanandres R, Albarracín MD, Viel N, Rodríguez R. Valoración al ingreso del paciente de riesgo de úlceras por presión. Enfermería integral Junio 2006: 7 - 13
10. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea: Úlceras por Presión. Distrito Sanitario Málaga 2004 Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_364.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_364.pdf)
11. GNEAUPP. Documento Técnico nº3. Tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.
12. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro M, Pérez-Hernández R. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Servicio de Andaluz de Salud. Consejería de Salud.<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>
13. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. Decubitus 1989 Aug; 2(3): 44-6, 50-1
14. Fuentes y Pumarola C, Bisbe-Company N, Galvany- Ferrer M, Garangou-Llenas D. Evaluación de los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión en el enfermo crítico. GEROKOMOS 2007; 18 (2): 91-105
15. Araujo-Mendoza G, Ávila-Jiménez L, Jerónimo-Benítez V. Escala para identificar desnutrición energético-proteica del adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 387-394
16. Cañón Abuchar, Hilda María; Adarve Balcazar, Marcela; Castaño Duque, Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
17. Blümel-M J, Tirado-G K, Schiele C, Schönfeldt-F G, Sarrá C S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev. Méd. Chile 2004; 132: 595-600
18. Rodríguez-Torres M, Soldevilla-Ágreda J. ¿juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión? Gerokomos 2007; 18 (1): 36-51
19. Moreno-Pina P, Richart-Martínez M, Guirao-Gorisc J, Duarte-Climents G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enfermería Clin. 2007;17(4):18697.
20. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda J. Evaluación Técnica de materiales Preventivos y Terapéuticos en heridas crónicas: Guía y consideraciones. GNEAUPP. Documento de Posicionamiento N°5. Disponible en: [http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento\\_evaluación\\_técnica.pdf](http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento_evaluación_técnica.pdf). Consultada el: 20 de mayo del 2008.
21. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. 1ª Ed. Jaén. Ed. H.U. Princesa de España. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001.
22. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Hospital Universitario "Princesa de España" Jaén. 2001.
23. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de Prevención y Tratamiento. Cadiz. Hospital Universitario Puerta del Mar. 2003.
24. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro, Pérez-Hernández R. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
25. Díaz-Mendi R. Manual de prevención y cuidado de úlceras por presión. Servicio de Cantabro de Salud. [http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp\\_files/cantabria.pdf](http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/cantabria.pdf)
26. Comunidad de Madrid. Guía para el Abordaje del Deterioro de la Integridad Cutánea. Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria Área 5. Madrid: 2006.
27. Protocolo de Úlceras por Presión (UPP). Hospital Da Costa. Burela. Lugo. España: 2002.
28. Rich-Ruiz M. Protocolo de Úlceras por presión. Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería División de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba.
29. Ruiz-Rozas J, Martí- Mateo A, Herrero-Ballestar J, Pomer-Monferrer M, Masoliver-Forés A, Lizán-Tudela L. Úlceras por presión. Guías Clínicas 2004; 4 (7).
30. Protocolo de prevención de úlceras por presión. Comisión Permanente de Enfermería de la Secretaría de Salud. 2011. Consultado el 29 de junio de 2011.
31. Guía Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión 2009. Asociación Mexicana de Cirugía General, A.C. páginas 59.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinoza.- Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM

### **Revisión:**

L.E.O. Aguirre Sánchez Maribel.- Instituto Nacional de rehabilitación.

Lic. Enf. Leticia Molina Murrieta.- Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición "Dr. Salvador Zubirán"

E.P.T.E. María del Socorro Castillo Chávez.- Instituto Nacional de Pediatría INP

## Prevención del dengue

# 20

El Dengue, es una enfermedad infecciosa aguda de etiología viral, transmitida por mosquitos del género *Aedes*. El agente etiológico es el Denguevirus, con cuatro serotipos: DENV-1, 2, 3 y 4. La infección viral puede producir un cuadro asintomático, cuadros de fiebre indiferenciada, Fiebre Clásica de Dengue (DC), Dengue Hemorrágico (DH) o Síndrome de Choque por Dengue (SCHD).

Para la prevención de los menores daños, la vigilancia epidemiológica tiene como propósito presentar opciones para la toma de decisiones, incluye la recopilación, procesamiento y análisis de los daños y riesgos en salud que presenta la población. Analizar los tipos de recipientes que existen en las viviendas, plantear alternativas para tratamiento en el área de riesgo, ya sea eliminando, controlando o aplicando algún larvicida, colocan ovitrampas por vivienda, una en el interior y otra en el exterior llantas, pilas, tambos, etc., en lugares sombreados y oscuros y fuera del alcance de los niños y animales domésticos, en el interior: En recámara, sala, comedor o lugares donde descansa la familia. A través de control químico en los depósitos y recipientes en los que no se puede realizar el control físico y que representan un riesgo significativo de convertirse en criaderos de mosquitos, tal es el caso de los tambos, pilas, piletas, tinacos y cisternas sin tapa, en los que por su uso y manejo son susceptibles de convertirse en criaderos.

Patio Limpio y Cuidado del Agua Almacenada, es una estrategia de Participación Comunitaria, acciones en el domicilio y peri domicilio para prevenir y controlar el Dengue y otras enfermedades relacionadas al saneamiento básico de la vivienda así como cambios en los hábitos higiénicos de las familias. Para la implementación de estas estrategias se requiere la participación de tres personajes comunitarios voluntarios (Activador, Facilitador y Responsable de grupo social), además de un Promotor de Salud (Promoción de la Salud) y/o Técnico en Programa de Salud (área de Vectores) de la Secretaría de Salud.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> *Manual para la Vigilancia, Diagnóstico, Prevención y Control del Dengue. S.S.*

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE DENGUE

Dominio: 11 Seguridad/protección	Clase: 1 Infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de infección por Dengue</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Aumento a la exposición ambiental del vector, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición del vector, exposición al medio ambiente de agua limpia o estancada.</p>		<p>Detección del riesgo de infección por dengue.</p> <p>Control del riesgo para contraer la infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identifica los posibles riesgos para la salud.</li> <li>– Reconoce signos y síntomas que indican riesgos.</li> <li>– Coteja los riesgos percibidos.</li> <li>– Obtiene información actualizada sobre cambios en las recomendaciones sanitarias</li> </ul> <ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los factores de riesgo.</li> <li>– Supervisa los factores de riesgo medioambientales.</li> <li>– Desarrolla estrategias de control de riesgo .efectivas.</li> <li>– Adapta las estrategias de control de riesgo según sea necesario.</li> <li>– Sigue las estrategias de control de riesgo seleccionadas.</li> <li>– Modifica el estilo de vida para reducir el riesgo.</li> <li>– Participa en la identificación sistemática de los riesgos identificados.</li> <li>– Utiliza los recursos sociales para controlar el riesgo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objetivo de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes deben determinarse individualmente, a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

#### ACTIVIDADES

- Eliminar flores y plantas de la habitación si procede
- Solicitar a las autoridades correspondientes las fumigaciones necesarias
- Garantizar la seguridad del agua de consumo, utilizando estrategias como la cloración o tapar los recipientes, para evitar la reproducción de larvas.
- Informar a los servicios de salud más cercanos, la existencia de casos sospechosos de padecer la enfermedad.
- Seguir las indicaciones de las autoridades necesarias.
- Recomendar a la población evitar hasta donde sea posible la exposición al medio ambiente y por consiguiente al vector.
- Realizar los registros clínicos de enfermería de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de la difusión para la prevención de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM-168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): ASISTENCIA EN EL MANTENIMIENTO DEL HOGAR

#### ACTIVIDADES

- Implicar a la familia en la decisión de las necesidades de limpieza y mantenimiento de la casa tanto en su interior como en el exterior.
- Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio por ejemplo, la colocación de tela mosquitera, el tapar los tinacos, tambos o botes con agua.
- Solicitar servicios de control de plaga o fumigaciones frecuentes.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE DENGUE

Dominio: 1.1 Seguridad/protección	Clase: 1 Infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Conductas generadoras de salud.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Demuestra conocimientos sobre conductas promotoras de salud, expresión de preocupación sobre las condiciones ambientales que repercuten en el estado de salud, manifiesta interés en el aprendizaje de medidas preventivas para evitar contraer la infección, etc.</p>		<p>Manifestación de conductas de fomento a la salud</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Muestra conductas para evitar los riesgos.</li> <li>– Realiza hábitos sanitarios</li> <li>– Evita la exposición a infecciones.</li> <li>– Supervisa los riesgos del medio ambiente.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): EDUCACIÓN SANITARIA

#### ACTIVIDADES

- Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de la familia y comunidad.
- Identificar características de la población que afectan a la selección de las estrategias de enseñanza.
- Establecer programas de educación sanitaria.
- Desarrollar material didáctico tomando en cuenta las características sociales y culturales de la comunidad, los temas deben ser sencillos, claros, concisos y objetivos.
- Utilizar demostraciones respecto al manejo de químicos para la eliminación de larvas.
- Determinar e implementar estrategias para medir la efectividad del programa establecido.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD

#### ACTIVIDADES

- Eliminar los factores ambientales que sean de riesgo.
- Utilizar dispositivos de protección en puertas y ventanas como. tela mosquitera, entre otros que se consideren necesarios.
- Ayudar a la familia y comunidad a construir un ambiente seguro.
- Educar a las personas sobre los peligros ambientales.
- Establecer comunicación con las instancias correspondientes para coordinar las acciones de seguridad ambiental.
- Realizar los registros clínicos de enfermería de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de la difusión para la prevención de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: PREVENCIÓN DE DENGUE

Dominio: 1 Promoción de la Salud	Clase: 2 Manejo de la Salud				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro del mantenimiento del hogar</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Falta de conocimiento de la prevención o enfermedad, presencia de casos de enfermedad, sistemas de soporte inadecuado o de redes sociales, organización familiar insuficiente, falta de recursos, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Entorno desordenado, presencia de vectores, repetidas alteraciones higiénicas en el entorno como en el patio, acumulo de desechos o recipientes con agua destapados, etc.</p>		<p>Mantenimiento de un ambiente seguro en el hogar</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Limpieza de la vivienda</li> <li>– Eliminación de insectos</li> <li>– Colocación de protectores de ventanas (tela mosquitera)</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuado</li> <li>2. Ligeramente adecuado</li> <li>3. Moderadamente adecuado</li> <li>4. Sustancialmente adecuado</li> <li>5. Completamente adecuado</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIÓN (NIC): ASESORAMIENTO

### ACTIVIDADES

- Proporcionar información sobre la manera de convertir el hogar en un sitio seguro y limpio eliminando recipientes artificiales que almacenen agua y que no son de utilidad.
- Sugerir servicios de control de pestes, plagas, etc. si es necesario.
- Ayudar a la comunidad a identificar el problema o la causa principal de la enfermedad y reportarla de inmediato al servicio sanitario más cercano.
- Enseñar a la familia o comunidad a identificar lo que se puede o no hacer para implementar medidas preventivas.
- Ayudar a la familia y comunidad para que realicen lista de prioridades de alternativas de solución.
- Ayudar a la familia y comunidad a identificar sus puntos fuertes y reforzarlos.
- Orientar a la familia y comunidad sobre el uso de repelentes contra insectos o insecticidas de origen natural o comercial contra insectos para evitar o disminuir la picadura de mosquitos principalmente en zonas de riesgo, así como, la utilización de dosis apropiada para evitar daños a la salud.
- Orientar a la familia y comunidad sobre la importancia de no automedicarse y acudir al servicio médico en caso de ser infectados.
- Enseñar a la familia y comunidad a evitar los sitios de alto riesgo como son aquellos donde hay botes, latas, llantas, floreros, plantas acuáticas, lugares en donde se almacena agua limpia como: pilas o piletas, tinas, cisternas, tinacos, tanques y otros.
- Insistir en forma permanente y continua sobre la importancia de mantener patios limpios para evitar criaderos de moscos.
- Orientar en la importancia de mantener tapados los recipientes de agua limpia y almacenada para evitar el crecimiento de larvas.
- Enfatizar acerca de los beneficios para la salud de la familia, cuales son los beneficios que se pueden obtener al aplicar la estrategia de “Patios limpios y cuidado del agua almacenada como una acción comunitaria”.
- Realizar los registros clínicos de enfermería de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de la difusión y el asesoramiento para la prevención de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Ackley B. Ladwing G. Manual de Diagnósticos de Enfermería. 7° Edición. Elsevier. España: 2007.
2. Bulechek. G. Butcher H. McCloskey J. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC). Elsevier Mosby. 5° Ed., España: 2009.
3. Johnson M. Bulechek G, Butcher H., McCloskey J. Mass M., Moorhead S., Swanson E., Interrelaciones NANDA, NOC y NIC. 2° Ed. Elsevier Mosby, España.:2007.
4. Moorhead S. Johnson M., Mass M. Swanson E. Clasificación de los Resultados de Enfermería (NOC). Elsevier Mosby. 4° ed., España: 2009.
5. NANDA INTERNATIONAL, Diagnósticos Enfermeros 2007-2008. Elsevier. España: 2008.
6. Martínez Torres E. La prevención de la mortalidad por dengue: un espacio y un reto para la atención primaria de salud. Rev Panam Salud Publica 2006; 20(1): 66 – 72.
7. Rígau Pérez J, Gary G C. Cómo responder a una epidemia de dengue: visión global y experiencia en Puerto Rico. Rev Panam Salud Publica 2005; 17(4): 282 – 293.
8. S.S.A Guía de Participación comunitaria para la prevención y control del dengue. México: S.S.A. Disponible en: [www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf](http://www.cenave.gob.mx/dengue/archivos/GUIAPLYCAA.pdf)
9. Torres Alva G. Brote dengue en la provincia de Trujillo. Cienc. salud 2007; 1(1):32 – 36.
10. Comunidad de Madrid. Guía de Buenas Prácticas: Promoción de la calidad para la prevención y control de las enfermedades transmisibles en atención primaria. Salud Madrid. España: 71 - 89
11. O.P.S Guía de Atención Clínica Integral del Paciente con Dengue. Bogota: Instituto Nacional de Salud. 2010: 15 – 20.
12. Consejo de Salubridad General. Guía de Práctica Clínica: Manejo y tratamiento del Dengue en el primer y segundo nivel de atención. México: Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud. 2010: 10 – 17.
13. Norma Oficial Mexicana NOM-032-SSA2-2002, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
14. Norma Oficial Mexicana de Emergencia NOM-EM-003-SSA2-2008, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de enfermedades transmitidas por vector.
15. O.P.S Prevención y Control del Dengue en las Américas: enfoque integrado y lecciones aprendidas. 27ª Conferencia Sanitaria Panamericana. 59.a Sesión Del Comité Regional. Washington, D.C: O.P.S. octubre del 2007: 2 – 7.
16. Maza Brizuela J, Navarro Marín J, Rivas Amaya J, Alcides Urbina H, Reyes de Guzmán E. Protocolos de atención de enfermería para el primer y segundo nivel de atención de salud. 2ª. Ed. El Salvador: Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social. 2006: 106 – 109.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

M.E. Esmeralda Fuentes Fernández.- Hospital General de Chetumal Quintana Roo; CONALEP plantel Chetumal.

Dra. María Asunción Vicente Ruíz. - Dirección de Enfermería de la Secretaría de Salud del Estado de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

MCE. Rodolfo Gerónimo Carrillo.- Hospital Regional de Alta Especialidad de la Mujer de Tabasco; Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.

Enf. Elda Patricia Castañeda Hernández.- IMSS Oportunidades San Luis Potosí.

E.E. Reynalda Márquez Anaya.- Secretaría de Salud del Edo. de Campeche.

MASE. Ma. de Jesús Tesillo Mondragón.- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Lic. Enf. Claudia Karen Santos Garfias.- Hospital Homeopático.

Lic. Enf. Mercy Jacobed Uh Esquivel.- Jurisdicción Sanitaria No.1 Centro de Salud Bacalar Secretaría de Salud Quintana Roo.

Lic. Enf. Saúl R. Chale Barea. - Jurisdicción Sanitaria No. 3 Felipe Carrillo Puerto Secretaría de Salud Quintana Roo.

Lic. Enf. Ana M. Gómez González.- Subdirección Médica del ISSSTE del Estado de Quintana Roo.

Lic. Enf. Fravy Barrera Blanco.- Jurisdicción Sanitaria No. 3 Felipe Carrillo Puerto Secretaría de Salud Quintana Roo.

Lic. Enf. Leydi M. Alcudía Núñez.- Jurisdicción Sanitaria No. 3 Felipe Carrillo Puerto Secretaría de Salud Quintana Roo.

Lic. Enf. Orfelina Villamil Sierra.- Hospital General de Chetumal Quintana Roo.

MAPS. Marisol Ramón Ruíz.- Jurisdicción de Cunduacán Villahermosa, Tabasco.

MAPS. Juan Mario Naranjo Sánchez- Jurisdicción de Cárdenas Villahermosa, Tabasco.

MCE. Jorge Gabriel Tuz Colli.- Instituto de Servicios Descentralizados de Salud Pública del Estado de Campeche

Enf. Gral. Bartola Miriam Cerino de la Cruz.- Jurisdicción del Centro Villahermosa, Tabasco.

Lic. Enf. Sofía Patricia García Álvarez.- Jurisdicción de Jalapa Villahermosa, Tabasco.

Lic. Enf. Salvador Jesús León Pérez.- Jurisdicción de Cunduacán Villahermosa, Tabasco.

Lic. Enf. Aleyda Castellanos Pérez.- Jurisdicción de Comalcalco Villahermosa, Tabasco.



Definida como la utilización de múltiples preparados farmacológicos prescritos o no. Se ha constituido como uno de los grandes retos para la geriatría de nuestros tiempos y es actualmente uno de los criterios aceptados categóricamente de mayor fragilidad en los ancianos.

Los adultos mayores constituyen un grupo poblacional que cada día va en aumento, son ellos los que mayor medicación y atención médica requieren. Esta polifarmacia incrementa las posibilidades de reacciones adversas a los medicamentos e interacciones medicamentosas en potencia, por lo que los fármacos constituyen la primera fuente de trastornos iatrogénicos en los ancianos, atribuible a que muchas veces se indican dosis muy elevadas en combinación con otros productos, así también los frecuentes errores de los ancianos al tomar los productos de forma incorrecta, además de que gran número de ellos se automedican.<sup>1</sup> Las particularidades médicas y sociales que presentan los ancianos obligan a un uso racional de los mismos para evitar que sean más perjudiciales que beneficiosos.<sup>2</sup>

<sup>1</sup> [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_1-2\\_05/mgi121-205t.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi121-205t.htm). Rev. Cubana Med. Gen Integr 2005; 21(1-2). Polifarmacia en los adultos mayores César Martínez Quero. Víctor Pérez Martínez, Mariola Carballo Pérez y Juan J. Larrondo Viera. (Consultada el 17 de marzo de 2011)

<sup>2</sup> Fecha de publicación: 14 de mayo de 2003 [http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc\\_abuso\\_farmacos2Dr. Carlos Arranz Santamaría Especialista en Geriatría. Hospital Universitario de Getafe. \(Consultada el 17 de marzo de 2011\)](http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_abuso_farmacos2Dr. Carlos Arranz Santamaría Especialista en Geriatría. Hospital Universitario de Getafe. (Consultada el 17 de marzo de 2011))

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: POLIFARMACIA

Dominio: 1 promoción a la salud	Clase: 2 Gestión de la salud				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Disposición para mejorar el manejo del régimen terapéutico y la gestión de su propia salud.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Manifiesta poca dificultad para la regulación e integración de uno o más de los regímenes terapéuticos prescritos para el tratamiento de la enfermedad o la prevención de complicaciones, expresa deseos de manejar el tratamiento de su enfermedad y la prevención de las secuelas, busca satisfacer los objetivos de la vida diaria, no hay una aceleración inesperada de los síntomas de la enfermedad sin embargo necesita aprender un poco más en el manejo de su tratamiento, etc.</p>		<p>Tiene conocimiento del régimen terapéutico.</p> <p>Participación de la familia en la asistencia sanitaria profesional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Describe el proceso de la enfermedad y los motivos de su régimen terapéutico.</li> <li>– Describe su propia responsabilidad del tratamiento.</li> <li>– Describe la responsabilidad para su autocuidado.</li> <li>– Describe los efectos de los medicamentos.</li> <li>– Describe algunos beneficios.</li> <li>– Participa en la planificación de la asistencia médica de su familiar.</li> <li>– Informa a su familiar de los tratamientos.</li> <li>– Participa en las decisiones con su paciente.</li> <li>– Colabora en la determinación del tratamiento.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno.</li> <li>2. Escaso.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Sustancial.</li> <li>5. Extenso</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. a Veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): ENSEÑANZA DE MEDICAMENTOS PRESCRITOS

### ACTIVIDADES

- Aprovechar el interés del paciente por su autocuidado para enseñarle a reconocer las distintivas características de los medicamentos así como la acción en su organismo para mejorar su salud.
- Informar al paciente el nombre genérico y comercial de cada medicamento.
- Reforzar el conocimiento del paciente de la dosis vía y duración de los efectos de cada medicamento, así como la identificación por tamaño, color o forma.
- Recordar al paciente que la administración / aplicación de cada medicamento deberá ser en el horario establecido sin omitir ninguna toma.
- Informar al paciente y familia acerca de los efectos secundarios probables, reacciones o eventos adversos que pudiera presentar.
- Comentarle de las consecuencias de omitir alguna dosis o suspender bruscamente el tratamiento.
- Orientar al paciente y familia acerca de los signos y síntomas que puede presentar en caso de sobredosis o subdosis.
- Ayudar al paciente o pedirle al familiar apoye a su paciente a escribir y desarrollar un horario de medicación de forma escrita.

## INTERVENCIONES (NIC): FOMENTAR LA IMPLICACIÓN FAMILIAR

### ACTIVIDADES

- Establecer comunicación con el paciente y los miembros de la familia que estarán implicados en el cuidado.
- Valorar la capacidad y disposición de los miembros de la familia para implicarse en el cuidado del paciente.
- Invitar a la familia y paciente a desarrollar un plan de cuidados semanal estableciendo los resultados esperados
- Motivar a la familia a desarrollar los cuidados durante la hospitalización del paciente o en el hogar.
- Valorar el nivel de dependencia del paciente a la familia, de acuerdo a condición de salud y edad.
- Identificar capacidades y habilidades del paciente, así como los de la familia para poder llevar a cabo la terapéutica prescrita.
- Informar al paciente y familia de la importancia de llevar un plan de cuidados y la administración puntual de medicamentos para disminuir los factores de riesgo y mejorar las condiciones de salud del paciente.
- Identificar las conductas del familiar y paciente para desarrollar el autocuidado.
- Hacer las anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los procedimientos, respuestas humanas y los resultados obtenidos del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: POLIFARMACIA

Dominio: 11 seguridad / protección		Clase: 4 peligros ambientales	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)			
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de Intoxicación por medicamentos</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Consumir grandes cantidades de medicamentos, dificultades cognitivas o emocionales, falta de precauciones correctas, trastornos visuales, etc.</p>			
RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Conocimiento para la detección del Riesgo	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgo.</li> <li>– Identifica los posibles riesgos para a salud.</li> <li>– Coteja los riesgos percibidos y utiliza sus recursos para la salud.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
Demuestra conducta de seguridad personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evita el abuso del alcohol y las drogas.</li> <li>– Evita conductas de alto riesgo.</li> <li>– Toma precauciones cuando consume los fármacos que lo pueden alterar.</li> </ul>		<p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

### INTERVENCIONES (NIC): IDENTIFICACIÓN DE RIESGOS

#### ACTIVIDADES

- Valorar constantemente los riesgos a los que esta expuesto el paciente a partir de su estado de salud, habilidades y capacidad cognitiva.
- Identificar al paciente que precisa de cuidados continuos y al familiar de su capacidad de colaboración.
- Implementar las medidas necesarias para la prevención de cualquier riesgo e incluso códigos de emergencia.
- Valorar la presencia o ausencia de las necesidades vitales básicas del paciente como fortalezas para llevar a cabo su régimen terapéutico.
- Platicar con la familia acerca de los factores de riesgo detectados para que juntos tomen estrategias de solución para mejorar la calidad de la atención y la calidad de vida del paciente.
- Establecer metas y acuerdos alcanzables con el paciente y familia.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuesta humana así como los resultados esperados y los no esperados que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 del Expediente Clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA MEDICACIÓN

#### ACTIVIDADES

- Determinar la capacidad cognitiva del paciente para automedicarse.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de toxicidad de la medicación.
- Detectar los factores que impidan al paciente su autonomía y autocuidado en la toma de los medicamentos.
- Orientar al paciente y familia sobre el impacto que puede tener la medicación en el estilo de vida.
- Revisar periódicamente con el médico el tipo de tratamiento y dosis de acuerdo a las respuestas humanas del paciente.
- Monitorizar las condiciones del paciente a través de exámenes de laboratorio periódicos prescritos por el médico.
- Potenciar la responsabilidad y seguridad del paciente para cumplir con su régimen terapéutico.
- Orientar al paciente y familia en que momento deben conseguir o solicitar atención médica.
- Orientar al paciente y familia sobre el almacenamiento correcto de los medicamentos para su conservación.
- Informarse si el paciente esta utilizando remedios caseros basados en la cultura y orientarlo sobre los posibles efectos que puede tener al combinarlos con los medicamentos tanto prescritos como de venta libre.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Shogbong, A. & Levy, S. (2010). Intensive glucosa control in the management of diabetes mellitus and inpatient hyperglycemia. *Am J Health – Syst Pharm*, 67, 798:805.
2. Ávila, L. & Gómez, M. (2010). Nuevas recomendaciones para el diagnóstico de la diabetes. *FMC*, 17(4), 201-202.
3. NANDA International. (2008). *Diagnósticos enfermeros: Definiciones y Clasificación 2007-2008*. Elsevier.
4. Otero López M, Valverde Merino M, Moreno Álvarez P. Seguridad de medicamentos: Prevención de errores de medicación. *Farmacia Hosp (Madrid)*. 2002; 26( 6): pp. 381-385.
5. Valverde Merino M, Otero López M, Moreno Álvarez P. Seguridad de medicamentos: Prevención de errores de medicación. *Farmacia Hosp (Madrid)*. 2003; 27( 6): pp. 121-126.
6. Allen EL, Barker KN, Cohen MR. Draft guidelines on preventable medications errors. *Am J Hosp Pharm*. 1992; 49: 640 – 648.
7. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, David AR, Roger S. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implication for prevention. *JAMA*. 1995; 274: 29 – 34.
8. Berlin ChM, McCarver DG, Notterman DA, Ward RM, Weismann DN, Wilson GS, et al. Prevention of medication errors in the pediatric inpatient setting. *Pediatrics*. 1998; 102: 428 – 430.
9. Vincer MJ, Murray JM, Yuill A, Allen AC, Evans JR, Stinson DA. Drug errors and incidents in a neonatal intensive care unit: A quality assurance activity. *Am J Dis Child*. 1989; 143: 737 – 740.
10. McKenzie MW, Stewart RB, Weiss CF, Cluff LE. A pharmacist-based study of the epidemiology of adverse drug reactions in pediatric medicine patients. *Am J Hosp Pharm*. 1973; 30: 898 – 903.
11. Booth B. Management of drug errors. *Nurs Times*. 1994; 90: 30 – 31.
12. Tosta de CV, De Bortoli CS, Chiericato C, Inocenti M A. Erros mais comuns e fatores de risco na administração de Medicamentos em unidades básicas de saúde Rev. latino-am. enfermagem - Ribeirão Preto. dezembro 1999; 7 (5): 67 – 75.
12. Koren G, Barzilay Z, Greenwald M. Tenfold errors in administration of drug doses: A neglected iatrogenic disease in pediatrics. *Pediatrics* 1986; 77: 848 – 849.
13. Nettelman MD, Bock MJ. The epidemiology of missed medication doses in hospitalized patients. *Clin Perform Qual Health Care*. 1996; 4: 148 – 153.
14. Tissot E, Cornette C, Demoly P, Jacquet M, Barale F, Capellier G. Medication errors at the administration stage in an intensive care unit. *Intensive Care Méd*. 1999; 25: 353 – 359.
15. Takakura MS. Avaliação morfológica do efeito da massagem e ou calor no músculo glúteo-maximus e ratos. [tesis de Maestría]. Brasil: Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto; 1988.
16. Arcuri EA. Reflexões sobre a responsabilidade do enfermeiro na administração de medicamentos. *Rev Escola Enf USP*. 1991; 25: 229 – 237.
17. Cassiani SB, Oliveira VT. Análise técnica e científica da administração de medicamentos por via intramuscular em crianças por auxiliares de enfermagem. *Acta Paul Enf*. 1997; 10: 49 –
18. Cassiani SB, Rangel SM, Tiago F. Complicações após aplicações por via intramuscular do diclofenaco de sódio: estudo de caso. *Medicina*. 1998; 31: 99 – 105.
19. Fonseca LJ. Calidad de la atención médica en terapia intensiva oncológica. *Rev Inst Nal Cancerol (Mex)*. 2000; 46 (1). 28 – 30.
20. Guasca C E. Administración de medicamentos parenterales [monografía en Internet]\* Colombia: Fundación Santa Fe de Bogotá [acceso 2 de febrero de 2007]. Disponible en: [http://www.fepafem.org.ve/Guias\\_de\\_Urgencias/Enfermeria/Administracion\\_de\\_medicamentos\\_parenterales.pdf](http://www.fepafem.org.ve/Guias_de_Urgencias/Enfermeria/Administracion_de_medicamentos_parenterales.pdf)
21. Tosta de CV, De Bortoli C S. Errores en la administración de medicamentos: análisis de situaciones relatadas por los profesionales de enfermería. *Rev Inv y Educ en Enf*. Septiembre 2001; XIX (2): 26 – 35.
22. García F M. Programa de Trabajo del Comité de Calidad en los Servicios de Enfermería. México: SSA Hospital General de México. 2005: 1 – 4.
23. Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2001- 2006. México SSA. 2001: 52.
24. Subsecretaría de Innovación y Calidad. Monitoreo de la CNCSS en su primera etapa. México: Dirección General de Calidad y Educación en Salud. Disponible en Internet [http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/sistema\\_gestion2006/unidad\\_modelo.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/dgces/sistema_gestion2006/unidad_modelo.pdf)
25. Bates DW, Cullen DJ, Laird N, David AR, Roger S. Incidence of adverse drug events and potential adverse drug events: Implication for prevention. *JAMA*. 1995; 274: 29 – 34.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

26. Rabadán A, Flores B, Ruiz M, Cayuela F, Cavidades L, Valbuena M, Rodríguez M, Cervantes M. Interacciones medicamentosas en la administración de fármacos dentro del proceso de enfermería. *Enfermería Global*. Noviembre 2002; 1: 1 – 21.
27. Rendón MM, Heyser OS, Reyes ZN. Índice de anotaciones médicas equivocadas. Efecto de la periodicidad en la actualización. *Rev. Med IMSS*. 2002; 40 (4): 285 – 291.
28. Bertrand G. Katzung. Principios de Farmacología. Ed. Manual Moderno. México: 1998: 3 – 4.
28. Ruiz PR, Montesinos JG, Carlón CM, Vega HS, Barrera SM. Nivel de eficiencia en administración de medicamentos por vía oral. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*. 2002; 10 (3): 90 – 95.
30. Hernández CA, Mendoza RE, Cabrera PF, Ortega VC. Eventos adversos en el cuidado de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológico*. 2006; 14 (2): 70 .
31. [http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_1-2\\_05/mgi121-205t.htm](http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi121-205t.htm). *Rev. Cubana Med. Gen Integr* 2005;21(1-2). Polifarmacia en los adultos mayores César Martínez Quero. Víctor Pérez Martínez, Mariola Carballo Pérez y Juan J. Larrondo Viera. (Consultada el 17 de marzo de 2011).
32. Fecha de publicación: 14 de mayo de 2003 [http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc\\_abuso\\_farmacos2Dr](http://www.saludalia.com/Saludalia/servlets/asisa/parseador/ps.jsp?x=doc_abuso_farmacos2Dr). Carlos Arranz Santamaría Especialista en Geriátrica. Hospital Universitario de Getafe. (Consultada el 17 de marzo de 2011)

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional “Lic. Adolfo López Mateos” ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa. Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.



# Quimioterapia en el paciente pediátrico | 22

La quimioterapia también llamada “quimio” es un tratamiento con medicamentos contra el cáncer que se administra en una vena, en el líquido cefalorraquídeo o en pastillas por vía oral. Excepto cuando se administran en el líquido cefalorraquídeo, estos medicamentos entran en el torrente sanguíneo y alcanzan todas las áreas del cuerpo, haciendo que este tratamiento sea útil para los tipos de cáncer tales como la leucemia.

Los medicamentos de quimioterapia funcionan al atacar las células que se están dividiendo rápidamente, razón por la cual funcionan contra las células cancerosas. Sin embargo, otras células en el cuerpo, tales como aquellas en la médula ósea, el revestimiento de la boca, los intestinos y los folículos pilosos, también se dividen rápidamente. Estas células también son susceptibles de ser afectadas por la quimioterapia, lo que puede ocasionar efectos secundarios.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Last Medical Review: 1/14/2011 Last Revised: 1/14/2011. Copyright American Cancer Society.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUIMIOTERAPIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 11 seguridad / protección	Clase: 2 lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro de la mucosa oral</p>		<p>Mejorar la integridad tisular de piel y membranas mucosas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Sensibilidad.</li> <li>– Hidratación.</li> <li>– Textura.</li> <li>– Grosor.</li> <li>– Perfusión tisular.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido</li> <li>2. Sustancialmente comprometido</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Procedimiento de quimioterapia y/o efectos secundarios de la misma, inmunosupresión, compromiso inmunitario, malnutrición, disminución de las plaquetas, deshidratación, higiene oral y bucal inefectiva, etc.</p>		<p>Autocuidados higiene bucal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Temperatura corporal.</li> <li>– Integridad mucosa.</li> <li>– Integridad cutánea.</li> </ul>		
<p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Dificultad para comer, edema, dificultad para deglutir y/o comer, dificultad para hablar, hipertermia, lesiones y/o úlceras orales, dolor de la mucosa, estomatitis, sangrado, vesículas, placas blancas, hiperemia, halitosis, palidez de la mucosa, fisuras, disminución del sentido del gusto, lengua seborreica, etc.</p>					

## INTERVENCIONES (NIC): RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

### ACTIVIDADES

- Extraer y resguardar la dentadura postiza si presenta estomatitis grave.
- Recomendar cepillo de dientes suave para el aseo bucal.
- Enseñar enjuagues frecuentes de boca con cualquiera de las siguientes sustancias: solución de bicarbonato, solución salina, o solución de peróxido de hidrógeno y enseñarle a la madre para que se los practique.
- Vigilar las condiciones de labios, lengua, membranas mucosas y encías para determinar la humedad, color, textura y presencia de proceso infeccioso.
- Enseñar los cuidados adecuados al paciente y a la familia si se presentan síntomas de Estomatitis.
- Orientar al paciente y familia a utilizar la suspensión de nistatina oral por prescripción médica para controlar infecciones fúngicas.
- Determinar la percepción del paciente sobre sus cambios de gusto, como deglución y comodidad.
- Observar si se producen efectos terapéuticos derivados de los anestésicos tópicos o de las pastas de protección bucal.
- Ayudar al paciente a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos, evitando el uso de limón, glicerina u alguna otra solución para limpiar la o las lesiones.
- Enseñar y ayudar al paciente a realizar higiene bucal correcta, después de las comidas lo más frecuente posible o cada vez que sea necesario.
- Recomendar y ayudar al niño a seleccionar alimentos suaves, blandos y no ácidos.
- Informar al área médica si se presentan signos y/o síntomas de infección.
- Coordinarse con el área médica informando los cambios del paciente, realizar el registro de las respuestas humanas y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.
- Proporcionar información al paciente y familia sobre el funcionamiento de los fármacos.
- Informar al paciente que notifique inmediatamente de la presencia de lesiones en la mucosa oral.
- Poner en práctica precauciones para prevenir hemorragias de la mucosa oral.

## INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA DE LA PIEL

### ACTIVIDADES

- Monitorizar el color, textura, temperatura, inflamación, edema presencia de úlceras de las mucosas orales o si hay zonas de decoloración, magulladuras, lesiones en las mucosas infecciones o algún otro cambio.
- Aplicar medidas preventivas de deterioro de la integridad mucosa, de la integridad cutánea o tisular con aplicación de lubricantes para humedecer los labios y la mucosa oral, cremas humectantes para la piel, etc.
- Si tuviera alguna incisión valorar las condiciones de la herida.
- Observar si existen zonas de presión o fricción.
- Observar si hay zonas del cuerpo con excesiva sequedad o humedad.
- Hacer la valoración de las condiciones y riesgos de lesión cutánea o tisular con escala de Braden.
- Haber cambios frecuentes de posición y enseñarle al familiar como hacerlo.
- Monitorizar los pulsos periféricos.
- Implementar medidas para disminuir el riesgo o evitar mayor deterioro de la piel, por ejemplo: colchón de agua, horarios de cambios de posición, solicitando apoyo al familiar para la movilización, dar masajes si esta permitido, etc.
- Orientar e informar al familiar acerca de los signos de pérdida de la integridad cutánea y/o tisular.
- Orientar al niño de la importancia de los cambios de posición para mantener la integridad cutánea.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUIMIOTERAPIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 12 Confort	Clase: 1 Confort físico				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Náuseas</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Tratamiento de quimioterapia y/o efectos secundarios de la misma, crisis de toxinas, como: péptidos producidos por el tumor, metabolitos anormales asociados al cáncer, aspectos situacionales como la ansiedad, temor, dolor, etc.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Aversión a los alimentos, sensación nauseosa, aumento de la salivación, aumento de la deglución, informe verbal de náuseas, sabor desagradable en la boca, puede llegar al vómito, etc.</p>		<p>Control de las Náuseas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce el inicio de náuseas.</li> <li>– Reconoce estímulos precipitantes.</li> <li>– Utiliza medidas preventivas.</li> <li>– Utiliza medicaciones antieméticas de acuerdo a prescripción médica.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p>
		<p>Control de síntoma.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce la persistencia, intensidad y frecuencia del síntoma.</li> <li>– Refiere el control del síntoma.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Grave</li> <li>2. Sustancial</li> <li>3. Moderado</li> <li>4. Leve</li> <li>5. Ninguno</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Hidratación</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Membranas mucosas húmedas.</li> <li>– Ingesta de líquidos.</li> <li>– Perfusión tisular.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LAS NÁUSEAS

### ACTIVIDADES

- Observar el aprendizaje de estrategias para controlar las náuseas.
- Realizar una valoración completa de los síntomas de las náuseas incluyendo la frecuencia, duración, intensidad y factores desencadenantes.
- Observar si hay manifestaciones no verbales de incomodidad.
- Evaluar el impacto de las náuseas sobre la calidad de vida.
- Identificar factores que pueden causar o contribuir a las náuseas.
- Asegurarse que sean administrados los antieméticos eficaces.
- Controlar los factores ambientales que pueden desencadenar la náusea, ejemplo: malos olores, ruido y estimulación visual.
- Recomendar el uso de técnicas no farmacológicas para controlar las náuseas durante y después de la quimioterapia, como algunos dulces de la preferencia del niño (a).
- Informar a otros profesionales de la atención sanitaria y los miembros de la familia, de cualquier estrategia no farmacológica que se este utilizando con las náuseas.
- Animar al niño (a) a que ingiera pequeñas cantidades de comida y que sea atractiva para ellos.
- Fomentar el descanso y el sueño adecuado, para facilitar el alivio de las náuseas.
- Recomendar alimentos fríos y líquidos transparentes sin olor.
- Controlar el contenido nutricional y las calorías en el registro de ingestas.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA MEDICACIÓN

### ACTIVIDADES

- Administrar los fármacos antieméticos de acuerdo con la prescripción médica.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de la administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos de la medicación e informar al área médica de ellos.
- Revisar y ajustar periódicamente con el paciente y familia los tipos y dosis de medicamentos antieméticos.
- Valorar y determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación.
- Desarrollar estrategias para controlar los efectos secundarios de los fármacos.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o, respuestas humanas del paciente y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LOS VÓMITOS

#### ACTIVIDADES

- Medir y estimar el volumen de émesis.
- Valorar el color, consistencia, la presencia de sangre, duración y alcance de émesis
- Determinar la frecuencia y la duración del vómito.
- Asegurarse que sean administrados los antieméticos eficaces para prevenir el vómito.
- Controlar los factores ambientales que puedan provocar el vómito.
- Reducir o eliminar factores personales que desencadenen o aumenten el vómito.
- Colocar al paciente de manera adecuada para prevenir aspiración.
- Proporcionar apoyo físico durante el vómito.
- Proporcionar el alivio y fomentar el descanso.
- Realizar higiene oral y bucal para limpiar boca y nariz.
- Controlar el equilibrio de fluidos y electrolitos.
- Controlar los efectos del control del vómito.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LOS ELECTROLITOS

#### ACTIVIDADES

- Monitorizar la presencia de manifestaciones de desequilibrio de electrolitos.
- Mantener acceso intra venoso permeable.
- Realizar y mantener un balance adecuado de líquidos.
- Administración de electrolitos suplementarios según prescripción.
- Mantener al paciente con solución intravenosa que contenga electrolitos.
- Tener resultados de laboratorio de los niveles electrolíticos.
- Implementar medidas para controlar la pérdida excesiva de electrolitos.
- Instruir al paciente y a la familia sobre modificaciones dietéticas específicas.
- Enseñar al paciente y a la familia el tipo, causa y tratamiento del desequilibrio.
- Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos.
- Colocar monitor cardíaco si es necesario.

### INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LA QUIMIOTERAPIA

#### ACTIVIDADES

- Observar si se presentan efectos secundarios y/o tóxicos derivados del tratamiento.
- Proporcionar información al paciente y familia sobre el funcionamiento de los fármacos.
- Informar al paciente que notifique inmediatamente lesiones en la mucosa oral.
- Poner en práctica precauciones para prevenir hemorragias de la mucosa oral.
- Ofrecer al paciente una dieta blanda y de fácil digestión.
- Enseñar los cuidados adecuados al paciente y familia en caso de presentarse síntomas de Estomatitis.
- Proporcionar al paciente una dieta blanda y de fácil digestión.
- Proporcionar información al infante y la familia sobre el funcionamiento de los fármacos antineoplásicos y efecto en la pérdida de cabello temporal.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: QUIMIOTERAPIA EN EL PACIENTE PEDIÁTRICO

Dominio: 6 autopercepción	Clase: 3 imagen corporal				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Trastornos de la imagen corporal.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Los efectos del tratamiento de la enfermedad, la percepción de si mismo, baja autoestima, aspectos culturales, falta de información y desconocimiento de los artículos a utilizar.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Preocupación por la pérdida de cabello (alopecia) y de peso, expresión de sentimientos que reflejan una alteración de la imagen del propio cuerpo en cuanto a su aspecto, cambios e implicaciones en la interacción social con sus amistades, temor, miedo, expresión verbal de su sentir y del estilo de vida, temor a la crítica de sus compañeros de clase, etc.</p>		<p>Imagen corporal.</p> <p>– Satisfacción con el aspecto personal.</p> <p>– Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto.</p> <p>– Adaptación a cambios de la función corporal (alopecia).</p> <p>– Reconocimiento de la realidad.</p> <p>– Se adapta al cambio corporal.</p> <p>– Mantiene las relaciones con su entorno.</p> <p>– Expresa autoaceptación.</p> <p>– Cumple con sus roles.</p> <p>– Mantiene su cuidado personal.</p>	<p>– Satisfacción con el aspecto personal.</p> <p>– Voluntad para utilizar estrategias que mejoren el aspecto.</p> <p>– Adaptación a cambios de la función corporal (alopecia).</p> <p>– Reconocimiento de la realidad.</p> <p>– Se adapta al cambio corporal.</p> <p>– Mantiene las relaciones con su entorno.</p> <p>– Expresa autoaceptación.</p> <p>– Cumple con sus roles.</p> <p>– Mantiene su cuidado personal.</p>	<p>1. Nunca positivo</p> <p>2. Raramente positivo.</p> <p>3. A veces positivo.</p> <p>4. Frecuentemente positivo.</p> <p>5. Siempre positivo.</p> <p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado.</p> <p>3. A veces demostrado.</p> <p>4. Frecuentemente demostrado.</p> <p>5. Siempre demostrado.</p> <p>1. Nunca positivo</p> <p>2. Raramente positivo.</p> <p>3. A veces positivo.</p> <p>4. Frecuentemente positivo.</p> <p>5. Siempre positivo.</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): POTENCIACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL

### ACTIVIDADES

- Determinar las expectativas corporales del paciente, en relación a la pérdida del cabello y/o vello.
- Utilizar una guía provisoria en la preparación del paciente pediátrico para los cambios de imagen corporal por caída de cabello.
- Ayudar al paciente a identificar acciones y medios que mejoren su aspecto como el uso de gorritas, turbantes, pelucas, pañuelos, sombreros u otros en caso de los adolescentes.
- Ayudar al paciente a separar el aspecto físico de los sentimientos de valía personal.
- utilizar dibujos de si mismo como mecanismos de evaluación de las percepciones de la imagen corporal del niño.
- Instruir a los niños acerca del proceso de crecimiento del cabello y a los adultos del vello púbico.
- Enseñar al paciente a peinarse el cabello suavemente y a dormir sobre una almohada con funda de seda para minimizar la caída de cabello.
- Recomendarle convivir con grupos o asociaciones que le apoyen.
- Facilitar el contacto con otras personas que hayan sufrido cambios de imagen corporal (caída de cabello) similares.



## INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

### ACTIVIDADES

- Observar los signos y síntomas de infección sistémica y/o localizada.
- Observar el grado de vulnerabilidad por inmunosupresión del paciente a las infecciones.
- Vigilar el recuento de granulocitos absoluto, recuento de glóbulos blancos y los resultados diferenciales.
- Seguir las precauciones propias de una neutropenia.
- Limitar el número de visitas y preguntarles si padecen alguna enfermedad infecciosa.
- Implementar técnicas de aislamiento.
- Proporcionar una ingesta nutricional adecuada.
- Fomentar la ingesta de líquidos.
- Mantener normas institucionales de asepsia y medidas universales conforme normatividad institucional.
- Valorar la existencia de enrojecimiento, calor extremo o drenaje en la piel y mucosas.
- Orientar al paciente infante y familiar acerca de los signos y síntomas de infección e informar de manera oportuna.
- Informar sobre el resultado de cultivos positivos al personal de control de infecciones.

## INTERVENCIONES (NIC): CONTROL DE INFECCIONES

### ACTIVIDADES

- Implementar técnicas de aislamiento si fuera necesario.
- Utilizar en todo momento las precauciones universales recomendadas.
- Mantener un ambiente aséptico y óptimo durante cada procedimiento.
- Colocar sitios de precaución de aislamientos si fuera necesario.
- Instruir al niño (a) sobre el correcto lavado de manos y a los familiares antes de entrar y salir de la habitación.
- Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos.
- Mantener limpia la piel del paciente.
- Usar guantes estériles cuando sea necesario
- Garantizar la manipulación aséptica de todas las líneas venosas del paciente y de acuerdo a la normatividad institucional.
- Realizar la técnica de cuidados de heridas, acorde a la normatividad institucional.
- Administrar terapia de antibióticos por prescripción médica.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuestas humanas del paciente y los resultados obtenidos de los procedimientos en el formato de registros clínicos de enfermería de acuerdo a la Norma Oficial Mexicana NOM -168-SSA1-1998, del Expediente Clínico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. McCloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4º. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
4. Tucker, Canobbio. Normas de cuidados del paciente. 6ª. ed. España: Harcourt – Océano; p. 965.
5. Otto S. Enfermería oncológica. 3ª. ed. España: Harcourt – Océano; p. 539 - 620.
6. Rivera LR. Hematología oncológica pediátrica principios generales. México: Editores de textos Mexicanos; 2006. p. 129 – 156.
7. Moreira P, Dentone L. Mielosupresión secundaria a bajas dosis de metrotexate. Arch. Med. Int. 2002 marzo; XXIV (1): p. 13 – 15
8. Carey. Mielosupresión inducida por drogas. Diagnóstico y tratamiento. Drug Safety. 2003; 26 (10): 691 – 706.
9. Flytstöm, Stenberg B, Svensson A. Metrotexato vs ciclosporina en psoriasis. British Jorunal of Dermatology. 2008; 158 (1): 116 – 121.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

Lic. Enf. Verónica Hernández García. Hospital pediátrico Moctezuma. SS

Mtra. María Patricia Adriana Cárdenas Sánchez. Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Mtra. María del Carmen Hernández Nava. Hospital Infantil de México "Federico Gómez"

Lic. Enf. Sergio Velázquez Cortés. Hospital Juárez de México.

Lic. Enf. Cristina García Valdez. Hospital Juárez de México.

Lic. Enf. Norma Zavala Cabrera. Instituto Nacional de Pediatría.

Lic. Enf. Juana García Cruz. Instituto Nacional de Pediatría.

Enf. Onc. Anabel Mendoza López. Hospital General de México.

Enf. Irma Gloria Bernal. Hospital General Centro Médico la Raza IMSS.

Lic. Enf. Marielba Villegas Pacheco. Centro Estatal de Oncología Campeche, Campeche.

Lic. Enf. Gabriela Pérez Heredia. Centro Estatal de Oncología Campeche, Campeche.

Enf. Esp. Verónica Guadalupe Rivera Villa. Hospital Pediátrico San Juan de Aragón.

Lic. Enf. José Luis Zamudio García. Universidad Autónoma de Guadalajara Jalisco.

# Interrupción legal del embarazo | 23

Aborto es la interrupción del embarazo después de la décima segunda semana de gestación, permitido a partir de su Publicación en la Gaceta Oficial del D.F. no. 70 el 26 de abril del 2007. Decreto por el que se reforma el Artículo Primero y los artículos 144, 145, 146 y 147 del código penal para el Distrito Federal y se adiciona la ley de salud para el Distrito Federal. Para los efectos de este código, el embarazo es la parte del proceso de la reproducción humana que comienza con la implantación del embrión en el endometrio.

En el Artículo Segundo.- Se adiciona un tercer párrafo al artículo 16 Bis 6 y se adiciona el artículo 16 Bis 8 que al pie dice: La atención de la salud sexual y reproductiva tiene carácter prioritario. Los servicios que se presten en la materia constituyen un medio para el ejercicio del derecho de toda persona a decidir de manera libre, responsable e informada sobre el número y espaciamiento de los hijos. El gobierno promoverá y aplicará permanentemente y de manera intensiva, políticas integrales, tendientes a la educación y capacitación sobre la salud sexual, los derechos reproductivos, así como la maternidad y la paternidad responsables. Sus servicios de planificación familiar y anti-concepción tienen como propósito principal reducir el índice de abortos, a través de la prevención de embarazos no planeados o no deseados y disminuir el riesgo reproductivo.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Gaceta Oficial del Distrito federal no. 70 publicado el 26 de abril del 2007. (consultada el 15 de marzo de 2011).

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: I.L.E.

Dominio: 2 nutrición	Clase: 5 hidratación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Duelo Anticipado. Consejería</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Anticipación de la pérdida de un ser significativo; producto uterino, partes y procesos corporales, muerte de una persona significativa, pérdida de un objeto significativo por ejemplo: una posesión, el trabajo, la posición social, la casa, partes y procesos corporales.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Alteración en el patrón de los sueños, cólera, culpa, distrés psicológico, expresión del sufrimiento, búsqueda de significado de la pérdida, negación de la pérdida, etc.</p>		<p>Afrontamiento de Problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Refiere aumento del bienestar psicológico.</li> <li>– Refiere disminución de los sentimientos negativos.</li> <li>– Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés.</li> <li>– Obtiene la ayuda de un profesional sanitario.</li> <li>– Verbaliza la necesidad de asistencia.</li> <li>– Adopta conductas para reducir el estrés.</li> <li>– Verbaliza aceptación de la situación.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado.</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

Dominio: 2 nutrición	Clase: 5 hidratación
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)</b>	
CONTINUA	

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTAJACIÓN DIANA
<p>Modificación psicosocial: cambio de vida.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Expresiones de satisfacción con la reorganización de la vida.</li> <li>–Expresión de apoyo social adecuado.</li> <li>–Identificación de múltiples estrategias de superación.</li> <li>–Expresiones de optimismo sobre el presente.</li> <li>–Expresiones de utilidad.</li> <li>–Mantenimiento de la autoestima.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado.</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
<p>Resolución de la aflicción.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>–Expresa expectativas sobre el futuro.</li> <li>–Comparte la pérdida con otros seres queridos.</li> <li>–Busca apoyo social.</li> <li>–Refiere disminución de la preocupación con la pérdida.</li> <li>–Refiere ausencia de angustia somática.</li> <li>–Verbaliza la aceptación de la pérdida.</li> <li>–Verbaliza la realidad de la pérdida.</li> <li>–Expresa creencias espirituales sobre la muerte</li> </ul>		

### INTERVENCIONES (NIC): FACILITAR EL DUELO

#### ACTIVIDADES

- Escuchar las expresiones acerca de su proceso de duelo.
- Fomentar la expresión de sentimientos acerca de la posible pérdida.
- Incluir a los seres queridos en las discusiones y decisiones, si así lo requiere la paciente.
- Utilizar palabras claras referidas a la muerte en lugar de eufemismos.
- Ayudar a identificar las modificaciones necesarias del estilo de vida.
- Dar escucha activa.
- Solicitar al familiar permanezca cerca de su paciente y de acompañamiento principalmente a la pareja.

### INTERVENCIONES (NIC): APOYO EMOCIONAL / ESPIRITUAL

#### ACTIVIDADES

- Abrazar o toca a la paciente para proporcionarle apoyo
- Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad
- Escuchar y favorecer las expresiones de sentimientos y creencias
- Permanecer con la paciente durante el procedimiento favoreciendo la conversación
- Canalizar a servicio de apoyo especializado, si lo requiere.
- Utilizar la comunicación terapéutica para favorecer confianza.
- Brindar trato digno.
- Enseñar métodos de relajación.
- Estar abiertos a las expresiones de preocupación de la paciente.
- Estar dispuesto a escuchar los sentimientos de la paciente.
- Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.
- Establecer la duración de las relaciones de asesoramiento de acuerdo a protocolo.
- Respetar la individualidad de la paciente.

INTERVENCIONES (NIC): DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD	INTERVENCIONES (NIC): PRESENCIA (ACOMPAÑAMIENTO)
<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>ACTIVIDADES</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>– Evaluar el contexto del entorno y dar apoyo verbal para disminuir el estrés (antes, durante y después del procedimiento).</li> <li>– Implicar a la paciente activamente en sus propios cuidados.</li> <li>– Utilizar un enfoque sereno que dé seguridad.</li> <li>– Explicar todos los procedimientos incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar.</li> <li>– Proporcionar información objetiva respecto al tratamiento.</li> <li>– Identificar los cambios en el nivel de ansiedad.</li> <li>– Observar si hay signos verbales y no verbales de ansiedad.</li> <li>– Ayudar a la paciente a realizar una descripción realista del evento que se avecina.</li> <li>– Enseñar a la paciente el uso de técnicas de relajación.</li> <li>– Favorecer la presencia, contacto y la empatía, según sea conveniente, para facilitar el proceso.</li> <li>– Escuchar con énfasis sin moralizar o recurrir a tópicos.</li> <li>– Apoyar al cuidador (familiar y/o acompañante) en la aceptación durante el proceso de I.L.E., si es necesario</li> <li>– Reconocer la dependencia que tiene la paciente del cuidador.</li> <li>– Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad, si es el caso.</li> <li>– Observar si hay indicios de estrés.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Escuchar las preocupaciones de la paciente.</li> <li>– Permanecer en silencio si procede.</li> <li>– Estar físicamente disponible como elemento de ayuda.</li> <li>– Los familiares harán sentir a la paciente de que están disponible, pero sin reforzar conductas dependientes.</li> <li>– Clarificar sus valores de la situación particular.</li> <li>– Clarifica la base de conocimientos y habilidades de comunicación propios a cerca de la situación.</li> <li>– Acompañar a la paciente cuando tenga el deseo de sincerar la situación que vive.</li> <li>– Recomendar a la familia decir la verdad con sensibilidad, calidez y franqueza.</li> <li>– Deberán atender a las señales verbales y no verbales durante el proceso de comunicación observar la respuesta de la paciente a las interacciones, incluyendo alteraciones del dolor, intranquilidad, ansiedad, cambio de humor, capacidad para manifestar sentimientos, etc.</li> <li>– Proporcionar a la paciente y familiar número telefónico (ILETEL) para disipar dudas.</li> <li>– Ayudar a la paciente a identificar los recursos y opciones disponibles.</li> </ul>

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: I. L. E.

Dominio: 2 nutrición	Clase: 5 hidratación				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de déficit de volumen de líquidos</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Perdidas excesivas a través de vías normales por ej. sangrado, diarrea, vómito y fiebre, déficit de conocimientos de efecto de medicamento (s) como: prostaglandinas, lesión traumática por desprendimiento del producto de la concepción hasta las 12 semanas de gestación, lesión traumática por la aspiración uterina.</p>		<p>Conocimiento de la medicación</p> <p>Control de riesgo</p> <p>Nivel de auto cuidado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Efecto terapéutico de la medicación.</li> <li>– Efectos indeseables de la medicación.</li> <li>– Efectos adversos de la medicación.</li> <li>– Posibles interacciones con otros fármacos.</li> <li>– Administración correcta de la medicación.</li>   <li>– Sigue las estrategias de control de riesgo.</li> <li>– Participa en la identificación sistemática de factores de riesgo.</li> <li>– Utiliza los recursos sociales para reducir el riesgo (Programas Sociales Gubernamentales).</li> <li>– Reconoce cambios en el estado de salud.</li> <li>– Supervisa los cambios en el estado de salud durante el procedimiento</li>   <li>– Controla su propia medicación, no parenteral.</li> <li>– Reconoce necesidades de seguridad en el hogar.</li> </ul>	<p>1. Ninguno</p> <p>2. Escaso</p> <p>3. Moderado</p> <p>4. Sustancial</p> <p>5. Extenso</p> <p>1. Nunca demostrado.</p> <p>2. Raramente demostrado</p> <p>3. A veces demostrado</p> <p>4. Frecuentemente demostrado</p> <p>5. Siempre demostrado</p> <p>1. Gravemente comprometido</p> <p>2. Sustancialmente comprometido</p> <p>3. Moderadamente comprometido</p> <p>4. Levemente comprometido</p> <p>5. No comprometido</p>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>augmentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): CONOCIMIENTO DE LA MEDICACIÓN

### ACTIVIDADES

- Desarrollar la política y los procedimientos acordes al protocolo para una administración precisa de medicamentos (programa I.L.E.).
- Orientar a la paciente en la administración de la medicación con los cinco correctos.
- Instruir al paciente y la familia acerca de las acciones y los efectos adversos de la medicación.
- Recomendar al familiar la vigilancia y evaluación del nivel del dolor de la paciente para determinar la necesidad del medicamento: analgésicos, anestésico u otros.
- Determinar el conocimiento de la medicación.
- Corroborar la comprensión del método de administración.
- Indicar al paciente de no consumir alimentos hasta que la medicación vía oral este completamente disuelto.
- Comprobar las posibles interacciones y contraindicaciones de los fármacos.
- Pedirle al familiar observe la capacidad de respuesta del paciente de acuerdo ha protocolo.
- Mantener un registro de cuando se tomo la medicación por última vez.
- Enseñar a la paciente y la familia a tener un papel activo en el manejo de la medicación.
- Recomendar al familiar que administre únicamente medicamentos por prescripción médica.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería los cambios o respuesta humana que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 del Expediente Clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES

#### ACTIVIDADES

- Pedir al familiar que anote las variaciones de la presión sanguínea si es posible.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel, pulso, frecuencia y ritmo respiratorio, signos y síntomas de hipertermia e hipotermia.
- Recomendar al familiar que en caso de que la paciente presente signos y síntomas de aumento de sangrado vaginal, diarrea, vómito o fiebre, deberá acudir a la unidad de atención médica más cercana de manera inmediata.

### INTERVENCIONES (NIC): ASESORAMIENTO

#### ACTIVIDADES

- Orientar al paciente a identificar el problema o la situación causante del trastorno de sangrado, vómito, náusea, fiebre y diarrea.
- Proporcionar información objetiva según sea necesario como signos de alarma de deshidratación.
- Instruir a la paciente o familiar sobre la ingesta equilibrada de alimentos y líquidos y el consumo de bebidas ricas en carbohidratos.
- Reforzar con la paciente vía, dosis y efectos del medicamento.
- Utilizar lenguaje sencillo considerando cultura y edad.
- Evitar términos médicos.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: I.L.E

Dominio: 4 cognición	Clase: 5 percepción/cognición				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Conocimientos deficientes del proceso.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Limitación cognitiva, mala interpretación de la información, falta de exposición o de explicación clara, falta de interés en el aprendizaje, incapacidad para recordar, poca familiaridad con los recursos para obtener la información.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Comportamiento inapropiado como de histeria, hostilidad, agitación, indiferencia y apatía, verbalización del problema, seguimiento inexacto o incorrecto de las instrucciones médicas y de enfermería.</p>		<p>Conocimiento sobre I.L.E.</p> <p>Control de riesgo en I.L.E.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Descripción del uso correcto del método anticonceptivo escogido.</li> <li>– Descripción de la efectividad del método o métodos anticonceptivos escogidos.</li> <li>– Desarrolla estrategias efectivas de prevención de embarazo.</li> <li>– Identifica los métodos apropiados para el control de la natalidad.</li> <li>– Utiliza los métodos correctamente.</li> <li>– Consigue material y/o anticonceptivos.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Conocimiento Ninguno</li> <li>2. Conocimiento escaso</li> <li>3. Conocimiento Moderado</li> <li>4. Conocimiento Sustancial</li> <li>5. Conocimiento extenso.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado</li> <li>4. Frecuentemente demostrado</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): EDUCACIÓN SEXUAL Y REPRODUCTIVA

### ACTIVIDADES

- Evaluar la capacidad y la motivación de la paciente y su compañero para utilizar la anticoncepción regular y correctamente.
- Determinar el conocimiento de la paciente sobre la anticoncepción y planes de selección de algún método anticonceptivo.
- Explicar las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos oportunos.
- Explicar la accesibilidad a los anticonceptivos y la forma de obtenerlos.
- Reforzar el conocimiento de la paciente e implicarla al sistema de apoyo durante el proceso de toma de decisiones.
- Clarificar la información incorrecta sobre el uso de anticonceptivos.
- Informar ampliamente sobre los riesgos de salud al que se expone la paciente con un nuevo embarazo no deseado.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería los cambios o respuesta humana que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 del Expediente Clínico, así como programar el seguimiento del caso.



### INTERVENCIONES (NIC): ASESORAMIENTO ANTES DE LA CONCEPCIÓN

#### ACTIVIDADES

- Identificar las barreras reales o percibidas a los servicios de planificación familiar.
- Fomentar la importancia de la anticoncepción para prevenir embarazos no programados hasta que se este preparada para ello.
- Informar a la paciente a que conozca y utilice los servicios médicos de planificación familiar más cercanos o el de su preferencia.
- Proporcionar a la paciente el plan de cuidados escritos para se guíe en el hogar.
- Fomentar su autocuidado.

### INTERVENCIONES (NIC): PLANIFICACIÓN FAMILIAR ANTICONCEPCIÓN

#### ACTIVIDADES

- Evaluar la capacidad y la motivación de la paciente y su compañero para utilizar la anticoncepción.
- Informar y orientar sobre las razones más comunes de los embarazos no programados, así como los riesgos que implica para la mujer la interrupción del mismo.
- Informar a la paciente sobre los métodos de anticoncepción y planes de selección de alguno de ellos.
- Explicar las ventajas y desventajas de los métodos anticonceptivos oportunos para evitar los embarazos no programados.
- Orientar a la paciente o pareja en la selección del método anticonceptivo más idóneo.
- Explicarle el ciclo reproductor si fuera necesario.
- Explicar a la paciente la importancia de acudir a asesoría médica.
- Remitir a la paciente al servicio de planificación familiar.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. Clasificación de Resultados de Enfermería NOC. Sue Moorhead, PhD, RN. Cuarta Edición. 2009.
2. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC. Gloria M. Bulechek. Quinta Edición. 2009.
3. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación. T. Heather Herdman, PhD, RN. 2009 – 2011
4. Secretaría de Salud. Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud. PROGRAMA DE ACCIÓN: ARRANQUE PAREJO EN LA VIDA 2007-2012.
5. URL: >HTTP//. www.salud.gob.mx.consulta MAYO 2008. PUBLICADO EN EL DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN (FOD)
6. Prevención, Diagnostico y Manejo de Hemorragia Obstétrica. Lineamiento Técnico. Primera Edición. Junio 2002
7. NOM-005-SSA2-1993. De los Servicios de Planificación Familiar.

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

Lic. Enf. Claudia Ramírez Tabales.- Hospital General de México O. D.

Mtra. Edith Espinosa Dorantes.- Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Gobierno del D. F.

Lic. Roxana Martínez Fuentes.- Dirección General de Servicios Médicos y Urgencias de la Secretaría de Salud del Gobierno del D. F.

Lic. Raymundo Serrano Plaza.- Hospital Materno Infantil de Inguaran de la Secretaría de Salud del Gobierno del D. F.

Lic. Ma. Elia González Ortiz.- Hospital Materno Infantil de Inguaran de la Secretaría de Salud del Gobierno del D. F.

EASE Leticia S. Morales Leyva.- Hospital Materno Infantil Magdalena Contreras.

Enf. Joana Padilla Coronel.- Hospital General de Ticoman.

Enf. Susana Martínez Anaya.- Hospital Materno Infantil Cuauhtepac.

Enf. Juana Angélica Álvarez González.- Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

Lic. Enf. Aidé Meléndez Cisneros.- Hospital General Dr. Enrique Cabrera.

Enf. Alma Corina Guzmán Delgado, Hospital General de Iztapalapa.

Enf. Edelmira González González.- Hospital General Milpa Alta.

Enf. Marisol Cuevas Guerrero.- Hospital Materno Infantil Cuajimalpa.

Enf. Ma. Sara Andrade Aviña.- Hospital de Especialidades Materno Infantil Dr. Belisario Domínguez.

Enf. Reyna de la Cruz Hilario.- Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo.

Enf. Guadalupe Ortiz Osorio.- Hospital Materno Infantil Dr. Nicolás M. Cedillo.

Lic. Enf. Ma. De Carmen Rodríguez Mata.- Hospital Materno Infantil Tlahuac.

Estudiante de Enf. Itzel Yolotzin Rosales Domínguez.- Hospital General Dr. Enrique Cabrera.



# Traqueostomía | 24

La traqueostomía es un acto quirúrgico mediante el cual se practica una abertura en la tráquea a través del cuello y se coloca un tubo para mantener una vía aérea permeable además de permitir la extracción de secreciones pulmonares.

¿Para qué se utiliza? La traqueostomía está indicada en aquellos casos en los que se requiere tener una vía aérea disponible, ya que las vías aéreas superiores se encuentran obstruidas o seriamente lesionadas. Algunas de sus indicaciones son lesiones severas del cuello o de la boca, inhalación de material corrosivo, humo o vapor, pérdida del conocimiento o coma por largo tiempo, parálisis de los músculos de la deglución y anomalías hereditarias de la laringe o de la tráquea.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> [http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=463:traqueostomia&catid=54:enfermedades-con-t&Itemid=474](http://www.entornomedico.org/enfermedadesdelaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=463:traqueostomia&catid=54:enfermedades-con-t&Itemid=474) Dr. Gustavo Castillo R. Ced. Prof. 1256736

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TRAQUEOSTOMÍA

Dominio: 3 eliminación e intercambio	Clase: 4 función respiratoria				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b>Etiqueta (problema) (P)</b></p> <p>Deterioro del Intercambio gaseoso.</p> <p><b>Factores relacionados (causas) (E)</b></p> <p>Desequilibrio ventilación perfusión, hipoventilación, presencia de cuerpo extraño, traumatismo vertebral, secreciones pulmonares, coma por largo tiempo, parálisis de los músculos de la deglución y anomalías hereditarias de la laringe o de la tráquea, entre otras.</p> <p><b>Características definitorias (signos y síntomas)</b></p> <p>Disnea, resultados de gasometría arterial anormal, alteración de la tensión arterial, del ritmo y profundidad respiratoria, cianosis, diaforesis, hipercapnia / hipocapnia, aleteo nasal, agitación, ansiedad, trastornos visuales, taquicardia, confusión, etc.</p>		<p>Estabilizar el estado respiratorio: intercambio gaseoso</p> <p>El estado respiratorio ventilación.</p> <p>Perfusión tisular pulmonar.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Saturación de O<sub>2</sub></li> <li>– PaO<sub>2</sub></li> <li>– PaCO<sub>2</sub></li> <li>– PH arterial</li>   <li>– Frecuencia y ritmo respiratorio.</li> <li>– Profundidad de la respiración.</li> <li>– Expansión torácico simétrica.</li>   <li>– Presión arterial pulmonar</li> <li>– Función respiratoria.</li> <li>– Presión sanguínea: diastolita / sistólica</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla</b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS EN LA EMERGENCIA

### ACTIVIDADES

- Valorar la sintomatología del paciente y el requerimiento de cuidados de emergencia.
- Actuar rápidamente y activar el sistema de urgencia médica para que el equipo de salud se reúna en la unidad del paciente.
- Iniciar la monitorización de los signos vitales y la saturación de oxígeno.
- Proporcionar y colaborar durante el procedimiento (estéril) de traqueostomía: anestesia local por la situación de emergencia, limpiar la zona con un antiséptico y cubrirla con campos clínicos estériles.
- El médico responsable realiza una abertura en la tráquea a través del cuello para permitir la entrada de oxígeno a los pulmones a través de un tubo o cánula endotraqueal o de traqueostomía.
- Verificar la permeabilidad de la vía aérea, aspirando secreciones o extrayendo algún cuerpo extraño, si fuera el caso.
- Sujetar la cánula alrededor del cuello del paciente, de manera que no apriete o lesione la integridad la piel.
- Orientar al paciente como debe respirar a través de la cánula, este acto le llevará aprenderlo aproximadamente de dos a tres días.
- Cuando el procedimiento no es de emergencia se realiza como lo que es realmente; un acto quirúrgico bajo efectos de anestesia general.
- Verificar que la vías aérea este permeable, los signos vitales dentro de los parámetros de normalidad y la saturación de oxígeno mayor del 90%.
- Orientar al paciente y familia sobre utilizar las precauciones universales que deberán llevar a cabo, como: mantener limpia el área, utilizar guantes para aspirar secreciones, gasas estériles, cubrebocas, a fin de evitar infecciones posteriores.
- Orientarle también acerca de la fonación, ya que el paciente no podrá emitir sonido y no le será posible comunicarse verbalmente.
- Algunas medidas de seguridad que se deberán adoptar son: evitar la exposición a aerosoles, polvos, agua, etc. así mismo es conveniente cubrir el orificio de la traqueostomía con alguna prenda suelta.
- Hay que hacer conciencia en los pacientes de que pueden llevar una vida normal y casi inmediatamente pueden reanudar sus actividades diarias.

## INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA

### ACTIVIDADES

- Una vez realizado el procedimiento de traqueostomía: observar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio del paciente.
- Observar si se producen respiraciones ruidosas como cacareos o ronquidos.
- Tratar de controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kusmaul, respiraciones Cheyne Stokes, respiración apneustica, Biot y esquema atáxico.
- Valorar la necesidad de aspiración, auscultando para ver si hay crepitación o roncus en las vías aéreas principales.
- Auscultar los sonidos pulmonares después de los tratamientos.
- Si el paciente estuviera intubado, monitorizar las lecturas de ventilación mecánica.
- Valorar y observar las características de las secreciones respiratorias del paciente.
- Implementar tratamientos de terapia respiratoria puede ser a través de nebulizador, cuando sea necesario.
- Continuar la monitorización constante de los signos vitales y la saturación de oxígeno.
- Hacer las anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los procedimientos, respuestas humanas y los resultados obtenidos del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.

## INTERVENCIONES (NIC): MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES

### ACTIVIDADES

- Proporcionar cuidados a la tráquea cada 4 a 8 horas: limpiar la cánula interna, limpiar y secar la zona alrededor del estoma y cambiar la sujeción de traqueostomía.
- Inspeccionar la piel alrededor del estoma traqueal por si hubiera drenaje, roces e irritación.
- Proporcionar humidificación del aire.
- Aspirar la orofaringe y la parte superior de la cánula.
- Auscultar sonidos pulmonares bilaterales después de cambiar la sujeción de traqueostomía.
- Realizar aspiración con técnica estéril al aspirar.
- Proteger la cánula de traqueostomía del agua durante el baño o aseo.
- Proporcionar cuidados bucales o colutorios.
- Tener preparado un equipo de carro rojo con ambú en un sitio de fácil acceso.
- Realizar fisioterapia torácica, si esta prescrito o si el paciente lo tolera.
- Poner al paciente en posición de semi fowler durante la alimentación y asegurarse que el balón de traqueostomía esté inflado.
- Administración de antibióticos, mucolíticos, etc., por prescripción médica y conforme a la normatividad institucional.
- Implementar medidas preventivas para la disminución del riesgo de desarrollar procesos infecciosos como lo marca Norma Oficial Mexicana NOM-045-SSA2-2004, para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: TRAQUEOSTOMÍA

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 1 infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de Infección de la traqueostomía, de la cánula o de las vías respiratorias.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Enfermedad respiratoria crónica, destrucción tisular, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos, inmunosupresión, procedimientos invasivos, malnutrición, defensas secundarias inadecuadas o bajas (disminución de la hemoglobina, leucopenia), defensas primarias inadecuadas o bajas (estasis de los líquidos corporales, cambio de pH de secreciones), etc.</p>		<p>Detección del Riesgo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos</li> <li>– Identifica los posibles riesgos</li> <li>– Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos</li> <li>– Utiliza los servicios sanitarios de acuerdo a sus necesidades</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Control del riesgo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adapta con el familiar estrategias de control.</li> <li>– Sigue las indicaciones para el control del riesgo.</li> <li>– Utiliza sistemas de apoyo para la prevención.</li> </ul>		

### INTERVENCIONES (NIC): IDENTIFICACIÓN DE RIESGO

#### ACTIVIDADES

- Planificar actividades de disminución de riesgo, en colaboración con la persona / familia.
- Determinar los sistemas de apoyo con la familia en calidad y frecuencia.
- Dar cumplimiento preciso a la prescripción médica en la administración de antibióticos, mucolíticos, expectorantes y otros medicamentos.
- Mantener herida limpia y seca.
- Colocación de gasas sobre la cánula para disminuir el riesgo de infección.
- Implementar medidas de protección en zona alrededor del cuello.
- Solicitar el apoyo del familiar para la detección oportuna de cambios en las condiciones del patrón respiratorio o de la piel.
- Hacer las anotaciones correspondientes en los registros clínicos y notas de enfermería de los procedimientos, respuestas humanas y los resultados obtenidos del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998. Del expediente clínico.

### INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

#### ACTIVIDADES

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente para desarrollar una infección en el deterioro cutáneo o de las vías respiratorias.
- Limitar el número de visitas si fuera necesario para disminuir el riesgo de infección.
- Implementar las precauciones universales y enseñárselas al paciente y familia.
- Comunicar al médico sobre la sospecha del proceso infeccioso.
- Obtener muestras para realizar cultivo, si fuera necesario y reportar los resultados al personal de control de infecciones nosocomiales.
- Coordinarse con el área médica para la toma de decisiones y registrar en el formato de registros clínicos de enfermería cualquier cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2007 2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M. Maas M, Clasificación de los resultados de Enfermería NOC. Tercera edición ED. Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
3. McCloskey D, J Bulechek GM. Clasificación de Intervenciones de Enfermería NIC 4°. Edición ED Elsevier Mosby. Madrid España 2005.
4. [http://www.entornomedico.org/enfermedadesdealaalaz/index.php?option=com\\_content&view=article&id=463:traqueostomia&catid=54:enfermedades-con-t&Itemid=474](http://www.entornomedico.org/enfermedadesdealaalaz/index.php?option=com_content&view=article&id=463:traqueostomia&catid=54:enfermedades-con-t&Itemid=474) Dr. Gustavo Castillo R. Ced. Prof. 1256736 (consultada el 15 de marzo de 2010).

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCEs de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCEs

### **Elaboró:**

Enf. María Elizabeth Hernández Jiménez.- Carrera de Enfermería de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

MCE. Rebeca Sandoval Romero.- Comisión Interinstitucional de Enfermería del Estado de Jalisco, Escuela de Enf. del IMSS Delegación Jalisco.

Lic. Enf. Catalina Martínez Martínez.- Hospital Regional de Alta Especialidad de Oaxaca, Oaxaca.

ME. Sofía Guadalupe Medina Ortiz.- Hospital San José de Monterrey, Universidad Autónoma de Nuevo León.

Enf. María Guadalupe Sánchez Malta.- Secretaría de Salud del estado de Colima.

Lic. Enf. María de Lourdes Rosas Parra.- Instituto Nacional de Pediatría.



# Atención a pacientes con úlceras por presión (UPP) | 25

Se considera que las úlceras por presión son lesiones de origen isquémico y localizadas como consecuencia del aplastamiento tisular provocado por una presión prolongada, por el roce, la fricción o cizallamiento del tejido entre dos planos que pueden evolucionar a la necrosis (o entre las prominencias óseas del propio paciente y una superficie externa) Se presentan en pacientes encamados por largo tiempo o con movilidad nula o disminuida.

Entre otros factores podemos mencionar la pérdida sensitiva, la parálisis motora asociada a atrofia muscular, las deficiencias nutricionales e hídricas, déficit metabólicos asociados a traumas, enfermedades metabólicas como la diabetes, lesiones cutáneas y las condiciones mismas de la senectud.

Se desarrollan tanto en pacientes hospitalizados como los que se encuentran en sus domicilios, esta situación tiene impacto en la calidad de vida de los pacientes y sus familias.

Se estima que al menos el 95% de las úlceras por presión son evitables; por tanto, el mayor esfuerzo debe ir encaminado a la puesta en práctica de las medidas de prevención, es necesario, intervenir, cuidar y disminuir la incidencia como un objetivo de calidad asistencial de gran importancia para todo el Sistema Nacional de Salud.<sup>1-2-3</sup>

<sup>1</sup> <http://areasaludplascencia.es/3/35/pdf/86/Primaria/PGP0036.pdf>

<sup>2</sup> <http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf> Edita: Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. I.S.B.N.: 978-84-690-9460-0 D.L.: SE-5964-07

<sup>3</sup> *Úlceras por presión.* AM Begoña Granados Gutiérrez. Ed. Adalia Farma.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ÚLCERAS POR PRESIÓN

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 2 Lesión física				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Deterioro de la integridad cutánea y/o tisular.</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p><b>Factores mecánicos:</b> inmovilidad física, intolerancia a la actividad, presión en prominencias óseas, disminución de la percepción sensorial, alteración de la circulación, de la sensibilidad y turgor de la piel, entre otros.</p> <p>Factores extrínsecos: humedad, fuerza de cizallamientos, presión y sujeciones, entre otros.</p> <p><b>Factores intrínsecos:</b> hipertermia, hipotermia, extremos de la edad, secreciones, excreciones, alteración del estado nutricional, alteraciones del estado metabólico, entre otros.</p> <p><b><u>Características definitorias (signos y síntomas)</u></b></p> <p>Destrucción de las capas de la piel, alteración de la superficie, invasión de estructuras corporales, dolor, sangrado, aumento de la temperatura local, entre otros.</p>		<p>Valorar el deterioro cutáneo o tisular de piel y membranas mucosas con la escala de Braden.</p> <p>– Percepción sensorial.</p> <p>– Exposición de la piel a la humedad.</p> <p>– Nivel de actividad física.</p> <p>– Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p> <p>– Alimentación (nutrición)</p>	<p>– Percepción sensorial.</p> <p>– Exposición de la piel a la humedad.</p> <p>– Nivel de actividad física.</p> <p>– Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo.</p> <p>– Alimentación (nutrición)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Completamente limitada.</li> <li>2. Muy limitada.</li> <li>3. Ligeramente limitada.</li> <li>4. Sin limitación</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Constantemente húmeda.</li> <li>2. A veces húmeda.</li> <li>3. Ocasionalmente húmeda.</li> <li>4. Raramente húmeda.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sin actividad (Encamado, sin movimiento)</li> <li>2. Actividad limitada (En silla con poca movilidad)</li> <li>3. Actividad escasa (deambula ocasionalmente)</li> <li>4. Actividad frecuente (deambulación)</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Completamente inmóvil.</li> <li>2. Movilidad muy limitada.</li> <li>3. Movilidad parcialmente limitada.</li> <li>4. Movilidad libre y sin limitación.</li> </ol> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Inadecuada, incompleta e insuficiente (muy pobre)</li> <li>2. Adecuada e insuficiente (probablemente inadecuada)</li> <li>3. Adecuada y suficiente</li> <li>4. Balanceada y completa (excelente)</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>

Dominio: 11 Seguridad / protección		Clase:2 Lesión física			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
CONTINUA		Mejorar la integridad tisular de piel y membranas mucosas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Integridad de la piel</li> <li>– Hidratación</li> <li>– Temperatura de la piel</li> <li>– Sensibilidad</li> <li>– Transpiración</li> <li>– Perfusión tisular.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gravemente comprometido.</li> <li>2. Sustancialmente comprometido.</li> <li>3. Moderadamente comprometido.</li> <li>4. Levemente comprometido.</li> <li>5. No comprometido.</li> </ol>	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.
		Cierre de la Herida de UPP, por segunda intención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Secreción purulenta</li> <li>– Secreción serosa</li> <li>– Secreción sero sanguinolenta</li> <li>– Eritema cutáneo circundante.</li> <li>– Edema perilesional</li> <li>– Piel macerada</li> <li>– Necrosis</li> <li>– Fistulización</li> <li>– Excavación</li> <li>– Olor de la secreción.</li> <li>– Epitelización</li> <li>– Resolución del eritema cutáneo circundante.</li> <li>– Resolución del edema perilesionar.</li> <li>– Resolución de la piel alterada circundante.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Extenso.</li> <li>2. Sustancial.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Escaso.</li> <li>5. Ninguno.</li> </ol>	<p>El objeto de las intervenciones es <b>mantener</b> la puntuación e idealmente <b>aumentarla.</b></p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>– Granulación</li> <li>– Formación de cicatriz</li> <li>– Disminución del tamaño de la herida.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Ninguno.</li> <li>2. Escaso.</li> <li>3. Moderado.</li> <li>4. Sustancial.</li> <li>5. Extenso.</li> </ol>	

## INTERVENCIONES (NIC): CUIDADOS DE LA ÚLCERA POR PRESIÓN - POR ESTADIOS

### ACTIVIDADES

1. Valoración del dolor con escalas validadas acorde a la edad del paciente, por ejemplo: la escala de clasificación numérica, la escala visual análoga, escala de categorías, escala de rostros de dolor, la Evaluación of the Pain Assessment in Advanced Dementia (PAINAD) para pacientes con imposibilidad de expresarse verbalmente, entre otras acorde a la normatividad institucional.
2. Realizar la valoración del estado nutricional en cada uno de los estadios con una escala validada, como la Mini Nutritional Assessment (MNA) que permite detectar el riesgo o la mal nutrición y proporcionar la dieta prescrita.
3. Ministración de terapéutica prescrita.
4. Valorar en cada estadio el proceso de cicatrización de tejido no viable o defectuoso, infección y/o inflamación, desequilibrio de humedad, borde de la herida que no mejora o está debilitado, con la escala Tissue Infection Moisture Edge, (por sus siglas en inglés TIME).
5. Realizar en cada estadio las anotaciones correspondientes en la hoja de notas y registros clínicos de enfermería las características de la herida / úlcera y condiciones del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.
6. Realizar la valoración de la lesión de la piel en la o las zonas afectadas y de acuerdo a los diferentes estadios clasificar las UPP como lo recomienda el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Ulceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP), en los siguientes cuatro estadios.

## INTERVENCIONES (NIC): ESTADIO I

### ACTIVIDADES

Alteración observable en la integridad de la piel, relacionada por la presión que se manifiesta por un eritema cutáneo no blanqueable (no cambia a la digito presión), en las personas con piel oscura se observa una colación más oscura. (30) (31)

- Valorar diariamente el estado de la piel para identificar oportunamente signos de lesión causados por la presión, falta de higiene, inmovilidad, entre otros.
- Monitorizar la temperatura de la piel, en cada cambio de posición.
- Monitorizar la consistencia del tejido, como la presencia de edema, induración, edema, entre otros.
- Monitorizar la presencia de dolor o escozor en alguna parte del cuerpo.
- Mantener la piel del paciente en todo momento limpia y seca lavando con jabón neutro, aplicando cremas hidratantes y verificando la completa absorción.
- No realizar masajes sobre prominencias óseas. (puede ocasionar daños adicionales y no previene la aparición de lesiones)
- Elaborar un plan de rehabilitación de ejercicios pasivos y/o activos, para mejorar la movilidad y actividad física del paciente.
- Enseñar al paciente a moverse en caso de que lo pueda realizar autónomamente, cada quince minutos para liberar la presión.
- Mantener alineado el cuerpo, distribuido el peso y el equilibrio del cuerpo del paciente.
- Evitar el contacto directo de las prominencias óseas entre sí.
- Evitar el arrastre y realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales.
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados (compuestos de ácidos grasos y esenciales linoleico), para restaurar el film hidrolípido protector de la piel, mejorar la elasticidad y facilitar la renovación de las células epidérmicas, el ácido se debe extender con la yema de los dedos hasta absorberse totalmente dos o tres veces por día en piel sometida a presión si se dispone de ellos.
- Aplicar apósitos hidrocelulares para proteger las prominencias óseas.
- Cambios de posición cada 2 o 3 horas. durante el día y cada 4 horas. durante la noche, evitando la presión sobre zonas ulceradas, siguiendo una rotación programada e individualizada, los pacientes de mayor edad requieren un número mayor de cambios de posición.
- Elevar la cabecera de la cama lo mínimo posible (máximo 30°) el menor tiempo posible.
- Utilizar superficies estáticas o dinámicas para manejo de la presión, como: colchón o cojines de aire o presión alterna, almohadillas de microesferas de unicel o poliuretano, silla o reposit, entre otros y evitar utilizar donas.
- Retomar las medidas del plan de cuidados de prevención de úlceras por presión.

## INTERVENCIONES (NIC): ESTADIO II

### ACTIVIDADES

Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial. (30) (31)

- Evaluar la dimensión de la úlcera
- Evaluar el proceso de cicatrización con la escala de TIME.
- Registrar las características del tejido existente en la úlcera: granulación, necrótico seco, necrótico húmedo, etc.
- Monitorizar la presencia de signos y síntomas de infección, como: exudado purulento, mal olor, bordes inflamados, fiebre, etc.
- Ministrar medicamento analgésico por prescripción médica.
- Ministración de concentrados plasmáticos por prescripción médica.
- No utilizar antisépticos de manera frecuente en la limpieza de la o las heridas, pueden llegar a lesionar el tejido sano y retrasan la cicatrización.
- Proteger la piel perilesional con cambio de posición, acción que también contribuye a la disminución del dolor.
- Limpiar las heridas con solución fisiológica al 9% y/o agua inyectable, agua destilada o agua estéril para controlar la carga bacteriana.
- Utilizar las precauciones universales para el manejo de las úlceras: guantes, cubre bocas, bata, goles entre otros.
- Cambios de posición cada 2 o 3 horas. durante el día y cada 4 horas. durante la noche, evitando la presión sobre zonas ulceradas.

### INTERVENCIONES (NIC): ESTADIO III

#### ACTIVIDADES

Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo, que puede extenderse hacia abajo pero no por la fascia subyacente. (30)

Realizar las actividades y acciones de cuidado del estadio II más las siguientes:

- Evaluar y registrar la antigüedad o el tiempo de surgida la o las lesiones.
- Monitorización frecuente de los signos vitales con grafica de temperatura.
- Proteger las lesiones de secreciones, como: orina, heces, gasto de sondas y drenes, entre otros.
- Limpiar y desbridamiento de la o las heridas con solución fisiológica al 9% y/o agua inyectable, agua destilada o agua estéril irrigando
- a presión utilizando una aguja calibre 19 y jeringa de 20 ml o más para controlar la carga bacteriana.
- Limpiar la úlcera con movimientos circulares del centro a la periferia de manera suave manteniendo la integridad del tejido granulado.
- Aplicar apósitos de plata, hidrocoloides o hidrogeles.
- De acuerdo a las características de la UPP, manejar la curación en ambiente húmedo, por ejemplo:
  - Si la UPP tiene exudado (+++) se puede colocar alginato como apósito primario y cubrirlo con apósito hidrocelular secundario.
  - Si la UPP tiene exudado (+ o ++) se puede aplicar un hidrogel para favorecer la presencia de un ambiente húmedo controlado.
  - Seleccionar apósitos hidrocoloides y espumas de poliuretano, también denominados hidrocelulares o hidropolimericos si se dispone de ellos, así como cuidados a la piel perilesionada.
- Evaluar signos y/o síntomas de la presencia de infección.
- Cambios de posición cada 2 o 3 horas. durante el día y cada 4 horas. durante la noche, evitando la presión sobre zonas ulceradas.
- Realizar cultivos bacterianos de tejidos blandos a criterio del médico tratante.

### INTERVENCIONES (NIC): ESTADIO IV

#### ACTIVIDADES

Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa. Necrosis del tejido o lesión del músculo, hueso o estructuras de sostén (tendón, cápsula articular, etc.) en este estadio como en el III, pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos. (30)

En caso de que el paciente presente el estadio IV considerar las intervenciones de prevención, estadios I, II y III de UPP, más las siguientes:

- Realizar limpieza y desbridamiento de la o las lesiones, eliminando niveles altos de bacterias en las heridas con tejido necrótico.
- Ministración de tratamiento antibiótico por prescripción médica.
- Monitorización frecuente de los signos vitales con grafica de temperatura
- Control de temperatura por medios físicos.
- Trasladar al área quirúrgica previa prescripción médica para limpieza, desbridamiento o corte en sala quirúrgica bajo efectos anestésicos. Este es un procedimiento efectivo para el manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas, está contraindicado para úlceras no cicatrizables.
- Monitorizar la presencia de sangrado significativo.
- Manejar al paciente en aislamiento para evitar un mayor riesgo de contaminación.
- Utilizar la fuerza mecánica para la limpieza de la lesión o herida y secado de la zona lesionada.
- Cambios de posición cada 2 o 3 horas. durante el día y cada 4 horas. durante la noche, evitando la presión sobre zonas ulceradas.
- Realizar cultivos bacterianos de tejidos blandos después de la terapia antibiótica local, después de dos semanas o a criterio del médico tratante.

## PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: MANEJO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Dominio: 11 Seguridad / protección	Clase: 1 infección				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)		RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
<p><b><u>Etiqueta (problema) (P)</u></b></p> <p>Riesgo de Infección de la zona de deterioro cutáneo en estadios II, III y IV</p> <p><b><u>Factores relacionados (causas) (E)</u></b></p> <p>Enfermedad crónica, destrucción tisular, insuficiencia de conocimientos para evitar la exposición a los agentes patógenos, inmunosupresión, procedimientos invasivos, malnutrición, defensas secundarias bajas como: disminución de la hemoglobina y leucopenia, defensas primarias bajas como: estasis de los líquidos corporales, cambio de pH en secreciones, etc.</p>		<p>Detección del Riesgo de infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Reconoce los signos y síntomas que indican riesgos</li> <li>– Identifica los posibles riesgos</li> <li>– Utiliza los recursos para mantenerse informado sobre los posibles riesgos</li> <li>– Utiliza los servicios sanitarios para atender el riesgo.</li> </ul>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nunca demostrado</li> <li>2. Raramente demostrado</li> <li>3. A veces demostrado.</li> <li>4. Frecuentemente demostrado.</li> <li>5. Siempre demostrado.</li> </ol>	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado.</p> <p>El objeto de las intervenciones es <b><u>mantener</u></b> la puntuación e idealmente <b><u>aumentarla</u></b>.</p> <p><b><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></b></p>
		<p>Control del riesgo de infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Adopta con el familiar estrategias de control.</li> <li>– Sigue las indicaciones para el control del riesgo.</li> <li>– Utiliza sistemas de apoyo para la prevención.</li> </ul>		

## INTERVENCIONES (NIC): IDENTIFICACIÓN DE RIESGO

### ACTIVIDADES

- Valora frecuentemente de riesgos con escala de Barbará Braden y Nancy Bergstrom validada para su aplicación con población mexicana o, la que determine la normatividad institucional.
- Planificar actividades de disminución de riesgo, en colaboración con la persona / familia y equipo multidisciplinario de salud.
- Determinar los sistemas de apoyo con la familia en calidad y frecuencia del cuidado.
- Dar cumplimiento preciso a la prescripción médica en la administración de antibióticos y otros medicamentos.
- Mantener herida limpia.
- Colocación de apósitos indicados para mejorar el proceso de cicatrización y disminuir el riesgo de infección.
- Movilización continúa por lo menos cada dos o tres horas.
- Implementar medidas de protección en zonas cutáneas y liberar la presión en talones, codos, coxis y otras como lo sugiere el plan de cuidados de prevención de UPP.
- Solicitar el apoyo del familiar para la movilización constante y cambios de posición cada 2 o 3 horas con la terapia rotacional de la guía para cambios de postura y acorde a las características de cada paciente.
- Realizar las anotaciones correspondientes en la hoja de notas y registros clínicos de enfermería las características de la herida / úlcera y condiciones del paciente como lo marca la NOM-168-SSA1-1998 del Expediente Clínico.

## INTERVENCIONES (NIC): PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES

### ACTIVIDADES

- Observar el grado de vulnerabilidad del paciente para desarrollar una infección en la zona de deterioro cutáneo.
- Implementar las precauciones estándar y enseñárselas al paciente y familia.
- Fomentar y motivar al paciente a que aumente su movilidad y deambule si su capacidad se lo permite, esto le permitirá generar una mayor cantidad de oxígeno para las células.
- Valorar las condiciones de la lesión con la escala de TIME
- Monitorizar el estado y las condiciones de la úlcera para detectar y prevenir oportunamente signos y síntomas de infección local.
- Para beneficio del paciente, recomendar al familiar, el uso de colchón de agua, aire, o de presión alterna, cojines de micro esferas de unicel, superficies especiales, etc.
- Utilizar apósitos de acuerdo al tipo de lesión, proceso infeccioso y las condiciones de la lesión.
- Obtener muestras para cultivo acorde a la Norma Oficial Mexicana PROY-NOM-045-SSA2-2004, Para la vigilancia epidemiológica, prevención y control de las infecciones nosocomiales.
- Atender y manejar la lesión de acuerdo a protocolos establecidos por la institución.
- Comunicar al médico sobre la sospecha del proceso infeccioso.

## INTERVENCIONES (NIC): SEGUIMIENTO EN EL PROCESO DE RECUPERACIÓN DEL PACIENTE CON ÚLCERAS PP (PLAN DE ALTA)

### ACTIVIDADES

Orientar y enseñar al paciente y familiar acerca de los cuidados que deberá continuar realizando en el hogar, como:

- La importancia de realizar las precauciones estándar antes y después de la curación de la herida, como: lavado de manos, uso de guantes, cubre bocas y la separación de basura hospitalaria, entre otras.
- Enseñar el procedimiento de curación de la herida utilizando el producto seleccionado terapéuticamente para el tratamiento.
- La importancia de acudir a los servicios sanitarios en caso de presentar signos y síntomas de infección local y/o sangrado.
- Enseñar al paciente a llevar un registro de las condiciones, la respuesta y evolución de las lesiones.
- Enseñar el ciclo de cambio de posiciones cada 2 o 3 horas durante el día y cada 4 horas durante la noche, evitando la presión sobre zonas ulceradas y el uso de aditamentos estáticos o dinámicos de acuerdo a la necesidad de cada paciente.
- Orientar sobre la importancia de un régimen alimenticio balanceado.
- Orientar sobre la importancia de la ministración de los medicamentos en horario prescrito, las posibles reacciones secundarias y detección oportuna.
- Orientar a paciente y familiar sobre la existencia de grupos de apoyo y ayuda especializada en caso necesario.
- Dar seguimiento a la evolución de la lesión hasta la resolución, por el familiar y el personal de salud.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008.
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª Edición Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
3. Mc Closkey D, J. Bulechek G.M. Clasificación de las intervenciones de enfermería (NIC) 4ª Edición, Editorial Elsevier- Mosby. Madrid España 2005.
4. Soldevilla Agreda, JJ y Torra i Bou, JE: Epidemiología de las úlceras por presión en España. Estudio piloto en la Comunidad Autónoma de La Rioja. Gerokomos 1999; 10(2):75-87
5. Torra i Bou, JE; Rueda López, J; Ramón Cantón C: "Reducción de la presión en zonas de riesgo para desarrollar úlceras por presión con un apósito hidrocelular". Rol Enferm 2000; 23 (3):211-218.
6. Posnett J; Torrai Bou JE: "El coste de la atención sanitaria de las úlceras por presión en España". Mesa de Debate "Las UPP" un reto para el sistema de salud y la sociedad Barcelona/Madrid 26 y 27 de febrero de 2003. En: <http://multimedia.cesanitaris.com/gneaupp2003/posnett.pdf>
7. Maklebust JA; Sieggreen M: Pressure Ulcers. Guidelines for prevention and management. Third Edition. Springhouse. Pennsylvania. 2001
8. Soldevilla JJ y Torra JE (eds.): Atención integral de las heridas crónicas. 1ª Ed. Madrid. SPA. 2004:209-226.
9. Palomar F, García J, Fornes B, Del Prez R, Tarrega ML, Marco M I, Sanandres R, Albarracin MD, Viel N, Rodríguez R. Valoración al ingreso del paciente de riesgo de úlceras por presión. Enfermería integral Junio 2006: 7 - 13
10. Guía de Práctica Clínica para el Manejo del Deterioro de la Integridad Cutánea: Úlceras por Presión. Distrito Sanitario Málaga 2004 Disponible en: [http://www.guiasalud.es/GPC/GPC\\_364.pdf](http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_364.pdf)
11. GNEAUPP. Documento Técnico nº3. Tratamiento de las úlceras por presión. Logroño 2003.
12. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro M, Pérez-Hernández R. Guía de Práctica Clínica para la Prevención y el Tratamiento de las Úlceras por Presión. Servicio de Andaluz de Salud. Consejería de Salud.<http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/library/plantillas/externa.asp?pag=../../publicaciones/datos/283/pdf/Guiacuidados.pdf>
13. Braden BJ, Bergstrom N. Clinical utility of the Braden scale for Predicting Pressure Sore Risk. Decubitus 1989 Aug; 2(3): 44-6, 50-1
14. Fuentes – Pumarola C, Bisbe-Company N, Galvany- Ferrer M, Garangou-Llenas D. Evaluación de los factores de riesgo y los tipos de superficie para el desarrollo de las úlceras por presión en el enfermo crítico. GEROKOMOS 2007; 18 (2): 91-105
15. Araujo-Mendoza G, Ávila-Jiménez L, Jerónimo-Benítez V. Escala para identificar desnutrición energético-proteica del adulto mayor hospitalizado. Rev Med IMSS 2004; 42 (5): 387-394
16. Cañón Abuchar, Hilda María; Adarve Balcazar, Marcela; Castaño Duque, Ana Victoria. Prevención de las úlceras por presión en personas adultas hospitalizadas. Guías ACOFAEN. Biblioteca Las casas, 2005; 1. Disponible en <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0028.php>
17. Blümel-M J, Tirado-G K, Schiele C, Schönfeldt-F G, Sarrá C S. Validez de la escala de Braden para predecir úlceras por presión en población femenina. Rev. Méd. Chile 2004; 132: 595-600
18. Rodríguez-Torres M, Soldevilla-Ágreda J. ¿juicio clínico o escalas de valoración para identificar a los pacientes en riesgo de desarrollar úlceras por presión?. Gerokomos 2007; 18 (1): 36-51
19. Moreno-Pina P, Richart-Martínez M, Guirao-Gorisc J, Duarte-Climentds G. Análisis de las escalas de valoración del riesgo de desarrollar una úlcera por presión. Enf. Clin. 2007; 17(4):186-97.
20. García-Fernández FP, Soldevilla-Ágreda J. Evaluación Técnica de materiales Preventivos y Terapéuticos en heridas crónicas: Guía y consideraciones. GNEAUPP. Documento de Posicionamiento N°5. Disponible en: [http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento\\_evaluación\\_técnica.pdf](http://www.gneaupp.org/documentos/gneaupp/posicionamiento_evaluación_técnica.pdf). Consultada el: 20 de mayo del 2008.
21. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. 1ª Ed. Jaén. Ed. H.U. Princesa de España. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2001.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS

22. García-Fernández F, Pancorbo-Hidalgo P, Laguna-Parras J. Guía para el cuidado del paciente con úlceras por presión o con riesgo de desarrollarlas. Hospital Universitario "Princesa de España" Jaén. 2001.
23. Rodríguez M, Almozara R, García F, Malia R, Rivera J. Cuidados de Enfermería al paciente con úlceras por presión. Guía de Prevención y Tratamiento. Cadiz. Hospital Universitario Puerta del Mar. 2003.
24. López-Alonso S, García-Aguilar R, Lacida-Baro, Pérez-Hernández R. Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía.
25. Díaz-Mendi R. Manual de prevención y cuidado de úlceras por presión. Servicio de Cantabro de Salud. [http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp\\_files/cantabria.pdf](http://www.saludmultimedia.net/guests/gneaupp_files/cantabria.pdf)
26. Comunidad de Madrid. Guía para el Abordaje del Deterioro de la Integridad Cutánea. Dirección de Enfermería. Gerencia de Atención Primaria Área 5. Madrid: 2006.
27. Protocolo de Ulceras por Presión (UPP). Hospital Da Costa. Burela. Lugo. España: 2002.
28. Rich-Ruiz M. Protocolo de Ulceras por presión. Dirección de Enfermería Unidad de Calidad, Docencia e Investigación de Enfermería División de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía Córdoba.
29. Ruiz-Rozas J, Martí- Mateo A, Herrero-Ballestar J, Pomer-Monferrer M, Masoliver-Forés A, Lizán-Tudela L. Úlceras por presión. Guías Clínicas 2004; 4 (7).
30. Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Guía de Práctica Clínica para la prevención y el Tratamiento de las úlceras por presión.. producción editorial Artefacto. I.S.B.N.: 978-84-690-9460-0 D.L.: SE-5964-07 Andalucía - España.
31. Martínez Angulo Josefina. Guía Rápida de Consulta para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de las úlceras por presión. Gobierno de la Rioja Salud. Depósito legal: LR-502-2008.
32. Tomas Vidal Antonia María. Guías de Práctica Clínica Subdirección Asistencial de Enfermería. ISBN 978 – 84 – 690 – 52 – 4 Depósito legal: 1349 – 2007

## PARTICIPANTES

### **Coordinación del proyecto:**

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.

Mtra. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

### **Elaboró:**

MCE. Luz María Vargas Esquivel.- Hospital Regional "Lic. Adolfo López Mateos" ISSSTE; Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.

Enf. Lizbeth del Carmen Reyes Ruiz.- UMAE Hospital de Especialidades Centro Medico Nacional IMSS

L.E.O. Ma. Guadalupe Segura Martínez.- Hospital Regional de Alta Especialidad del Bajío.

Lic. Enf. Judith Guzmán Morales. – Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social del Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia DIF

Lic. Enf. María de los Ángeles garcía Núñez.- Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

Lic. Enf. Elisa Quintero Ramírez.- Hospital Santa Mónica.

Lic. Enf. Ma. Luisa Martínez Arzate.- Secretaria de Salud del Gobierno de Guanajuato, Hospital General de Celaya.

Lic. Enf. Verónica Pacheco Chávez.- Secretaria de Salud, Oficina Central, Quintana Roo.

MCE Rosa Carmen Rodríguez Nañez.- Oficina Central de la Secretaria de Salud de Chiapas.

Lic. Enf. María Luisa Osorio Guzmán.- CEMEV, "Dr. Rafael Lucio" Jalapa, Veracruz.

Lic. Enf. Vid Samperio Pacheco.- DIF Nacional, Dirección General de Rehabilitación y Asistencia Social.

### **Revisión:**

Lic. Enf. María Rosy Fabián Victoriano. Hospital General Dr. Manuel Gea González.

Lic. Enf. María Luisa Martínez Arzate.- Hospital general de Celaya Guanajuato.

Mtra. Gloria Elena Ramírez Ramírez.- Coordinadora Estatal del Estado de Guanajuato.

Lic. Enf. Imelda Flores Montes.- Secretaria de salud.- Instituto nacional de cardiología Ignacio "Chávez".

Lic. Enf. Alejandra Osorio Ruíz.- Secretaria de Salud.- Instituto nacional de Enfermedades respiratorias Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.

Enf. Quirúrgica Alejandra López Andrade.- Secretaria de Salud.- Instituto nacional de Enfermedades respiratorias Unidad de Vigilancia Epidemiológica Hospitalaria.



Imprenta  
Número de ejemplares  
Fecha