



PERÚ

Ministerio
de Salud

Hospital de Emergencias
"José Casimiro Ulloa"

HOSPITAL DE EMERGENCIAS "JOSÉ CASIMIRO ULLOA"

DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA

GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA

JUNIO - 2011

Planif

MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL DE EMERGENCIAS
"JOSE CASIMIRO ULLOA"

Nº 232-2011-DG-HEJCU



Resolución Directoral

VISTO:

Miraflores, 18 de Julio del 2011

El Expediente N° 11-009193-001, que contiene el Informe N° 104-2011-OEPP-EOP-HEJCU emitido por la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, el Memorando N° 0235-DME-HEJCU-2011 emitido por la Dirección Médica y el Informe N° 0043-DE-HEJCU-2011 emitido por el Departamento de Enfermería; y;

CONSIDERANDO:

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

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

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

Que, mediante Resolución Directoral N° 167-DG-2010-HEJCU-OEPP, se aprobó el Manual de Organización y Funciones del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" en el Capítulo VI (Descripción de Funciones) establece que una de las funciones del Departamento de Enfermería es elaborar el Manual de Organización y Funciones – MOF y otros documentos de gestión de su Departamento.

Que, mediante Informe N° 043-DE-HEJCU-2011, la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa", remite a la Dirección Médica las Guías de Intervención en Enfermería solicitando su aprobación; la misma que cuenta también con la aprobación de la Dirección de la Oficina de Gestión de Calidad.

Que, mediante Memorando N° 0235-DME-HEJCU-2011, la Dirección Médica señala que se ha revisado y evaluado el proyecto de (15 Guías) de Intervención de Enfermería elaborado por el Departamento de Enfermería del HEJCU.

Que, mediante Informe N° 104-2011-EPP-EOP-HEJCU, la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, en cumplimiento de sus funciones establecidas emite su conformidad y opinión favorable respecto a la (15) Guías de de Intervención en Enfermería elaborado por el Departamento de Enfermería;

Estando a lo propuesto por el Departamento de Enfermería;

Contando con las visaciones, del Director Médico, el Director de la Oficina Ejecutiva de Planeamiento y Presupuesto, la Jefa del Departamento de Enfermería y la Directora de la Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital de Emergencias José Casimiro Ulloa;



AGRADECIMIENTO POR COLABORACIÓN EN LA VALIDACIÓN DEL DOCUMENTO

Supervisoras del HEJCU

Jefes de Servicio del HEJCU

Enfermeras Asistenciales del HEJCU

Alumnas de Enfermería del Post grado de la especialidad Emergencias y Desastres de la Universidad Técnica del Callao.

ASESORES

Lic. Angelita Santos Vásquez.

Lic. Cecilia Hurtado Colfer

ÍNDICE

Presentación

I MARCO CONCEPTUAL GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

II NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DE REGISTROS

III Guías de intervención de Enfermería

1. GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA
2. GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA
3. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA
4. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO
5. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTES CON FRACTURAS.
6. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES GESTANTES CON CRISIS ASMÁTICA
7. GUÍAS DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IMA)
8. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO NNN EN PACIENTES CON CON CRISIS CONVULSIVA CUADRO DE SHOCK ANAFILACTICO
9. GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PAC CON COMA DIABÉTICO
10. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTE CON ÓRGANOS FOSFORADOS

11. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA NIC NOC EN PACIENTES CON PANCREATITIS DE ORIGEN BILIAR

12. GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA N.N.N EN PACIENTES CON COLEDOCOLITIASIS

13. GUÍA DE PROCESO DE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

14 GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA – NIC – NOC EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

15 GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTE CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR. (ACV)

PRESENTACIÓN

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es el método científico aplicado en la práctica asistencial enfermera, que permite prestar cuidados de forma racional y sistemática, individualizada tratando las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas desde la teoría de forma individual, pero superpuestas en la práctica diaria, y que son: VALORACIÓN, DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA, PLANIFICACIÓN, EJECUCIÓN, EVALUACIÓN. Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería, ya que son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente, su tratamiento y su evolución.

Los registros enfermeros son fundamentales pues van a posibilitar el intercambio de información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferenciar la actuación propia, de la del resto del equipo; manifestando así el rol autónomo de la enfermería.

Además favorece la investigación clínica y docencia de enfermería, permitiendo así la formulación de protocolos y procedimientos específicos, necesarios para cada área de trabajo.

También Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto, materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico.

Los registros enfermeros tienen una finalidad jurídico-legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del enfermero respecto a su conducta y cuidados al paciente.

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimen la actuación del profesional.

Los registros enfermeros pueden ser estandarizados o no estandarizado, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización constituyendo así:

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario.
- Calidad de cuidados, al poder compararse con determinadas normas de calidad.
- Un sistema de evaluación para la gestión de servicios enfermeros, permitiendo la investigación en enfermería; la formación pre/post-grado y una prueba de carácter legal.

El Departamento de enfermería del Hospital de Emergencias "José Casimiro Ulloa" viene trabajando desde el año 2005 en el proceso de transformación de los registros enfermeros en nuestra institución, facilitando la evolución de nuestros registros narrativos a registros aplicando el PAE y haciendo uso

de la nemotecnia SOAPIE en cumplimiento al manual de indicadores hospitalarios emanados del MINSA y de nuestra Ley del Enfermero (27669).

A lo largo de este tiempo los enfermeros nos hemos ido concientizando de la importancia de la calidad de los registros a nivel profesional como legal. Este proceso de evolución en nuestros registros fue progresivo. También creamos un instrumento de evaluación del paciente al ingreso que nos permitió la recolección de datos en forma ordenada, rápida, acorde con la casuística de pacientes que recibimos en nuestro hospital de emergencias “José Casimiro Ulloa”. Esta experiencia fue compartida con las licenciadas que laboran en servicios de emergencias de otros hospitales de Lima y Callao, las reuniones se realizaron en la oficina general de DEFENSA NACIONAL y es así como nace la idea de elaborar un “compendio de guías de intervención y procedimientos de enfermería en Emergencias y Desastres” el cual fue aprobado con Resolución Ministerial 996-2005 el 28 de Dic del 2005. y aplicado a partir de esa fecha en nuestra institución.

El Departamento de enfermería conocedor de la importancia profesional y legal de los registros enfermeros se mantiene en constante proceso de mejora continua, y en el presente año (2010) hemos realizado reuniones de actualización en la Taxonomía NANDA, NIC, NOC. Y hacemos llegar una guía de aplicación de NNN que por casuística atendemos en nuestra institución, los mismos que han sido elaborados de acuerdo a la Taxonomía NNN con sus respectivas codificaciones.

Cecilia Hurtado Colfer

Jefa del Departamento de Enfermería

MARCO CONCEPTUAL GUÍAS DE INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

I.I FUNDAMENTACIÓN

Las Guías de Enfermería definen el campo del ejercicio profesional y contiene las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Además su existencia es requisito de acreditación.

El Proceso de atención de enfermería Tiene una finalidad ya que se dirige a un objetivo. Es sistemático pues Implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo. Además es dinámico pues Responde a un cambio continuo, Es interactivo, Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Así también tenemos que es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Tiene una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

I.II OBJETIVOS

- Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en los servicios del Hospital Casimiro Ulloa
- Contribuir a reducir costos de la atención.
- Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de Salud y especialmente de enfermería.
- Unificar criterios.

I.III ALCANCE

Las presentes guías son de uso referencial por el profesional de Enfermería que labora en el Hospital Casimiro Ulloa

I.IV BASE LEGAL

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

I.V DEFINICIONES OPERACIONALES

1. Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración , planeación y ejecución) ; Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación) ; y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Calidad del registro de Enfermería. Esta medición se debe basar en la existencia de un plan de atención de enfermería estructurado según las normas establecidas en el SOAPIE. El cual es un sistema para el registro e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las acciones y observaciones, garantizando la continuidad y seguridad en su atención (S: datos subjetivos, O: datos objetivos, A: análisis o diagnóstico, P: plan de acción, I: intervención, E: evaluación)

Porcentaje de diagnósticos de Enfermería registrados. Es un indicador que sirve para establecer el grado de cumplimiento del llenado de la hoja de registro correspondiente, donde debe figurar el diagnóstico de Enfermería.

2. Diagnóstico de Enfermería. Es la interpretación de los problemas y necesidades del paciente basada en una valoración (Subjetiva y Objetiva), que permite planear la intervención de enfermería. Este diagnóstico realizado por la enfermera a cargo, debe consignarse en la hoja de registro de enfermería. Los diagnósticos deben elaborarse tomando como referencia el sistema de clasificación de Dx NANDA, adaptado a las características particulares del hospital. (MINSa 2001)

3.-Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultado. Describir los resultados esperados, tanto por parte de los individuos y/o de la familia como por parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

4. PLANIFICACIÓN DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERÍA:

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

EJECUCIÓN: La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es en esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas
- Dar los informes verbales de enfermería,
- Mantener el plan de cuidados actualizado.
- El enfermero en esta fase realizará todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada
- De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

5. EVALUACIÓN: La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982).

I. NORMAS PARA LA ELABORACIÓN DE REGISTROS

La responsabilidad está relacionada, con la eficacia y la eficiencia. El registro de los cuidados que se proporciona puede reflejar la eficacia o proteger la responsabilidad legal, cuando ocurra un incidente fuera de lo normal. El aumento de autonomía y la toma de decisiones independientes, significan asumir responsabilidades sobre nuestras acciones, permitiéndonos respetar siempre las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad, pero también, incrementa el riesgo de responsabilidad a la que estamos expuestos. Por otro lado, se pueden delegar tareas a otros miembros de equipo que esté profesionalmente calificado para ello, pero debemos de saber que SE DELEGAN TAREAS Y NO RESPONSABILIDADES.

Los profesionales de la salud, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplir los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa, que guarda relación con los procesos clínicos en los que interviene y los que requieran los centros. Este deber de cumplir conlleva a la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea papel o informático.

Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos, organizaciones profesionales e instituciones reguladoras. Los enfermeros deben responder ante los pacientes, el hospital (el centro de trabajo) la profesión, otros miembros del equipo, ante sí mismos y por su puesto ante la legislación.

Reglas o recomendaciones básicas para elaborar los registros

• OBJETIVIDAD:

Deben estar escritos de forma objetiva, sin prejuicios, juicios de valor u opiniones personales.

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos, acusaciones, discusiones o insultos.

Ej: Refiere consumir “dos litros de vino al día”

NO: Alcohólico

- Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.

Ej: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”

- Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

- Registrar sólo la información subjetiva de enfermería, cuando esté apoyada por hechos documentados.

• PRECISIÓN Y EXACTITUD:

Deben ser precisos, completos y fidedignos.

- Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa.

- Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

- Los hallazgos deben describirse de manera metódica, tipo, forma, tamaño y aspecto.

Ej: A las 12:00h, presenta apósito manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. de diámetro y aspecto hemático. SGR (D.U.E.)

NO: Apósito manchado

- Se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma legible de la enfermera responsable.

- Anotar todo de lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar unos cuidados de enfermería deficiente. “Lo que no está escrito, no está hecho”

Ej: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colúrica de 80 ml. S. García (D.U.E.)

• LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:

Deben ser claros y legibles, puesto que las anotaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

- Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letra de imprenta.

- Anotaciones correctas ortográfica y gramaticalmente

- Usar sólo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que puedan entenderse con más de un significado, cuando existan dudas escribir completamente el término.

Ej: IR: Insuficiencia Respiratoria o Renal

- No utilizar líquidos correctores ni emborronar. Corregir los errores, tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error” con firma de la enfermera responsable.

- Firma y categoría profesional legible: Inicial del nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.

Ej: L. Valentín ó LVM (D.U.E.)

- No dejar espacios en blanco, ni escribir entre líneas.

• SIMULTANEIDAD:

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el final del turno.

- Evitando errores u omisiones.

- Consiguiendo un registro exacto del estado del paciente.

- Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlos, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas e incompletas.

Ej: Si se registra “ha descansado bien toda la noche” y a las 6:00h se produce una PCR, el registro ya no es fidedigno.

HOJAS DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Se debe anotar TODA la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora y las iniciales de la enfermera responsable.

☑ Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.

☑ No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellidos del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo.

Ej: A las 16:00, el Dr. J. Matas, prescribe telefónicamente paracetamol 1gr. vía oral.

☒ Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora a la que lo realizó.

Aquello que no se debe anotar:

☒ Los adjetivos que califiquen conductas o comportamientos del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.

Ej.: El paciente se muestra agresivo verbalmente con el personal de enfermería, en lugar de paciente agresivo

☒ No hacer referencia a la escasez de personal ni a conflictos entre compañeros.

☒ No intentar explicar que se ha producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente”, “de alguna forma”.

☒ No mencionar que se ha redactado un informe de incidencias, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal y como ocurren.

Ej.: Informes de caídas

☒ No referirse al nombre u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confidencialidad

☒ No anotar que se ha informado a compañeros o superiores de determinados hechos, si ésta información se ha producido de forma informal o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.

La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

BIBLIOGRAFÍA

1. Carpenito, L.J.; Planes de cuidados y documentación en enfermería. Ed. Mc Graw-Hill-Interamericana de España. 1ª Ed. 1994.
2. Martínez Ques, A.A. Aspectos legales y prácticos de los registros de enfermería. Revista Gallega de Actualidad Sanitaria. Marzo 2004; Vol. 3(1):54-59.
3. BOE, 15 de Noviembre 2002 (Nº 274; Ley 41/2002 de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
4. Gutiérrez de Terán Moreno, G. Aspectos legales de los registros de enfermería. . (1993); Enfermería Clínica 3 (1): 39-41.
5. Benavent Garcés, M.A., Leal Cercós, M. I. Mesa de los aspectos Ético-Legales de los Registro de Enfermería. I Trobada d'infermeria Comunitària. Valencia. Octubre 1998. Publicado en CB Nº 41, 1º 2000.
6. W. Iyer, P. Trece reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); Nursing, 10 (3): 40-44.
7. W. Iyer, P. Seis nuevas reglas para realizar unos registros que le protejan legalmente. (1992); Nursing, 10 (4): 32-37.
8. Murphy, J. Y J. Bruke, L. Anotar las excepciones. Una forma más eficaz de hacer los registros. (1991); Nursing, 9 (3): 39-41.
9. Calfee, B. Siete cosas que nunca deberá anotar. (1994); Nursing, 12 (9): 57.
10. Silvia García Ramírez, Ana María Navío Marco, Laura Valentín Morganizo. Normas básicas para la elaboración de los registros de enfermería. Nurse Investigación, nº 28, Mayo-Junio 07

GUÍA DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES OPERADOS DE COLECISTECTOMIA

DEFINICIÓN

Colecistectomía es la intervención quirúrgica que se realiza para quitar una vesícula biliar enferma.

CAUSAS

- Cálculos biliares (colecistiasis).
- Inflamación por infección (colecistitis).
- Dolor abdominal intenso debido cólico de vesícula.
- Bloqueo de los conductos biliares (obstrucción biliar).

SÍNTOMAS Y SIGNOS

- Dolor abdominal intenso
- Náuseas y vómitos
- En algunos casos fiebre, ictericia en piel y mucosas

FISIOPATOLOGÍA

Se produce cuando se postula irritación en la pared de la vesícula por la bilis concentrada como consecuencia del enclavamiento de los cálculos en el bacinete ó cístico, generalmente se asocia a infección por escherichia coli o, por estreptococos fecales. Sin embargo la infección no es constante, es un fenómeno secundario a la obstrucción, se cree que los gérmenes llegan a la vesícula por vía linfática. En ocasiones sobreviene gangrena de la pared, aparte de la inflamación aguda en la mayoría de casos se reconocen elementos de inflamación crónica.

VALORACIÓN DIAGNOSTICA

El diagnóstico se basa según los síntomas que presenta el paciente y en los análisis que indican una inflamación de la vesícula biliar, en la colecistitis aguda los glóbulos blancos están elevados, en obstrucción de cálculos biliares las pruebas hepáticas son anormales (bilirrubina está elevada).

- La ecografía confirma presencia de cálculos biliares ó pueden mostrar engrosamiento de la pared de la vesícula, característico de las colecistitis crónicas.
- La colecistografía es una técnica de imagen que sirve para diagnosticar casos de colecistitis aguda difícil.
- En otros casos el ultrasonido es útil en cálculos de los conductos biliares.
- Existen otras pruebas de diagnósticas como la colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE), TAC o Resonancia (RMN).

TRATAMIENTO

En crisis de dolor agudo o crónico por lo general el paciente queda hospitalizado, se le administra líquidos, electrolitos por vía endovenosa y se le suspende alimentos y líquidos por vía oral.

Se le coloca una sonda nasogástrica para mantener el estómago vacío y reducir la acumulación de líquidos en el intestino.

Generalmente se administra analgésicos, antiespasmódicos y antibióticos.

- En caso de colecistitis aguda con diagnóstico claro, y el riesgo quirúrgico es bajo, por lo general se extirpa la vesícula biliar.
- En caso de ceder el cuadro agudo se puede retrasar la cirugía por más o menos 6 semanas.
- En caso de sospecha de complicación como un absceso, gangrena o perforación de vesícula es necesaria la cirugía inmediata.
- En colecistitis alitiásicas es necesaria la cirugía inmediata para extirpar la vesícula biliar afectada.

RIESGOS

Los riesgos de cualquier intervención bajo anestesia general

Problemas respiratorios

Infecciones

Hemorragias

Riesgos adicionales: Daño del conducto biliar

COLECISTECTOMIA LAPAROSCOPICA

Técnica innovadora con grandes ventajas que consiste en la extracción de la vesícula biliar mediante laparoscopia

PREPARACION

Ayuno de líquidos y sólidos desde la media noche del día anterior

Baño la mañana de la cirugía

Evacuación intestinal mediante enema ó algún laxante

Examen preoperatorio según la condición médica

Si toma alguna medicación diariamente, consultar con su cirujano.

Vendaje muslo pedio

PROCEDIMIENTO

Bajo anestesia general

Usando una cánula el cirujano entra al abdomen en la región del ombligo

Un laparoscopio se conecta a una cámara especial el cual es introducido a través de la cánula, dando al cirujano una imagen magnificada de los órganos internos del Pac. sobre una pantalla de televisión.

Otras cánulas son insertadas para permitirle al cirujano separar delicadamente la vesícula de sus adherencias y extraerlas a través de una de las aperturas

Si el cirujano encuentra uno ó mas cálculos en el colédoco el puede extraerlos usando un endoscopio especial, realizando una cirugía mínimamente invasiva o una cirugía abierta.

RIESGOS:

Son poco frecuentes pero pueden incluir sangrado, infección, neumonía, coagulos de sangre ó problemas cardiacos. Una lesión inadvertida de una estructura aledaña como el colédoco ó el duodeno puede ocurrir y requerir otro procedimiento para repararla.

Han sido descritas fugas de bilis al abdomen proveniente de los conductos que llevan la bilis desde el hígado hasta el duodeno.

La mayoría de los pacientes regresan a su hogar al día siguiente de la cirugía laparoscópica en comparación a cinco días después de un procedimiento tradicional abierto.

QUE OCURRE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA DE LA VÍA BILIAR

La extracción de la vesícula biliar es un a cirugía abdominal mayor y puede producir dolor nauseas u vómitos

Una vez los líquidos ó dieta son tolerados los Pac son dados de alta

La actividad depende de cómo el Pac. se sienta.

Caminar es aconsejable

Los Pac. pueden retirarse las gasas u bañarse al día siguiente de la cirugía

Los Pac. pueden regresar a sus actividades normales en una semana, incluyendo conducir carro, subir escaleras, levantar objetos livianos y trabajar.

La presencia de fiebre, color Amarillo en los ojos o la piel, empeoramiento del dolor abdominal, distensión, nausea y vomito persistente, o drenaje por alguna de las heridas son indicaciones de posibles complicaciones

Se contactará con el médico para una cita de control dentro de las dos semanas

después de la cirugía aún si el postoperatorio ha cursado sin problemas.

COLECISTITIS-COLECISTECTOMIA

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132)Dolor Agudo R/C Intervención Qx	(1605)Control del dolor Pac.referirá disminución de dolor según escala a 4	(1400) Manejo del dolor: Explicación de las causas del dolor. Evaluar la localización y aplicación de la escala del dolor Aplicar técnicas para aliviar el dolor: Imagin	Paciente manifiesta alivio del dolor, según escala del dolor 5/10
(00004) Riesgo de infección R/C intervención Qx e invasivos.	(0703)Estado de infección Pac .disminuirá riesgo de infección	(5540)Control de infección: Control de funciones vitales Monitorización de temperatura Vigilancia de la herida operatoria Cuidados de la piel Mientras camina la bolsa de colección debe colocarse debajo de la cintura Buscar en el Pac. Signos de infección derrame de bilis en la cavidad peritoneal de 7 a 14 días se extrae el drenaje.	Paciente queda afebril, con T° 36.9° Con Herida limpia sin signos de flogosis. No evidencia signos de infección en zona de inserción de cateteres
(00028) Riesgo de déficit de volumen de líquidos R/C restricción del aporte, pérdidas excesivas, (SNG, kerth náuseas y/o vómitos)	(0601)Equilibrio de líquidos Pac. mantendrá hidratación adecuada.de líquidos y valores normales de electrolitos. Mantendra un B.H.+200	(2080)Manejo de líquidos y electrolitos . Fluidoterapia indicada.	Paciente se mantiene hidratado durante el turno. Mantiene balance hídrico adecuado +250 Electrolitos dentro de valores normales.Na ..K...
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00146) Ansiedad R/C cambio en el estado de salud , intervención Qx desconocimiento de su enfermedad	(1402)Control de la ansiedad - Disminuirá la ansiedad Paciente conocerá sobre el proceso de su enfermedad	(5820)Reducción de la ansiedad Apoyo emocional: Información sobre su estado de salud Manejo ambiental	Paciente refiere sentirse más tranquilo. Manifiesta que aplicará sus conocimientos en su autocuidado.
(00002)Desequilibrio nutricional por defecto r/a ingesta insuficiente de alimentos dieta absoluta ,náuseas, vómitos secundario a acto quirúrgico	(1009)Estado nutricional El Pac. Recuperara su estado nutricional progresivamente	(1030)Manejo de los trastornos de la alimentación. Verificar la permeabilidad de la SNG controlar el drenaje y prevenir las náuseas y vómitos	SNG a gravedad = Pac mejora tolerancia oral Tolera dieta fraccionada

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N N N EN PACIENTES CON COLECISTITIS AGUDA

DEFINICIÓN

Es la infección más espectacular y característica de la patología de las vías biliares.

SIGNOS Y SÍNTOMAS:

Inicio como un ataque de cólico biliar, no remite el dolor, puede persistir varios días.

El dolor se encuentra en el cuadrante superior derecho o epigastrio.

Fiebre moderada 38° C

Anorexia

Nauseas y vómitos

Leucocitosis moderada 12,000 a 15,000 leucocitosis.

Ictericia

MEDIOS DE DIAGNÓSTICO

Clínica

Prueba de laboratorio.

Gamma grafía

Tomografía axial computada.

TRATAMIENTO MÉDICO

Quirúrgico

Colecistectomía

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO:

Líquido por vía endovenosa.

Antibióticos

Analgésicos

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N EN PACIENTES PEDIÁTRICOS CON ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA

DEFINICIÓN

La enfermedad diarreica aguda (EDA) consiste en cambio súbito en el patrón de evacuación intestinal normal del niño, caracterizado por aumento en la frecuencia o disminución en la consistencia de las deposiciones. Para ser considerada como aguda, su aparición debe tener menos de tres semanas.

CAUSAS

La causa más importante y frecuente de EDA es la infección entero-cólica con respuesta variable en los enfermos; algunos manifiestan cuadros graves, otros síntomas moderados y otros son asintomáticos trasmite por vía fecal- oral o a través de la contaminación del agua o de los alimentos con materia fecal. y adoptan diversas modalidades, dependiendo de los vehículos y las vías de transmisión.

MICROORGANISMOS Y SINTOMAS

Los microorganismos que más frecuentemente se asocian a EDA son: La infección bacteriana más común en nuestro medio es la debida a la *Escherichia coli*. Aunque la mayor parte de las cepas de *E. coli* son inofensivas, algunas, como la enterotoxigénica,

La *shigellosis*, conocida como disentería bacilar, es causa importante de diarrea. La presentación clínica incluye cólicos abdominales, fiebre y diarrea que con frecuencia es sanguinolenta. La *Salmonella* puede causar gastroenteritis, fiebre tifoidea y bacteremia.

La diarrea viral se acompaña de síntomas sistémicos como fiebre, mialgias y cefaleas. Por lo general se autolimita en tres o cuatro días, aunque en ocasiones, produce cuadros severos con deshidratación, haciéndose obligatorio un manejo intrahospitalario.

Las infecciones parasitarias como la giardiasis, además de la diarrea, que nunca es sanguinolenta, producen dolor abdominal. La amebiasis es clínicamente indistinguible de las colitis bacterianas, por lo cual es indispensable el estudio de las heces frescas en busca de trofozoitos para asegurar el diagnóstico. El rotavirus A son la causa más común de diarrea y deshidratación en niños menores de dos años en todo el mundo.

DIAGNOSTICO:

Toda diarrea sin excepción del tipo, intensidad, localización o mecanismo, cursa con un episodio mayor o menor de desplome nutricional y por lo tanto de déficit hidroeléctrico que el episodio de diarrea ha producido.

Examen de heces: Reacción inflamatoria, coprocultivo

COPROCULTIVO:

Los leucocitos están presentes en las heces en enfermedades intestinales inflamatorias, esto puede ser el resultado de una EDA bacteriana o parasitaria, es así que entre 10-20 leucocitos (principalmente polimorfo nucleares) indican EDA bacterianas invasivas.

Se debe reconocer en el niño uno o más de los siguientes signos que indican la presencia de complicaciones.

- No puede beber o comer
- Vomita todo
- Tiene convulsiones
- Está letárgico o inconsciente
- Muestra ausencia o disminución de los ruidos intestinales

TRATAMIENTO

El objetivo primordial es corregir la deshidratación y los trastornos hidroeléctricos y mantener la homeostasia durante el curso de la enfermedad; para ello se recomienda la solución de rehidratación oral, la cual puede ser salvadora en los niños

La hidratación parenteral se indica en casos de deshidratación grave, cuando fracasa la hidratación oral o se sospecha enterocolitis.

PREVENCIÓN

- Lactancia materna exclusiva durante los primeros cuatro a seis meses.
- NO usar biberones para alimentar a los niños.
- NO guardar alimentos a temperatura ambiental
- NO beber agua contaminada por materia fecal.
- Lavarse las manos después de defecar, después de desechar las heces de los niños y antes de preparar o servir los alimentos
- Evitar presencia de vectores mediante una higiene adecuada

EDA EN PACIENTE PEDIÁTRICO

OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(501) Eliminación intestinal. Disminuirá el número de deposiciones en 6hrs.	(0460) Manejo de las diarreas Colaborara examen medico. Observar el número y la característica de las deposiciones (7820)Se envia muestra de heces para analisis	Realiza 3 Deposiciones amarillas con moco Resultado de analisis=
(601) Equilibrio hidrico Mantendra equilibrio hidroelectrolitico +20 Disminuira la frecuencia de nauseas, vomitos y diarreas. Mejorara tolerancia oral en 2 horas	(2080)Manejo de liquidos y electrolitos. CFV y BH Colaborar en el examen medico Observar características y frecuencia de vomitos y diarreas. Observar signos de descompensacion hidrica. 3PM Administrar Dimenhidrinato + Ranitidina Observacion por espacio de 45' Iniciar tolerancia oral cantidad indicada cada 15' Niño continua vomitando, se inicia hidratacion endovenosa cantidad indicada en 4 horas. Reiniciar tolerancia oral, cada 15' por 2 horas.	Paciente hidratado B.H+=250cc El Pac. No Pta. Nauseas No Pta vomitos. Deposiciones disminuyen en numero a 3 Tolera via oral.
(0800) Mantendra temperatura de 37°C	(3740)Manejo de la hipertermia. Control de funciones vitales Colaborar con examen medico 2:00 pm Colocar metamizol dosis indicada IM Realizar baño en tina por 20' Aligera prendas por 20' Controlar temperatura 3:00 pm Administrar según indicación Ceftriaxona 1 gr im c/24 horas (6482) Manejo ambiental.	Paciente con temperatura de 37.5°C Temperatura disminuyo a 37°C
(1605) Control del dolor Pac. sera capaz de expresar alivio del dolor En la escala de 1/10 =4	(1400)Manejo del dolor Valorar escala del dolor del 1/10 Colocar al paciente en ambiente comodo y ambiente tranquilo 2:30 pm Se adm. Hioscina 1/2 amp.IM- Observar al Pac. por 40' Revaluacion del dolor.	Paciente manifiesta sintomas del alivio del dolor a 4
(0703) Estado de infección El paciente disminuira riesgo de infeccion en el turno.	(0640) Utilizar tecnicas asepticas Administracion de medicamentos utilizando los procedimientos correctos.	Paciente sin signos de infeccion
OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(1402)Control de la ansiedad Paciente disminuira estado de ansiedad al momento del alta	(5820)Reduccion de la ansiedad Explicar al paciente y/o mama procedimientos a realizar. Proporcionar un ambiente acogedor. Utilizar tecnicas de disuacivas (lactancia materna) para realizar procedimientos necesarios Manejo ambiental.	Paciente expresa que la ansiedad a disminuido Niño se muestra tranquilo
(609)Conducta terapeutica ante la enfermedad Madre recibira informacion sobre proceso y tto de la enfermedad	(5618) Enseñanza, procedimiento y tto. Orientar al a madre cuidados y tto a seguir.	Madre orientada con conocimientos suficientes como para brindar atencion en el hogar.

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTES CON INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

DEFINICIÓN

La infección del tracto urinario (ITU) es la alteración funcional o morfológica de la vía urinaria producida por gérmenes patógenos en la orina por infección de la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata

CAUSAS

Las infecciones de las vías urinarias más habituales son las producidas por bacterias tales como la *Escherichia coli*, luego virus, hongos o parásitos.

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

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Necesidad urgente y frecuente de orinar. (poliaquiurea), Picazón o quemazón en la uretra al orinar. Enrojecimiento de la vulva y picor vaginal (en las mujeres). Dolor al orinar y en las relaciones sexuales. (disuria). Color turbio, lechoso (espeso) o anormal de la orina. Aparición de sangre en la orina. Fiebre y escalofríos (La infección puede haber alcanzado los riñones). Vómitos y náuseas. Dolor en el costado o espalda (indica infección en los riñones). A menudo, las mujeres sienten una ligera presión por encima del hueso púbico y muchos hombres sienten una dilatación del recto.

DIAGNÓSTICOS

: Las pruebas y análisis que tendrán que realizarse al paciente dependerán de la zona donde se presume que radica la infección y de los síntomas que éste padezca. Algunas de las pruebas más generales son las siguientes:

- Examen físico: El médico palpa la zona abdominal y pélvica del paciente para detectar los lugares con dolor o con enrojecimiento.
- Análisis de orina: Con una muestra de orina del paciente se examina si ésta contiene algún agente infeccioso (germen nocivo).
- Cultivos de orina, líquido vaginal o líquido uretral: se determina qué tipo de bacteria es la causante de la infección y qué antibióticos pueden resultar efectivos (antibiograma).
- Cistoscopia: Consiste en introducir por la uretra un tubo provisto de lentes y luz para observar directamente el estado de la uretra y la vejiga urinaria.
- Ecografía abdominal: Es un estudio indoloro del abdomen que se realiza mediante ultrasonidos que forman una imagen en un monitor.
- Urografía: Es una radiografía del riñón, para la cual hay que inyectar previamente una sustancia que creará un contraste y el riñón podrá ser observado con facilidad.

TRATAMIENTO

Uso de Antibióticos: si están causadas por bacterias, o con antivirales si están causadas por virus. Previa prueba de sensibilidad o antibiograma. Beber grandes cantidades de agua ayuda a limpiar el

tracto urinario de bacterias Infecciones a repetición: Algunas mujeres tienen tres o más infecciones urinarias al año. Los hombres con frecuencia tienen infecciones repetidas. Las personas con diabetes pueden tener infecciones repetidas. Los problemas que causan dificultad para orinar también pueden ocasionar infecciones repetidas.

PREVENCIÓN DE LAS INFECCIONES A REPETICIÓN:

- Tomar entre seis y ocho vasos con agua al día para eliminar las bacterias. Tome jugo de cítricos o consuma vitamina C. Ambos aumentan la acidez de la orina, haciendo que las bacterias no puedan crecer fácilmente. Micción frecuentemente y en cuanto sienta la necesidad de hacerlo. Las bacterias pueden crecer cuando la orina permanece en la vejiga urinaria demasiado tiempo.
- Miccionar después de tener relaciones sexuales. Así se eliminarán las bacterias que puedan haber entrado en la uretra durante el coito.
- Después de ir al baño, límpiese siempre de adelante hacia atrás.
- Use ropa interior de algodón y prendas holgadas. Éstas permiten la entrada de aire y ayudan a mantener el área seca. Evite los pantalones apretados y la ropa interior de nailon. Éstos atrapan la humedad y contribuyen al crecimiento de las bacterias.
- En las mujeres, los diafragmas y los espermicidas pueden provocar infecciones urinarias porque estimulan el crecimiento de las bacterias. Si padece infecciones urinarias, piense en la posibilidad de cambiar de método anticonceptivo. Los condones sin lubricante o los condones con espermicida provocan irritación, que puede contribuir a que las bacterias se reproduzcan.

INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
A	P	I	E
(00007) Hipertermia r/c con proceso infeccioso del tracto urinario evidenciado por Piel caliente, T° 38.5°C	(0800) Termorregulación Paciente mantendrá T° corporal en límites normales	(3740) Manejo de la hipertermia Control de funciones vitales. Aplicación de medios físicos Aligerar cubiertas 2:00pm se adm metamizol 1.5 mg IM según prescrip. Revaluar temperatura corporal 2.30pm adm ceftriaxona 2mg E.V.	Paciente queda con T° de 37°C
(00132) Dolor agudo r/c proceso inflamatorio/infeccioso de las vías urinarias. r/c agente lesivo biológico evidenciado por quejidos y fascies de dolor	(1605) Control de dolor Paciente referirá alivio del dolor en la escala del dolor del 1/10 =4	(1400) Manejo del dolor. Explicar al paciente la causa del dolor Valorar la intensidad del dolor del 1/10 Posición antalgica Adm analgesico prescrito por el medico. Monitorización de funciones vitales. Efectivar exámenes auxiliares. Aseo perineal para muestra de urocultivo. Revaluación del dolor.	Paciente manifiesta alivio del dolor a 5
(00028) Deficit de volumen de líquidos r/c pérdidas gastrointestinales evidenciado por náuseas y vómitos	(0601) Equilibrio de líquidos Paciente mantendrá equilibrio hídrico +200 en 4 horas	(2080) Manejo de líquidos y electrolitos. Valorar estado de hidratación del paciente (turgencia de la piel, mucosas, lengua) Canalizar vía periférica Reposición de líquidos según indicación médica 2:15 Adm tto prescrito antiemético E.V diluido lento Valorar eficacia del tto BHE . Iniciar tolerancia oral. Valorar eficacia de tolerancia oral.	Paciente hidratado Tolera la vía oral BHE= +250.
(134) Náuseas r/c proceso inflamatorio-infeccioso secundario a ITU	(1618) Control de náuseas y vómitos. Paciente disminuirá náuseas y vómitos luego del tto adm.	(1450) Manejo de las náuseas y vómitos Canalizar vía periférica según indicación médica Valorar y registrar si presentó vómitos 2:00pm Dimenhidrinato 50 mgr E.V Iniciar tolerancia oral, enseñar técnicas de relajación Si continúa con náuseas y vómitos, suspender vía oral y reiniciar hidratación E:V Se adm tto E.V.coadyuvante indicado	Refiere que náuseas han disminuido Tolera vía oral Continúa con hidratación E,V
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00002) Desequilibrio nutricional por defecto r/c ingesta insuficiente de alimentos por náuseas y vómitos secundario a ITU	(1009) Estado nutricional Paciente recuperará estado nutricional en un día	(2314) Adm terapia endovenosa Adm Dimenhidrinato 50 mg E.V Valorar intensidad y cantidad de vómitos. Reposición de líquidos según indicación médica. Si tolera la vía oral Coordinar con nutrición sobre dieta indicada Valorar eficacia de la ingesta oral	Paciente tolera vía oral. disminuye náuseas y vómitos.
(00024) Perfusión tisular inefectiva : Renal r/c deterioro del transporte de O2 evidenciado por hematuria, elevación de la creatinina, etc.	(407) Perfusión tisular :Periférica Paciente mejorará perfusión renal	(6680) Monitorización de F.V y Sat O2 Monitorización de función Renal (V.Urinario, creatinina) Observación de características de la orina Coordinar exámenes de laboratorio Balance hídrico Se administra O2 terapia	Pac. continúa con hematuria ó Mantiene adecuada perfusión renal Creatinina=..... Sat=..... Mantiene V. Urinario de 30cc/h
(00126) Déficit de conocimiento r/c falta de información sobre medidas sanitarias para el cuidado de la salud	(1609) Conducta terapéutica Paciente mejorará nivel de conocimiento en cuanto a su enfermedad Paciente recibirá información sobre su enfermedad	(5618) Enseñanza Procedimiento y tto Se entabla diálogo empático con el paciente en forma sencilla y clara (5602) Enseñanza de proceso de enfermedad Se explica al paciente sobre su enfermedad Cuidados procedimientos, tratamiento Sugerir ingesta adecuada de líquidos Higiene adecuada, ropa adecuada Acudir en forma periódica a su control en centro de salud.	Paciente mejorará nivel de conocimiento sobre la enfermedad Paciente se encuentra informado sobre el proceso de la enfermedad.
(00078) Manejo Inefectivo del régimen terapéutico r/c escaso nivel de conocimientos, situación económica insuficiente.	(1700) Creencias sobre la salud Pac. mejorará conocimientos sobre su tratamiento Se logrará que familiares colaboren con el tratamiento	(5602) Enseñanza de proceso de enfermedad Explicar la importancia de cumplir con el tto (8020) Reunión multidisciplinaria Se coordina con servicio social y entidades de apoyo (SIS, Damas voluntarias) (7120) Movilización familiar Se coordina con la familia para la compra de medicinas indicadas	Pac mejora conocimientos sobre su enfermedad Familiar participan y colaboran con el tratamiento.
(0004) Riesgo de infección r/c tto mínimamente invasivo	(0703) Estado de infección Paciente disminuirá riesgo de infección durante su estancia en emergencia.	(6540) Control de la infección Valorar signos y síntomas de alarma Observar signos de flogosis. Control de T° Utilizar técnicas asépticas	Paciente con T° 36.8 Sin signos de flogosis en zona de ven punción.

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTES CON FRACTURAS.

DEFINICIÓN

Es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea. La fractura es una discontinuidad en los huesos, a consecuencia de golpes, fuerzas o tracciones cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso

CLASIFICACIÓN

Cerrada, si la punta de la fractura no se asocia a ruptura de la piel, o si hay herida, ésta no comunica con el exterior.

Abierta o expuesta, si hay una herida que comunica el foco de fractura con el exterior, posibilitando a través de ella, el paso de microorganismos patógenos provenientes de la piel o el exterior.

CAUSAS

Por traumatismo directo, en las cuales el foco de fractura ha sido producido por un golpe directo cuya energía se transmite directamente por la piel y las partes blandas. Por traumatismo indirecto, en las cuales el punto de aplicación de la fuerza está alejado del foco de fractura.

SIGNOS Y SÍNTOMAS

Dolor continuo: generalmente localizado que aumenta a la movilización de la parte afectada y que no cesa hasta la inmovilización de la fractura.

Incapacidad funcional: la zona afectada no es funcional y tiende a moverse de manera anómala.

Deformidad: Debida al desplazamiento de los fragmentos, suele ser visible.

Inflamación local: Ocasionada por el derrame que produce la rotura de vasos sanguíneos y como consecuencia del impacto.

Crepitación: a la exploración se percibe una sensación de fricción entre los fragmentos óseos.

Acortamiento: Se produce fundamentalmente en huesos largos debido a la contracción del músculo que ocasiona la superposición de fragmentos.

PRUEBAS DIAGNOSTICAS:

Radiografías u otras técnicas de imagen (TAC,RNM).

Análisis de Sangre y recuento en caso de fractura abierta, sospecha de hemorragia interna, lesión muscular extensa asociada a fracturas múltiples, huesos largos.Arteriografía/electromiografía en lesión vascular o nerviosa.

TRATAMIENTO:

Reducción: Consiste en colocar los extremos o fragmentos de la fractura en alineación y rotación lo más anatómicamente posible, mediante la manipulación directa ó cirugía. Deben realizarse lo más antes posible para evitar la disminución de la elasticidad como consecuencia del edema o hemorragia

Tipos de reducción:

Reducción cerrada: Se realiza con anestesia local o general mediante manipulación y tracción manual, luego se coloca vendaje inmovilizador, oralmente de yeso y se toma RX de control

Tracción: método de reducción para huesos largos.El objetivo es recuperar la alineación y longitud normal, inmovilizar la fractura y disminuir los espasmos musculares.

Tipos de tracción:

Cutánea ò blanda: Consiste en la aplicación de bandas adhesivas adheridas sobre la piel y vendaje posterior solo admite 2-3 Kg., un aumento en la tracción puede provocar daño tisular

Esquelética: Mediante la colocación de agujas Kirschner o Steinmann directamente en el hueso.El peso de la tracción será aproximadamente el 7% del peso corporal.

Reducción abierta ó quirúrgica: Los fragmentos óseos son colocados bajo visualización directa y como medio de sujeción hasta su cicatrización definitiva se emplean placas, colocadas a cada lado del hueso.clavos en la cavidad medular, o tornillos atravesando el espesor del mismo.Se procede habitualmente a la inmovilización posterior mediante férulas o vendaje de yeso.

Fijación externa: Suele utilizarse en fractura conminuta y/o afectación de partes blandas.

Inmovilización:

Una vez reducida la fractura, si es necesario debe inmovilizarse hasta su consolidación

COMPLICACIONES

Generales

Tromboembolismo pulmonar (TEP).

Trombosis venosa profunda (TVP).

Embolia grasa.

Locales:

Retraso de consolidación/pseudo artrosis, Infección, hemorragias, perdida de la funcionalidad, atrofia muscular, lesión neurológica, Degeneración articular (artrosis postraumática en Fx. articulares) Consolidación viciosa (con alteraciones del eje o acortamiento).

PREVENCIÓN

Uso de cinturones, no caminar en pisos mojados, restricción de uso de bebidas alcohólicas, no manejar ebrio, uso de barandas y sujeción mecánica en personas con trastorno de sensorio.

FRACTURAS

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
A	P	I	E
(00027) Deficit de volumen de líquidos r/c perdida hemática	(0601)Equilibrio de liquido Pac mantendra equilibrio hidrico dentro de limites normales	(2080) Manejo de líquidos y electrolitos Observar existencia de signos de hemorragia o shock en pac polifracturados o con FX graves CFV. Valorar la aparición de hipotension, taquicardia palidez, inquietud, frialdad de extremidades, relleno capilar disminuido Vigilar la presencia de hemorragia. Administrar fluidoterapia y/o productos hemáticos para restablecer volumen sanguíneo y evitar shock	Hidratado B.H= +250
(00030)Deterioro del intercambio gaseoso r/cpatron respiratorio inadecuado	(402)Estado respiratorio Mantendrá intercambio Gaseoso adecuado y Evidenciara Patrón respiratorio eficaz<	(3550)Monitorización respiratoria Control de patrón respiratorio Monitorización de la saturación de oxígeno Posición adecuada: Fowler o semifowler Promover la tos y respiración profunda Administrar oxigenoterapia condicional	Pac ventila espontáneamente FR:20x' Sat O2 =98% En posición fowler, sin O2
(00004)Riesgo de Infección r/c con pérdida de la integridad cutánea y comunicación de la misma con el foco de fractura.	(0703)Estado de infección Pac se mantendrá libre de signos y síntomas de infección durante el turno	(6540)Estado de infección Valorar signos de infección Limpiar Hda y colaborar en la curación Administrar profilaxis antibiótica y antitetánica	Pac. normo térmico, No pta. signos y síntomas de infección
(00024) Perfusión tisular inefectiva periférica r/c disminución del aporte sanguíneo a los tejidos Periféricos.	(0407)Perfusión T.Perifer. Pac mantendrá un adecuado nivel de oxigenación periférico	(2660)Manejo de la sensibilidad periférica alterada Vigilar la aparición de complicaciones vasculares: Medir la circunferencia, color y temperatura de la extremidad afectada Promover la realización de ejercicios pasivos y fomentar la movilidad del Pac. según sea posible. Administrar anticoagulantes según prescripción Eleva los MMII y evitar la presión de vasos sang.	Pac con color y temperatura de la extremidad dentro de lo normal Buen llenado capilar. Pulso muslo pie presente
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00086) Riesgo de disfunción neurovascular periférica r/c inmovilización por trauma óseo	(1908)Detección del riesgo Pac disminuirá riesgo de disfunción neurovascular	(4066)Cuidados circulatorios venoso Valorar el estado neurovascular del M.I. afectado valorar la presencia de parestesias ya que son indicativas de daño vascular o neurológico Valorar la disminución de la sensibilidad y/o movilidad en la extremidad afectada.El dolor puede indicar el desarrollo de un Sind.compart.	Pac queda con extremidad . afectada con sensibilidad conservada, pulsos presente.
(00047)Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c la inmovilización secundaria a fractura.....	(1101)Integridad tisular Se ejercerá medidas encaminadas a proteger la integridad cutánea durante el turno, hospitalización	(3590)Vigilancia de la piel Observar signos de lesiones en piel Excepto si se sospecha sind. Compartamental. Colocar la extremidad afectada elevada. Excepto si se sospecha sind. Compartmental. Aplicar frío local según indicación Alinear al Pac y extremidad afectada Proteger la piel utilizando aditamentos. Retirar cualquier elemento que pueda comprimir la extremidad lesionada	Pac mantiene piel en buen estado

FRACTURA DE CADERA Ó FRACTURA PROXIMAL DE FEMUR			
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132)Dolor agudo r/c trauma oseo secundario a Fx de cadera y/o procedimiento quirurgico	(1605)Control del dolor Pac expresara alivio del dolor en 2hrs. (2102)Nivel del dolor Pac disminuira el dolor en la escala de 0 -10 a 3	(1400) Manejo del dolor Explicar al Pac. las causas del dolor Favorecer el descanso y la relajación Se brinda apoyo emocional Se valoriza la escala del dolor 2pm.Se administra analgesia Se coloca Miembro Inferior en alineación Se revisa TPB y vendajes Se coloca bolsas de agua en talon-Confort Se coloca M. Inferiores en abducción(Post Qx) (940)Cuidados del Pac. con tracción Se revisa vendajes de TPB. Y alineacion de extrem. Aplicación de humectantes en zonas de presión Se coloca bolsas de agua en zonas de presión Se brinda masajes en zonas de presion Se brinda baño y confort Ejercicios pasivos de los miembros no afectados	La Pac. refiere alivio del dolor El Pac. refiere que el dolor disminuido según evaluación de escala a 3
(00047)Riesgo de deterioro de la integridad cutanea r/c la inmovilizacion secundario a trauma oseo	(1101)Integridad tisular La Pac.mantendra su integridad cutanea durante el turno El Pac. conservara la tonicidad muscular durante el turno	(940)Cuidados del Pac. con tracción Se revisa vendajes de TPB. Y alineacion de extrem. Aplicación de humectantes en zonas de presión Se coloca bolsas de agua en zonas de presión Se brinda masajes en zonas de presion Se brinda baño y confort Ejercicios pasivos de los miembros no afectados	Pac queda sin signos de deterioro cutaneo No escaras.
(00100)Deficit de autocuidado : alimentación r/c inmovilidad sec. a fractura de cadera	((303) Autocuidado:comer Pac.recibira alimentación según requerimiento . Pac. satisfacera necesidad basica de alimentación.	(1803)Ayuda con los autocuidados:alimentación Se coordina con nutrición para dieta indicada Se le coloca en posición semifowler. Asistencia en su alimentación y administración de liquidos necesarios orales y parenterales Se realiza higiene bucal	Pac recibe dieta adecuada Recibio asistencia durante su alimentación.
(00148)Temor r/c hospitalizacion y/o procedimiento quirurgico	(1404) Control del miedo Pac disminuira el temor	(5230)Aumentar el afrontamiento Se le brinda informacion sobre rutinas del servicio Apoyo emocional Explicar en forma clara y sencilla procedimientos a seguir y estado actual	Pac refiere que se siente tranquilo y seguro
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
		Manejo ambiental: libre de ruidos molestos Utilizar medidas distractivas	
(00146)Ansiedad r/c interv Qx, situación economica.,cambios en el estado de salud y entorno (00015)Riesgo deEstreñimiento r/c inmovilidad y/o dieta inadecuada	(1402)Control de la ansiedad Pac expresara disminución de la ansiedad (0501)Eliminación Intestinal Pac realizara deposición diariamente	(5820)Reduccion de la ansiedad Se coordina con la familia y/o Serv.S apoyo con las medicinas y/o hospitalizacion (450) Manejo del estreñimiento Se fomenta la ingesta de liquidos Secoordina con nutricion para que su alimentación sea rica en fibra Se adm laxante y/o enema según indicación	Pac expresa tranquilidad Pac no evidencia signos de ansiedad Tolera dieta rica en fibra Realiza 1 deposición liq. semipatosa etc
(00007)Hipertermia r/c proceso EAD y/o proceso infeccioso, Intervención quirurgica	(800) Termorregulación Pac . Mantendra T° por debajo de 37°	(3740) Manejo de la hipertermia Se aplica medios fisicos Compresas tibias,baño Se administra antipiretico indicado oral ó I.M. Se aligeran cubiertas Se mantiene ambiente libre de corrientes de aire Administración de liquidos V.O ó E.V.	Pac queda con T° 37.6 Hidratado. F.V. estables
(00004)Riesgo de infección r/c procedimiento Quirurgico, presencia de vias invasivas	(703)Estado de infección El Pac. disminuira riesgo de infección El Pac. mantendra T° de 37° Pac. mantendra piel limpia y seca	(6540)Control de la infección Evaluación de M.I intervenido quirurgicamente Se observa la piel en busca de signos de flogosis Apoyo en la curación-CFV 4pm.Se administra tto E:V (especificar) Se revisa via periferica y realiza cambio según necesidad.	Pac. queda sin signos de flogosis en zona operatoria, en zona de venopunción Afebril con T° 36.8 Hda. Limpia y seca.
(00086)Riesgo de disfuncion Neurovascular periferica r/c la inmovilización secundario a trauma oseo	(401)Estado circulatorio Pac disminuira riesgo de complicaciones circulatorias durante su hospitalización	Se vigila Miembros inferiores,color, calor de la piel Se controla pulso pedio (calidad y amplitud) Colocación de vendajes en miembro inferior sano Ayuda en la movilización en cama con trapecio Se administra anticoagulantes profilactico según prescripción.	Pac. queda sin alteraciones neurovasculares, pulso pedio presente, coloración de la piel conservada.

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES GESTANTES CON CRISIS ASMÁTICA

DEFINICIÓN:

Es un episodio agudo o subagudo de deterioro progresivo de la función pulmonar, durante una crisis de asma, los pulmones también pueden producir una gran cantidad de mucosidad espesa, que obstruye las vías respiratorias y los músculos que hay alrededor de esas vías se contraen, estrechándolas todavía más. El asma severo y sin control puede complicar el embarazo aunque estos riesgos desaparecen si la embarazada se encuentra bajo control médico. Solamente las crisis muy severas de asma en la madre, y que lleven a una muy mala oxigenación materna, pueden llegar a provocar en el bebé falta de oxigenación (hipoxemia fetal) que pueden afectar su salud.

CAUSAS:

- Los ácaros del polvo doméstico
- los pólenes de plantas, flores, etc.
- Otras partículas que desencadenan crisis son los hongos, el pelo y piel de animales (gato, perro, aves...).
- El frío, los catarros y los virus, el ejercicio, el stress o la aspirina.
- El tabaco es el principal irritante inespecífico para los bronquios
- La herencia factor importante.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Manifestado por disnea, tos, sibilancias y sensación de opresión en el pecho, como síntomas únicos o en cualquier combinación. Este deterioro se acompaña de disminución del flujo espiratorio medido por espirometría o por un dispositivo manual que mide el flujo espiratorio pico (FEP).

FISIOPATOLOGIA DEL ASMA EN EL EMBARAZO

a). CAMBIOS FISIOLÓGICOS RESPIRATORIOS DURANTE EL EMBARAZO

La mujer embarazada presenta cambios fisiológicos respiratorios como la hiperventilación debido a la acción de la progesterona que aumenta la sensibilidad del centro respiratorio, hay aumento de la PO₂ (99-106 mmHg), esta hiperventilación trae como consecuencia la disminución de la PCO₂ (hipocapnia: 26-30 mm. Hg.), aumento del pH (7.42-7.46)-alcalosis respiratoria en la gestante, parámetros que hay que considerar en la interpretación de la gasometría arterial de la gestante en crisis asmática como por ejemplo la disminución de la PO₂ a menos de 70mmhg representa una hipoxemia grave y una PCO₂ mayor de 35 mmhg indicaría falla respiratoria aguda. La disnea es otra consecuencia de la hiperventilación debido a la elevación del diafragma por el crecimiento uterino, típica del primer trimestre y final del embarazo.

b). EFECTOS DEL EMBARAZO SOBRE EL ASMA

Los síntomas de asma en una mujer embarazada pueden mejorar, empeorar o mantenerse sin cambios. En el 30% de las mujeres cuyo asma empeora durante el embarazo, los ataques de asma pueden producirse en cualquier momento. El periodo de mayor incidencia de la crisis asmática se ubica en el tercer trimestre (semana 24 y 36). El último mes del embarazo la crisis asmática es menos frecuente y menos severa.

c). EFECTOS DEL ASMA SOBRE EL EMBARAZO

El asma mal controlada en el embarazo puede tener efectos no deseados tanto para la madre como para el feto como son: hipoxemia fetal, aumento del riesgo de muerte perinatal, hipertensión arterial, preeclampsia, niño prematuro, bajo peso al nacer.

DIAGNOSTICO

- Pruebas de función pulmonar como la Espirometría: mide la capacidad respiratoria y velocidad de espiración y es usada para determinar la cantidad de obstrucción pulmonar.
- Pruebas de alergia
- Exámenes de sangre.
- El examen físico es vital, sibilancias a la auscultación.
- Rx. de tórax puede ser usada para visualizar los pulmones, el corazón y los huesos del tórax

TRATAMIENTO

Sintomático. Tiene por objetivo interrumpir la crisis mediante medicamentos de acción rápida, como la adrenalina, corticoides, oxigenoterapia, etc.

Preventivo. Indica el uso regular de broncodilatadores, antihistamínicos, corticosteroides, terapia respiratoria, inmunoterapia específica, etc.

El tratamiento de una crisis en una embarazada no debe diferir de una paciente que no lo está. Se deben de usar oxígeno, β 2-agonistas nebulizados, corticoides orales y parenterales, ipratropio, nebulizado y en casos graves, β 2-agonistas (salbutamol, tarbutalina) ,parenterales o aminofilina

El uso de adrenalina durante el embarazo esta indicado solamente en caso de anafilaxia o de status asmático, ya que puede inducir la contracción de los vasos del útero y reducir por lo tanto el aporte sanguíneo al feto

No se debe suspender la inmunoterapia específica durante el embarazo, ya que no se ha demostrado contraindicación alguna.

No se debe de dejar de tratar la rinoconjuntivitis por parecer una patología menor, ya que es una enfermedad con una gran prevalencia y muy invalidante para la paciente.

El manejo del asma en la gestante es motivo de revisión constante, en general debe de estar dirigido no sólo al control de la enfermedad sino también a evitar los efectos deletéreos del tratamiento sobre el feto. Como en las pacientes no-gestante, el tratamiento debe de obtener un control óptimo de los síntomas, así como también prevenir la aparición de crisis asmáticas. En general en la paciente gestante se debe de tratar de usar el mínimo de medicamentos necesarios a las dosis más bajas posibles; así como de ser posible administrar la medicación por vía tópica (inalatoria). El tratamiento del asma debe incluir: educación del paciente, control de alérgenos ambientales, uso racional de fármacos y el manejo temprano de las exacerbaciones.

PREVENCIÓN:

Lo ideal es hacer controles en conjunto con el obstetra y el neumólogo o alergista, para un control adecuado de la enfermedad, y tener la seguridad de un embarazo y parto sin complicaciones. :

- No fumar
- Evitar el contacto con productos que te produzcan una crisis

Tratar de identificar todos los factores desencadenantes de crisis para poder evitarlos. Si estabas realizando un tratamiento desalergizante con inyecciones puedes continuarlo sin problemas, incluso tratamientos pueden comenzarse durante el embarazo. Prevenir las enfermedades más comunes: en lo posible evitar resfríos, gripes y otras infecciones respiratorias.

ASMA EN GESTANTE

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
A	P	I	E
<p>(0030). DETERIORO DEL INTERCAMBIO GASEOSO</p> <p>r/c a cambios de la membrana alveolar capilar , a desequilibrio ventilación - perfusión evidenciado por: gasometría arterial anormal, disminución del dióxido de carbono, taquicardia, hipercapnia, somnolencia, irritabilidad, hipoxia, confusión, disnea, hipoxemia color anormal de la piel (pálida o ceniza) hipocapnia, cefalea al despertar, frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria anormal, diaforesis, PH arterial. ríal anormal, aleteo nasal, trastornos visuales</p>	<p>(402) Estado respiratorio: Intercambio gaseoso</p> <p>La paciente evidenciará mejoría en su estado respiratorio</p> <p>La pac. mejorará intercambio gaseoso</p> <p>Aumento de PO₂: 99-106 mmHg</p> <p>Disminución de PCO₂: 26-30 mmHg</p> <p>Aumento del pH : 7.42-7.46</p> <p>PO₂ < 70 mmHg: hipoxemia grave</p> <p>PCO₂ > 35 : Falla respiratoria aguda</p>	<p>(3350): MONITORIZACION RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vigilar la frecuencia. ritmo y profundidad de las respiraciones - Valorar la capacidad que tiene el paciente para toser eficazmente y eliminar secreciones bronquiales y observar las características de estas - Colocar a la paciente en posición fowler o semifowler - Auscultación de los campos pulmonares en busca de sibilantes, estertores, roncales, crepitantes. - Interpretar gasometría arterial en la gestante <p>(6680): MONITORIZACION DE SIGNOS VITALES</p> <ul style="list-style-type: none"> - Control y registro frecuente de signos vitales - Observar color, temperatura y humedad de la piel <p>(3140): MANEJO DE LAS VIAS AEREAS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Posición sentada o semisentada - Enseñar a toser <p>(3320) OXIGENOTERAPIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Administración de oxígeno suplementario - Vigilar el flujo de oxígeno - Valorar la saturación de O₂ <p>(2300) ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS</p> <ul style="list-style-type: none"> - Se administra tto indicado - Conocer la teratogenicidad de los medicamentos como las tetraciclinas y evitar su uso 	<p>Paciente con respiración simétrica, profunda, escasos sibilantes y roncales</p> <p>No disnea</p> <p>Paciente con mejoría de la gasometría arterial</p> <p>Ph: 7,38</p> <p>PO₂ : 96%</p> <p>PCO₂ : 32mmHg</p> <p>Paciente con saturación de oxígeno 95-97% con oxígeno por bigote nasal a 3 lts. por minuto.</p>
<p>(0031) LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS R/Cobstrucción de la vía aérea</p> <p>espasmo, mucosidad excesiva exudado alveolar, retención de las secreciones bronquiales</p>	<p>(0410) Estado respiratorio: Permeabilidad de la vía aérea</p> <p>La paciente evidenciará vías aéreas permeables</p>	<p>(3140) : MANEJO DE LAS VIAS AEREAS</p> <p>(3350): MONITORIZACION RESPIRATORIA</p> <p>(3230) : FISIOTERAPIA RESPIRATORIA</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comprobar si no hay contraindicación para realizar F.R. - Palmoterapia o puño percusión en la espalda. - Colocar a la Pac. en el segmento pulmonar a drenarse en posición mas alta posible - Drenaje postural -Estimular tos <p>(840): CAMBIO DE POSICION</p> <ul style="list-style-type: none"> - Explicar a la paciente el procedimiento. - Estimular a la Pac. a participar en los cambios de posición - Cambio de posición cada dos horas-Fowler ó semifowler - Colocar a la Pac en posición según su estado o condición 	<p>Paciente elimina secreciones bronquiales verdosas mas fluidas</p> <p>Vías aéreas permeables</p> <p>Paciente ha disminuido la taquipnea en un 80%.</p> <p>Piel tibia.</p> <p>No cianosis.</p>

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
A	P	I	E
(0032)PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ r/c hiperventilación, hipo ventilación, deformidad de la pared torácica., fatiga de los músculos respiratorios, disminución de la energía o fatiga ,dolor ansiedad	(0410)Estado respiratorio: ventilación La paciente evidenciará eficacia en su estado ventilatorio	(6680) : MONITORIZACION DE LOS SIGNOS VITALES (3350): MONITORIZACION RESPIRATORIA (3140) : MANEJO DE LAS VIAS AEREAS (840) : CAMBIO DE POSICION (3230) : FISIOTERAPIA RESPIRATORIA	Mejora patron respiratorio Disminuye disnea, no aleteo nasal, no tiraje intercostal,no hiperventila,no fatiga F.R. = Sat O2= Disneica con F.R.28 a 30x' Sat O2=90% Con mascara de reservorio
(00092)INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/a desequilibrio entre aportes y demanda de O2, reposo en cama o inmovilidad, debilidad generalizada.	(0005) Tolerancia de la actividad. Pac tolerara actividad fisica manteniendo oxigenación adecuada	(4310) : TERAPIA DE ACTIVIDAD Facilitar la elección de actividades de acuerdo con sus posibilidades físicas, psicológicas y sociales. Observar si hay signos de intolerancia al levantarse como nauseas, mareos, palidez, cambios en los signos vitales. Educar a la paciente sobre el beneficio de la actividad física Ayudar a la Pac. en actividades físicas como baño en ducha Realizar ejercicios activos y pasivos según lo tolere (1800): AYUDA AL AUTOCUIDADO - Brindar ayuda hasta que la Pac.sea capaz de asumir sus autocuidados en su totalidad. - Animar a la paciente a realizar actividades normales de acuerdo a su nivel de capacidad. - Establecer una rutina de actividades de auto cuidado	Pac tolera la actividad Disminuye disnea a mediano esfuerzo
(00056)DETERIORO PARENTAL r/c el producto (00043)PROTECCION INEFECTIVA R/C inviabilidad fetal	(1092)Control del riesgo Protección efectiva del producto y la madre gestante El feto sera viable	(6610) IDENTIFICACION DE RIESGOS Auscultacion de latidos cardiacos fetales presentes Participación en evaluación ginecologica Cumplir prescripción ginecologica: Ecografia obstetrica que refleje viabilidad fetal (6654): VIGILANCIA SEGURIDAD - Vigilar el ambiente y verificar si hay peligro potencial para la seguridad de la paciente - Colocar a la paciente en un lugar que facilite la observación	Latidos fetales normales Feto viable
(00004)RIESGO DE INFECCIÓN r/c afectación del transporte de O2, ambiente hospitalario, presencia de vias invasivas	(0703)Estado de infección La Pac disminuira riesgo de infección	(6550): PROTECCION CONTRA LAS INFECCIONES - Numero de visitas limitadas . - Aislamiento si el caso lo precisa - Inspeccionar el estado de la piel - Educar a la paciente a evitar infecciones. (6540) : CONTROL DE IN FECCIONES - Lavado de manos antes y después de cada procedimiento - Manipulacion aséptica de los cateteres perifericos, uso de guantes esteriles. - Observar y comunicar signos de infeccion	Pac afebril, sin evidencia de signos de infección
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
A	P	I	E
(00146)ANSIEDAD r/c a necesidades no satisfechas,amenaza de muerte, cambio en el estado de salud de la madre y el feto amenaza ante el cambio de salud.	(1402)Control de la ansiedad. La paciente evidenciará nivel de ansiedad controlado.	(5820)REDUCCIÓN DE LA ANSIEDAD Explicar a la paciente todos los procedimiento a realizar Escuchar con atención., promover la confianza, para que la Pac. exprese sus sentimientos y miedos. Establecer actividades recreativas encaminadas a la disminución de tensiones. Realizar masajes en la espalda. Instruir a la Pac. sobre el uso de técnicas de relajación. Proporcionar un ambiente seguro y tranquilo Brindar información acorde al nivel cultural de la paciente sobre el diagnostico, tto y pronostico de su enfermedad.	Pac refiere que se siente mas tranquila Se evidencia que ansiedad ha disminuido

GUÍAS DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IMA)

DEFINICIÓN:

Un riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable. La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce la angina de pecho, que si se recanaliza precozmente no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis; es decir, el infarto

CAUSAS:

Las arterias coronarias se pueden bloquear por distintas causas.

Las más comunes son: Coagulo de sangre, la aterosclerosis (depósito e infiltración de grasas en las paredes de las arterias).

Factores que pueden ocasionar la obstrucción:

Hipertensión, colesterol alto, tabaco, obesidad, sedentarismo y edad avanzada.

FISIOPATOLOGIA:

- Las arterias coronarias se bloquean
- El oxígeno no llega al miocardio.
- El miocardio al no recibir oxígeno, no puede recibir energía para moverse.
- Mueren las células del tejido que no reciben sangre (el tejido se necrosa).

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Dolor en la mandíbula y la espalda.
 - Dolor o sensación de opresión en el pecho.
 - Dolor en el brazo izquierdo y en algunos casos en el brazo derecho.
- Dolor epigástrico.
- Dificultad para respirar.
- Nauseas.
- Pérdida de conocimiento.
- Frío y piel húmeda.

DIAGNOSTICO:

Los criterios de la OMS son los que clásicamente se usan en el diagnóstico de un infarto de miocardio, un paciente recibe el diagnóstico probable de infarto si presenta dos de los siguientes criterios y el diagnóstico será definitivo si presenta los tres:

1. Historia clínica de dolor de pecho isquémico que dure por más de 30 minutos;
2. Cambios electrocardiográficos en una serie de trazos;

3. Incremento o caída de bio-marcadores séricos, tales como la creatina quinasa tipo MB y la troponina. Un aumento de la troponina cardíaca acompañada bien sea por síntomas típicos, ondas Q patológicos, elevación e depresión del segmento ST o intervención coronaria son suficientes para diagnosticar un infarto de miocardio.

Angiocardigrafía o cateterismo cardiaco: En los casos más complicados o en situaciones donde se amerite una intervención para restaurar el flujo sanguíneo, se puede realizar una angiografía de las coronarias. Se introduce un catéter en una arteria, por lo general la arteria femoral, y se empuja hasta llegar a las arterias que irrigan al corazón. Se administra luego un contraste radio-opaco y se toma una secuencia de radiografías (fluoroscopia). Las arterias obstruidas o estrechas pueden ser identificadas con este procedimiento, pero solo debe ser realizada por un especialista calificado.

TRATAMIENTO

- Oxígeno. Normalmente se suele administrar con gafas nasales a 2 ó 3 litros.
- Analgésicos (medicamentos para el dolor). Si el dolor torácico persiste y es insoportable, se administra morfina (ampollas de cloruro mórfico de 1 mililitro con 10 mg) o medicamentos similares para aliviarlo (meperidina-dolantina)
- Antiagregantes plaquetarios. Son medicamentos que impiden la agregación plaquetaria en la formación del trombo. Se usa aspirina en dosis de 100-300 mg en dosis única y actualmente, en asociación con lo anterior, una dosis de carga de 300 mg de Clopidogrel.
- Trombolíticos. Son medicamentos para disolver el coágulo que impide que fluya la sangre. Se ponen sustancias como la estreptoquinasa o un "activador del plasminógeno tisular", bien en la vena, o bien directamente en el coágulo por medio de un catéter (un tubo largo y flexible). Este medicamento medicación debe ser aplicada en las primeras seis horas de iniciado el dolor, de allí la importancia de una atención rápida. Los trombolíticos sólo pueden administrarse en un centro especializado, habitualmente una Unidad de Cuidados Intensivos, aunque ya se ha comenzado a realizar la fibrinólisis extrahospitalaria por los equipos de emergencias móviles con el fibrinolítico TNKase® (tenecteplasa) con el objeto de iniciar lo más rápidamente posible el tratamiento específico.
- Nitratos. Los derivados de la nitroglicerina actúan disminuyendo el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. En la angina de pecho se toman en pastillas debajo de la lengua o también en spray. También pueden tomarse en pastillas de acción prolongada o ponerse en parches de liberación lenta sobre la piel. En la fase aguda de un ataque al corazón, suelen usarse por vía venosa (Solinitrina en perfusión intravenosa).
- Betabloqueantes. Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza, y por tanto necesita menos oxígeno. También disminuyen la tensión arterial.
- Digitálicos. Los medicamentos derivados de la digital, como la digoxina, actúan estimulando al corazón para que bombee más sangre. Esto interesa sobre todo si el ataque al corazón produce insuficiencia cardíaca en el contexto de una fibrilación auricular (arritmia bastante frecuente en personas ancianas) con respuesta ventricular rápida.
- Los calcio antagonistas o bloqueadores de los canales del calcio impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. Esto disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuye el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. También disminuyen la tensión arterial. No suelen usarse en la fase aguda de un ataque al corazón, aunque sí inmediatamente después.

PREVENCIÓN:

- Controlar el colesterol, y si éste está elevado, dar prioridad a una dieta rica en verduras, frutas y cereales.
- Evitar comidas grasas.
- Mantener la tensión arterial en límites normales.
- Realizar ejercicio con regularidad, preferiblemente al aire libre. El mínimo aconsejado son tres sesiones de media hora por semana.
- Evitar el estrés.

- No fumar.
- Controlar la diabetes.

INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO			
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
(00029) Disminucion del gasto cardiaco r/c precarga (Alteracion de la frecuencia o ritmo cardiaco. alteracion de la ejeccion alteracion de la contractibilidad cardiaca y post-carga (piel fria, diaforesis, disnea, disminucion de la resistencia vascular sistematica, oliguria, cambios en P/A.	(0400)Efectividad de la bomba Cardiaca Mantendra adecuado gasto cardiaco. Paciente evidenciara mejora en la pre y post carga.	(4064) Cuidados circulatorios (2314) Adm de fluidos, colocación de via periferica. CFV. Vendaje de miembros inferiores. (3140) Manejo de las vias aereas. Fomentar una respiracion lenta y profunda. Enseñar a toser de manera efectiva. Administración de oxigeno (4044) Cuidados cardiacos agudos. Mantener un ambiente inductor de descanso. (4090) Manejo de arritmias. Adm. De inotropicos.(Dopamina,Dodutamina etc) Adm de fibrinoliticos (streptoquinasa,TPA) Valoracion de arritmias. (4040) Cuidados cardiacos Si hay dolor toraxico pedir que pcte se acueste. Reposo absoluto en cama. Valorar la circulacion periferica.(Pulso, edema, llena- Cambio de posicion Adm de medicamentos. (1920) Manejo acido- base.(AGA) (7820) Manejo de las muestras Dosaje de enzimas cardiacas. Coordinar y efectivizar exámenes auxiliares. (7690) Interpretacion de datos de laboratorio. (2080) Manejo de electrolitos. (4180) Manejo de hipovolemia. Adm de fluidos.(retos),BHE estricto BHE estricto. Valorar presencia de edemas. (4210) Monitoreo dinamico invasivo Adm de fluidos.(retos),BHE estricto Colocacion de linea arterial, AGA, catet. cardiaco.	Paciente con mejor del ritmo cardiaco Ritmo sinusal FC= 80 a 100x' Evidencia mejoría en la pre-carga y post carga.(Piel tibia,FR menor de 20 PA Normal, volumen urinario en 30cc/h)
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
Dolor agudo r/c isquemia cardiaca	(1400) Control del dolor. Referira disminucion del dolor en la escala 1-10=4	(1400) Manejo del dolor. Valorar la intensidad del dolor. Si hay deterioro cognitivo valorar conductas (cambio de actividad, gesto facial) Posición antalgica,retirar prendas ajustadas (2304) Adm medicacion oral (Clopidrogel 300 mgr). y nitritos, según prescripción. Adm de analgesicos.(AINES,Opiaceos) Evaluar la eficacia del analgesico. CFV antes y despues del tratamiento. (5820) Controlar factores ambientales. Disminuir iluminacion y ruidos. Apoyo emocional Explicar los procedimientos que se le realizan Escucha activa, crear un ambiente que facilite la tranquilidad y confianza.	Refiere alivio del dolor y sentirse comodo Escala del dolor 1-10 =4 Refiere alivio del dolor

(00024) Perfusión tisular inefectiva cerebral r/c deterioro del transporte de O ₂ evidenciado por cambios en su capacidad para comunicarse	(0406) Mejorar perfusión tisular cerebral Paciente mejorará perfusión cerebral y se comunicará mejor.	(2550) Mejora de la perfusión cerebral. Canalización de vía periférica Adm drogas-Terapéutica indicada. (3320) Adm de oxígeno Monitorización de gases arteriales. (2620) Monitoreo neurológico. Escala de Glasgow. (4720) Estimulación cognitiva. Estimularlo: Con llamado, sonidos, movimientos.	Hemodinámicamente estable. Glasgow= Se comunica y responde al interrogatorio coherentemente. Pupilas isocóricas fotoreactivas.
(00147) Ansiedad ante la muerte r/c amenaza a pérdida de la vida	(1402) Control de la ansiedad. Referirá disminución de ansiedad Mostrará actitud tranquila y segura	(5820) Disminución de la ansiedad. (5270) Apoyo emocional. Explicar todos los procedimientos al paciente. Escuchar al paciente crear un ambiente que facilite la confianza. Explicarle sobre su enfermedad e infundirle confianza en el tratamiento Enseñarle técnicas de relajación. Apoyo espiritual: establecer diálogo y permitir la presencia de su guía espiritual.	Paciente refiere tranquilidad Alivia su ansiedad.
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA	EVALUACION
(00092) Intolerancia a la actividad física r/c disminución del transporte de oxígeno evid por disnea y dolor torácico	(005) Tolerancia a la actividad. Pac Mejorará tolerancia a actividad física sin fatiga.	(200) Fomento del ejercicio. Mantener en reposo absoluto 24 a 48 horas. (1800) Ayuda con los autocuidados. Colaborar con el paciente para que realice sus actividades cotidianas durante este periodo. Adm relajante según prescripción. Monitorizar signos de dolor cardíaco y monitoreo de la función respiratoria Cambios EKG	Paciente tolera actividad progresivamente sin presentar signos de fatiga.
(0078) Manejo inefectivo del régimen terapéutico r/c déficit de conocimientos sobre su enfermedad.	(1700) Creencias sobre la salud. Paciente mejorará conocimientos sobre la enfermedad y tratamiento.	(5602) Enseñanza del proceso de la enfermedad. Educar, la importancia de mantener y cumplir su tto tomando conciencia sobre su salud y como tratar su enfermedad. (5270) Apoyo emocional. (5240) Asesoramiento. Se coordina con familiares para la compra de medicinas indicadas. Educar, la importancia de mantener y cumplir su tto tomando conciencia sobre su salud y como tratar su enfermedad.	Paciente acepta tratamiento. Familiares traen tto a la hora. Pac mejora nivel de conocimientos.

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICANDO EL NNN EN PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA

DEFINICIÓN

Una convulsión es la respuesta a una descarga eléctrica anormal en el cerebro. Crisis aguda, de contracción muscular involuntaria del músculo estriado localizada, generalizada tónica, clónica o tónico-clónica secundaria a una descarga neuronal. Puede acompañarse de sintomatología sensorial, conductual, cognitiva o psíquica.

CAUSAS

- Fiebre elevada
- Alteraciones del metabolismo
- Oxigenación insuficiente del cerebro
- Destrucción de tejido cerebral
- Exposición a drogas o sustancias tóxicas
- Abstinencia después de una utilización excesiva
- Reacciones adversas a fármacos de prescripción médica

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Mirada fija., Sacudidas de los brazos y las piernas.
- Rigidez del cuerpo.
- Pérdida del conocimiento.
- Problemas respiratorios o episodios en los que deja de respirar.
- Pérdida del control de la vejiga o del intestino.
- Caída súbita sin ningún motivo aparente.
- Ninguna reacción al ruido o a las palabras durante breves períodos de tiempo.
- Confusión o aturdimiento.
- Somnolencia e irritabilidad al despertarse por las mañanas.
- Cabezadas.
- Períodos de mirada fija y parpadeos rápidos.

DIAGNOSTICO

- Exámenes de sangre.
- Electroencefalograma
- Imágenes por resonancia magnética.
- Tomografía computarizada
- Punción raquídea

TRATAMIENTO

- Medicamentos
- Estimulación del nervio vago
- Cirugía

PREVENCIÓN

- Identificar factores de riesgo que puedan desencadenar un cuadro convulsivo.

CRISIS CONVULSIVA

DIAGNOSTICO (NANDA) A	OBJETIVO (NOC 1) P	INTERVENCIONES (NIC) I	EVALUACION (NOC 2) E
Dx Nanda	objetivo	Intervención de enfermería	
00039 Riesgo de aspiración R/C trastorno de la deglución, secundario disminución del nivel de conciencia ,estado post ictal	0410 Estado respiratorio Paciente mantendrá vía aérea permeable Durante el turno.	7310 Cuidados al ingreso: <ul style="list-style-type: none"> Control funciones vitales Posición decubito lateral izquierdo 3140 Manejo de vía aérea <ul style="list-style-type: none"> Colocación de tubo oro faríngeo 3160 Aspiración de la vía aérea <ul style="list-style-type: none"> Aspiración de secreciones 3350 Monitoreo respiratorio <ul style="list-style-type: none"> C.FV (respiratorio) Oximetría Valoración de los resultados de A.G.A 	Pac con via aerea permeable
00035 Riesgo de lesión R/C actividad convulsiva	1913 Estado de seguridad Paciente se mantendrá libre de lesiones, durante el turno.	6610 Identificación de riesgos <ul style="list-style-type: none"> Proteger al paciente frente a objetos potencialmente lesivos Paciente permanece en cama con barandas 6580 Sujeción física <ul style="list-style-type: none"> Se realiza sujeción mecánica por seguridad física (puñeras) 6486 Prevención de lesiones, caídas <ul style="list-style-type: none"> Fomentar la presencia de familiares con el paciente. 	Pac queda con sujeccion mecanica. Sin daño fisico Paciente se mantiene libre de lesiones físicas durante las 12 horas del turno
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
000130 Trastorno de los procesos del pensamiento R/C actividad convulsiva	0900Capacidad cognitiva Se favorecera en forma positiva el proceso del pensamiento del paciente	2620 Monitorización neurológica <ul style="list-style-type: none"> Observar signos y síntomas de alarma Rigidez de nuca Control de diámetro pupilar Control de escala de Glasgow Valoración de afectaciones de la movilidad en las extremidades (explorar plejías, parecias) 4720 Estimulación cognitiva <ul style="list-style-type: none"> Estimular al paciente con: llamado, sonidos, reflejos, movimientos Valorar las características y frecuencias de las convulsiones 	Pac despierto LOTEP Entabla dialogo coherente Pac. se mantiene despierto con Glasgow de 14 / 15 puntos durante el turno
00043 Proteccion inefectiva r/c estado convulsivo	1620 Control de las convulsiones Pac se mantendra libre de convulsiones luego de tratamiento	82690)Precauciones contra las convulsiones. Administracion de tto anticonvulsivante Evitar factores de riesgo que precipiten las convulsiones Manejo ambiental Disminuir el stress	Recibe tratamiento, no pta nueva convulsión

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTE CON COMA DIABÉTICO

DEFINICIÓN

El coma es un estado severo de pérdida de consciencia, que puede resultar de una gran variedad de condiciones, Las causas metabólicas son las más frecuentes como la diabetes y que ponen en peligro la vida del paciente.

La persona con diabetes sufre una alteración de la conciencia debido a que el nivel de glucosa en su sangre (*glucemia*) es anormal (muy elevado o muy bajo). En la hipoglucemia los síntomas se desarrollan en cuestión de horas o minutos, progresando desde manifestaciones leves como dolor de cabeza, sensación de ansiedad, debilidad, hambre intensa, nerviosismo o irritabilidad, hasta mareos, náuseas, vómito, sensaciones anormales, lenguaje confuso y desorientación, culminando con la pérdida de la conciencia. Asimismo, se pueden observar algunos signos como palidez, temblores, palpitaciones y sudoración "fría". Se puede sospechar de hipoglucemia cuando la persona está en tratamiento con insulina, ha pasado mucho tiempo sin comer, ha realizado actividades físicas poco habituales o sufre alguna otra enfermedad;

La hiperglucemia puede ser provocado por una cetoacidosis diabética o un coma hiperosmolar no cetótico. Es una complicación de la diabetes tipo 2 que implica niveles extremadamente altos de azúcar (glucosa) en la sangre sin la presencia de cetonas, un subproducto de la descomposición de las grasas.

CAUSAS (HIPEROSMOLAR, HIPERGLUCEMICO)

- Evento estresante como una infección, un ataque cardíaco, un accidente cerebro vascular o una cirugía reciente
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Edad avanzada
- Funcionamiento renal deficiente
- Manejo inadecuado de la diabetes (no seguir el plan de tratamiento de acuerdo con las instrucciones)
- Suspensión de la insulina o de otros medicamentos que bajan los niveles de glucosa

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos que se observan son principalmente de deshidratación: lengua y boca secas, ojos hundidos, pulso acelerado, respiración rápida, micciones frecuentes, y una pérdida de peso visible, coma, confusión, convulsiones Aumento de la sed, letargo, náuseas, debilidad

DIAGNOSTICO

Análisis de sangre

- Glucemia alta o baja
- Osmolaridad sérica alta
- Sodio en suero más alto de lo normal

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es corregir la deshidratación, lo cual mejorará la presión arterial, la diuresis y la circulación.

Los líquidos y el potasio se administran por vía intravenosa y los altos niveles de glucosa se tratan con insulina intravenosa.

PREVENCION

El control y reconocimiento de signos tempranos como deshidratación e infección pueden ayudar a prevenir esta afección.

RECOMENDACIONES

- Todo diabético debe traer consigo siempre, una placa o una tarjeta que lo identifique como tal. Esta medida, será de mucha ayuda en caso de una complicación diabética.
- Cumplir de forma cuidadosa con la dosis y horario de los medicamentos, ya sean hipoglucemiantes orales o insulina.
- Cuidar sus hábitos de alimentación y actividad física. Muchos episodios de coma diabético pueden ser prevenidos así.
- Informe a sus familiares, compañeros de trabajo y amistades acerca de su enfermedad y qué hacer en caso de urgencia.
- Atención en forma oportuna. Infecciones banales o leves en personas normales pueden desencadenar complicaciones en personas que sufren diabetes.
- Controlar su IMC (Índice de masa corporal)

COMA DIABETICO

DIAGNOSTICO (NANDA) A	OBJETIVO (NOC 1) P	INTERVENCIONES (NIC) I	EVALUACION (NOC 2) E
0002 Desequilibrio Nutricional por defecto R/C incapacidad del organismo para sintetizar los nutrientes	1009 Estado nutricional: <ul style="list-style-type: none"> Paciente mejorará estado de nutrición durante el turno 	2314 Administración de tratamientos endovenosos. Administrar líquidos, cristaloides y coloides 1030 Manejo de los trastornos de la alimentación. Coordinar con Nutrición sobre tipo de dieta 1800 Ayuda del auto cuidado: Alimentación <ul style="list-style-type: none"> Administrar dieta adecuada Valoración de tolerancia de dieta 1100 Manejo de la Nutrición <ul style="list-style-type: none"> Evitar consumo de azúcares, líquidos, exceso de grasas etc. 2080 Manejo de electrolitos y líquidos <ul style="list-style-type: none"> Administración de líquidos y electrolitos 4180 Manejo de la hipovolemia <ul style="list-style-type: none"> valorar frecuencia cardíaca, PA, estado de hidratación (mucosa oral). 2007 Control de electrolitos <ul style="list-style-type: none"> valorar dosaje sérico de electrolitos y con resultado Administrar electrolitos como (ClNa, Cl k,)	Paciente mejora su estado nutricional y tolera dieta indicada.
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
00027 Déficit de volumen de líquidos R/C eliminación excesiva de orina, náuseas, vómitos, por aumento de la respiración	0601 Equilibrio de líquidos. (602) Hidratación Paciente mantendrá un B.H de +200 en 12 hrs	2314 Administrar medicamentos endovenosos. Canalizar vía periférica 4130 Monitorización de líquidos . Registro estricto de B.H. Colocar sonda Foley a circuito cerrado 6680 Monitorización de: Signos vitales. Signos y síntomas . Monitorización de oximetría	Paciente mantiene adecuado estado de hidratación, y balance hídrico + 350
00179 Riesgo de glicemia inestable R/C enfermedad crónica	2801 Control de riesgo Paciente controlará nivel de glicemia en el turno.	2130 Manejo de hipoglicemia <ul style="list-style-type: none"> control de hemoglucotex administración de dextrosa al 33% 2120 Manejo de hiperglicemia <ul style="list-style-type: none"> control de hemoglucotex administración de insulina cristalina <input type="checkbox"/>	Paciente mantiene glucosa dentro de los valores normales 110 mgr/dl

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANOS FOSFORADO

DEFINICIÓN

Se denominan compuestos órganos fosforados a los derivados de la estructura química del fósforo, son usados como insecticidas son tóxicos por inhalación, absorción gastrointestinal, transdérmica. Producen inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa. Se caracterizan por ser liposolubles y se absorben bien en el tracto gastrointestinal, la piel, las mucosas y los pulmones.

CAUSAS

Desequilibrio emocional
Problemas familiares y/o sociales
Inducido
Ingesta casual

SIGNOS Y SINTOMAS

Muscarínicos

- Salivación, lagrimeo, diarrea.
- Bronco constricción, aumento de secreciones pulmonares.
- Bradicardia, náuseas, vómitos, calambres intestinales.
- Sudoración excesiva, miosis.

Nicotínicos

- Fatiga, fasciculaciones musculares.
- Parálisis fundamentalmente de los músculos respiratorios.
- Disminución del esfuerzo respiratorio.
- Taquicardia, hipertensión.
- Palidez, hiperglicemia.

Sistema nervioso central

- Ansiedad, inquietud, confusión, cefalea, labilidad emocional, habla entrecortada, ataxia.
- Convulsiones generalizadas, hipotensión.
- Parálisis respiratoria central.
- Depresión del centro cardiovascular.
- Coma.
- DIAGNOSTICO

- Historia de exposición al toxico.
- Manifestaciones clínicas de toxicidad.
- Descenso en los niveles séricos de la colinesterasa.
- Mejoría de los síntomas tras la administración de atropina.
- Olor característico a ajo o petróleo.

- En el EKG arritmias ventriculares, TSV polimorfo y ritmos idioventriculares, bloqueos prolongados QTC

TRATAMIENTO

- Vigilar la permeabilidad de las vías respiratorias, respiración y circulación.
- Es esencial estar listo para el RCP,
- Descontaminación gástrica (lavado gástrico)
- Valoración toxicológica.
- Anamnesis
- Examen físico.
- Debe evitarse el contacto directo con las ropas y vómitos del Pac. que pueden estar contaminadas. Por ello se debe utilizar mandil y guantes.
- Utilización de atropina 0.05 mg/kg EV. Nunca debe atropinizarse a un Pac. cianótico. Antes de administrar atropina debe suministrarse adecuada oxigenación tisular con el fin de minimizar el riesgo de fibrilación ventricular, tampoco se debe suspender de golpe su administración porque el Pac. puede presentar el signo de rebote. Se usa hoja de monitoreo y observar: la frecuencia cardíaca, las fasciculaciones, las secreciones (sialorrea) y las pupilas. Cuando atropinizamos puede presentarse intoxicación por atropina.
- Uso de pralidoxina (no contamos en el país), regenera la colinesterasa activa
- En caso de ingestión lavado gástrico, con tubo orogástrico, paciente en posición de Trendelenburg izquierda, verificar la colocación e iniciar lavado con suero salino (hasta que la salida del contenido sea clara).
- Administrar carbón activado 1 gramo/Kg. También puede ser 15 gramos en menores de dos años, 30 gramos en niños entre 2 y 12 años y en mayores de 12 años 50 gramos.
- Hospitalizar al paciente por lo menos 72 horas debido a que como se puede depositar este en la grasa y eliminar más lentamente, puede producir complicaciones tardías e inclusive muerte.

PREVENCIÓN

Buena relación interpersonal, familiar

Rotular las sustancias toxicas y alejarlo de los niños.

ORGANOS FOSFORADOS

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
00039 Riesgo de aspiración R/C Incremento de secreciones, salivación náuseas, vómitos, ausencia de reflujo y depresión del nivel de conciencia.	(1918) Control de la Aspiración . Pac mantendra vía aérea permeable	(3200) Precauciones para evitar la aspiración. Mantener vía aérea permeable. Pac. permanecerá en decubito lateral Izq. Valorar el estado de conciencia. <ul style="list-style-type: none"> Colocación y permanencia del tubo de mayo en la boca. 3160 Aspiración de la vía aérea. <ul style="list-style-type: none"> Extraer el cuerpo extraño Aspiración de secreciones 3350 Monitorización respiratoria <ul style="list-style-type: none"> Valorar frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno 1080 Sondaje gastrointestinal <ul style="list-style-type: none"> Colocación de sonda nasogastrica 18/20 Realizar lavado gástrico Administrar carbon activado (3598) Vigilancia de la piel Bañar al pac para eliminar los residuos en piel. Valoración del estado de la piel y mucosas.	Paciente se mantiene con vía aérea permeable, libre de secreciones.
00030 Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios sobre la membrana alveolo capilar, aspiración del contenido gástrico, hipo ventilación bronco espasmo.	402 Estado respiratorio: intercambio gaseoso. Pcte mantendrá intercambio gaseoso adecuado durante el turno Pac mantendra valores de AGA dentro de límites normales	3140 Manejo de la vía aérea Permeabilización de la vía aérea. 3320 Oxigenoterapia Administración de Oxígeno suplementario (3550) Monitorización respiratoria Control de FR, Sat O2 (1910) Manejo de ácido base Control gasométrico.	Paciente mantiene intercambio gaseoso adecuado. Valores gasométrico dentro de valores normales.

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
00024 Perfusión tisular inefectiva de origen cardiovascular y cerebral R/C vasodilatación venoso como arterial , hipotensión y envenenamiento enzimático.	<p>0405 Paciente mejorará perfusión tisular cardíaca</p> <p>0408 Paciente mejorará perfusión tisular pulmonar</p> <p>0407 Paciente mejorará perfusión tisular periférica</p> <p>0406 Paciente mejorará perfusión tisular cerebral</p>	<p>(3320) administración de oxígeno . Valoración de requerimiento de uso de O2</p> <p>(6680) Monitorización de funciones vitales FC:FR:PA:SATO2</p> <p>4120 Manejo de líquidos. Canalización de vía E:V: para Adm. Fluidos (2314) Administración de medicación E.V.</p> <p>Administración de antídoto (atropina) Observar signos de reacción a la atropina (broncorrea, midriasis, taquicardia, piel seca y rubicundez)</p> <p>2620 Monitoreo neurológico Control pupilar y reactividad a la luz Valoración de la escala de Glasgow</p> <p>2550 Mejora de la perfusión cerebral Elevar la cabecera en ángulo de 30° y 45°</p> <p>4720 Estimulación cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimulación al paciente con sonido, llamados, reflejos 	<p>Paciente mantiene perfusión tisular adecuada</p> <p>Paciente se comunica mantiene Glasgow en 14</p>
(00027) Déficit de volumen de líquidos R/C vómitos, diarrea, sudoración hipersecreción bronquial y sialorrea.	<p>0601 Equilibrio de líquidos.</p> <p>(0602)Hidratación El paciente mantendrá equilibrio hidroelectrolítico y balance hídrico positivo.</p>	<p>2314 Administración de medicamentos EV.</p> <p>(2080)Manejo de líquidos y electrolitos Canalización de vía periférica . Administración de tratamiento indicado Administración de cristaloides y electrolitos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Control estricto de balance hídrico. <p>0460 Manejo de la diarrea</p> <ul style="list-style-type: none"> Control y registro de las características de las deposiciones. <p>4260 Prevención de shock</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia de signos y síntomas de shock. 	<p>Paciente mantiene balance hídrico (+)</p>

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA N.N.N EN PACIENTES CON PANCREATITIS DE ORIGEN BILIAR

DEFINICIÓN

Páncreas: Glándula alargada y en forma de cono que se encuentra detrás del estómago. Su función es fabricar y segregar enzimas digestivas así como las hormonas de insulina y glucagón. Se caracteriza por inflamación del Páncreas.

TIPOS:

PANCREATITIS AGUDA:

Inflamación aguda del páncreas que generalmente implica un solo “ataque”, después del cual el páncreas regresa a su estado normal.

PANCREATITIS CRÓNICA:

Inflamación crónica del páncreas caracterizada por fibrosis del mismo (tejido cicatrizal) y en ocasiones calcificaciones (acúmulos de calcio, visibles en pruebas de imagen como la radiografía). La causa más frecuente es el consumo de alcohol.

ETIOLOGIA:

- El alcoholismo, que bloquean los conductos pancreáticos pequeños.
- La litiasis biliar, que bloquea el conducto pancreático
- Traumatismo abdominal, Anormalidades metabólicas, Hipercalemia
- Hipersensibilidad a toxinas, Enfermedades genéticas
- Alteraciones vasculares Hipergliceridemia (ingesta excesiva de grasa)
- Lupus, Enfermedades infecciosas: Parotiditis, Hepatitis A y B Salmonella
- Fibrosis quística, insuficiencia renal
- Medicamentos :Isoniazida, Furosemida, algunos esteroides y antihistamínicos

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PANCREATITIS AGUDA

- Dolor abdominal agudo en epigástrico que se irradia al dorso o el tórax aumentando progresivamente hasta 30 – 60 minutos
- Malestar general acompañado de inquietud
- Síntomas digestivos :nauseas, vómitos que pueden ser intensos de carácter alimenticio y bilioso
- Disminución del volumen intravascular con pérdida de líquidos en cavidad peritoneal
- Alteraciones hemodinámicas :hipotensión arteriales y taquicardia
- Distensión abdominal o sensación llenura
- Alteraciones respiratorias por desequilibrio en la membrana alveolo capilar.
- Disminución de los ruidos hidroaereos intestinal: estreñimiento.
- Inflamación de la parte superior del abdomen.
- Deshidratación (taquicardia y hipotension ortostatica y disminución de la turgencia de la piel)

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PANCREATITIS CRONICA

- Fiebre
- Dolor abdominal intenso y crónico :TRIADA DE CHARCOT
- Ictericia de piel y conjuntivas.
- Polidipsia (aumento de sed)
- Polifagia (aumento de hambre)
- Estado hemodinámica altamente comprometido secundario a secuestro de líquidos en abdomen y el espacio intersticial
- Deposiciones con contenido graso, diaforesis profusa, debilidad corporal.
- Pérdida de peso Distensión abdominal
- Necrosis grasa o hemorragia subcutánea en los flancos

CLASIFICACIÓN DE BALTHAZAR: VALORACIÓN MORFOLÓGICA DE LAS PANCREATITIS AGUDAS SEGÚN LA TAC

A Páncreas normal

B. Aumento difuso del páncreas, que incluye irregularidades de la glándula, dilatación del ducto pancreático, colecciones líquidas pequeñas sin evidencia de enfermedad peri pancreática.

C. Alteraciones pancreáticas intrínsecas asociados con cambios inflamatorias peri pancreáticas

D. Colección líquida o flemón bien definido

E. Dos o más colecciones mal definidas o presencia de gas en o cerca del páncreas, necrosis del páncreas.

DIAGNOSTICO CLINICO:

EXAMEN FISICO: Dolor y sensibilidad a la palpación abdominal

DATOS ANALITICOS**Hematológicos:**

- Hematocrito: Se eleva en un 50% si hay pérdida de líquidos en el peritoneo o retroperitoneo.
- Recuento leucocitario: Aumentado. Si el valor es mayor a 20 000 hay una inflamación intensa o posible absceso

Bioquímica:

- Nivel sérico de electrolitos: Son normales pero si hay acidosis o alcalosis sus valores están alterados.
- Nivel sérico de calcio: Es bajo cuando existe hiperparatiroidismo el calcio esta elevado.
- Pruebas de función renal: Creatinina elevada cuando se produce la insuficiencia renal.
- Nivel sanguíneo de glucosa: Elevada. Si la elevación es intensa y se asocia con el dolor abdominal puede estar haciendo un cuadro de cetoacidosis diabética.
- Pruebas de función hepática: Los niveles de bilirrubina y fosfatasa alcalina están aumentados. La causa es que el colédoco esta obstruido por aumento del tamaño del páncreas.
- Nivel sérico de triglicéridos: Esta aumentado y se intensifica mayores valores en momento de intenso dolor abdominal
- Nivel sérico de la amilasa: En orina está elevado, la causa es que el riñón elimina rápidamente la amilasa

A. TECNICAS DE IMAGEN

- Radiología torácica, detecta la presencia de derrame pleural, infiltrado o aire libre en el diafragma.
- Ecografía abdominal: identifica litiasis biliar, edema, hemorragia, necrosis, presencia de líquidos y pseudoquistes.
- Radiografía de abdomen: detecta la presencia de aire libre, calcificaciones, cálculos.
- Tomografía computarizada (TAC) que permita diagnostico pancreático, establece la causa, guía que procedimiento invasivo se va utilizar y establece el grado de severidad de lesión del páncreas según clasificación barthazar.
- Colangio pancreatografía endoscópica retrograda (ERCP)
- Electrocardiograma (sus siglas en inglés es ESG o EKG)

TRATAMIENTO

Todos los pacientes con sospecha de pancreatitis deben ser hospitalizados por que la sintomatología clínica y el proceso de la gravedad es inexacta.

- Reposo en cama
- NPO: hasta que se produzca su mejoría clínica
- Administración de opiáceos por vía E.V. como la mepedirina (demerol)
- Colocación de SNG a gravedad solo en caso de nauseas, vomito y dolor.
- Manejo de alteraciones metabólicas (hiperglucemia , hiponatremia)

- Antibioticoterapia profiláctica en caso de necrosis
- Administración de antipiréticos
- Fluido terapia de sustitución, debe estar basado en las constantes vitales y los datos analíticos.
- Monitoreo de PVC
- Administración de insulina si desarrolla Diabetes
- Soporte oxigenatorio, según requerimiento.
- Administración de vasopresores.
- Soporte nutricional: iniciar NPT según valoración
- Colectomía en pacientes con colelitiasis luego de recuperado el proceso inflamatorio
- Drenaje pancreático o quirúrgico en caso de un absceso pancreático

COMPLICACIONES

- Isquemia, Trombosis, Necrosis pancreática infectada
- Absceso pancreático, Seudoquiste pancreático (bolsa de líquido dentro del abdomen), está presente el dolor persistente y la hiperamilasemia que trae como consecuencia
- Infección, hemorragia, ruptura (ascitis pancreática) y la obstrucción de las estructuras adyacentes.
- Shock hipovolémico, derrame pleural, complicaciones pulmonares: en casos graves se observa atelectasia, derrame pleural, neumonía y el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.
- Disfunción multisistémica
- Alteraciones neurológicas, debido al aumento de la glicemia, va desde el letargo hasta la muerte
- Hipertermia corporal severa, puede deberse a una infección causada por: necrosis, absceso, pseudoquistes pancreáticos afectado, colangitis y la neumonía por aspiración.
- Sepsis, causada por falla orgánica o multisistémica.
- Insuficiencia renal causada por la hipovolemia grave o necrosis tubular aguda
- Alteraciones metabólicas: Hipercalemia, Hipercalcemia, Acidosis Metabólica, Hipertrigliceridemia.
- Hemorragia causadas por úlceras por stress

PREVENCION

No abusar del uso de bebidas alcohólicas ni comidas copiosas ricas en grasas. Tomar precauciones de seguridad adecuadas para evitar traumas abdominales. Se puede aconsejar el asesoramiento genético para padres potenciales con antecedentes familiares o personales de fibrosis quística. Para reducir el riesgo de síndrome de Reye (con daño hepático y encefalopatía) hay que evitar el uso de aspirina para tratar fiebre en niños, especialmente si tienen una enfermedad viral.

Se debe vacunar a los niños contra las paperas y otras enfermedades de la infancia.

PANCREATITIS

DIAGNOSTICO (NANDA) A	OBJETIVO (NOC 1) P	INTERVENCIONES (NIC) I	EVALUACION (NOC 2) E
(00078) Manejo inefectivo del regimen terapeutico	(1700)Creencias sobre la salud.	(1813)Conocimiento sobre regimen terapeutico	
R/C conocimientos terapeuticos y dificultades económicas insuficientes	Pac y familia mejorarán conocimientos sobre el tratamiento	Educar a la familia sobre la importancia de cumplir con el tratamiento.sobre los riesgos de complicaciones en caso de incumplimiento	Paciente y familia motivada participan en el cumplimiento del regimen terapeutico
		(8820) Reunion multidisciplinaria sobre cuidados.	
	(2609)Apoyo familiar durante el tratamiento	Coordinar con servicio social el apoyo farmacologico a la familia e inclusion en el SIS	Se cumple con el tratamiento
	Se apoyará a la familia durante la hospitalizac.	Con el personal de voluntarias para la adquisicion de medicamentos	prescrito con apoyo del SIS
		(2314) Administracion de medicamentos indicado	
		Se administra tratamiento indicado	
		(5270) Apoyo emocional	
(00002) Desequilibrio nutricional por defecto	(1009) Estado nutricional Paciente mantendrá	(6680) Monitorización signos vitales	Paciente tolera nutrientes parenteral y/o enteral
R/C molestias gastricas: náuseas y vomitos	estado nutricional adecuado Paciente disminuirá molestias gastricas	(1570) Manejo de vómito Administracion de Dimenhidrinato 1 amp.ev.	Paciente sin molestias gastricas
		(1260) Manejo del peso-Control de peso diario(6am)	
		(1100) Manejo de la nutrición	
		Determinar en colaboración con médico tratante el tipo de dieta número de calorías tipo de nutrientes necesarios para satisfacer requerimientos.	
		Se coordina con nutrición sobre la dieta fraccionada	
		Instaurar la dieta prescrita en forma progresiva	
		Administración de complementos vitamínicos	
		(1080) Sondaje gastrointestinal	
		En caso de persistir alteraciones gastricas colocar SNG N° 14 - 16 a gravedad	
		(1200) Administracion de NPT	
		Si esta indicado NPT cuantificar los ingresos	
		(7710) Colaboración Interdisciplinaria	
		Participar en la colocación sonda SNY	
DIAGNOSTICO (NANDA) continua.....	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
		(1056) Alimentación enteral por sonda	
		Coordinar con servicio de RX la verificación del lugar exacto de la SNY	
		Verificar ubicación y permeabilidad de la sonda	
		Administración de osmolite por bomba infusora	
		(5618) Enseñanza de procedimientos	
		Antes del procedimiento educación oportuna al paciente y familiar del procedimiento a realizar	
		(5270) Apoyo emocional	
		Se brinda apoyo emocional al paciente y familia.	
(00027)Deficit de volumen de líquidos: intravascular, intersticial,extracel R/C pérdida activa del volumen de líquidos y falla en los mecanismos reguladores.	(0602) Hidratación Paciente mantendrá estado óptimo de hidratación	(6680) Monitorización signos vitales	Paciente mantiene buen estado de hidratación
		Control, valoración y registro de funciones vitales	
		Verificar los resultados obtenidos,cardiovascular, respiratorio, SO2.	Paciente se encuentra con valores normales de electrolitos
		Identificar y vigilar cambios de las F.V.	
	Paciente mantendrá un BHE en 12h + 300	Informar al clínico y cumplir las indicaciones .	BHE= +300
		Examen físico y neurológico	
		(4140) Reposición de líquidos (0406) Diarreas	
		Vigilancia constante estado hidratación:	
		observación de turgencia de la piel y mucosas	
		Administración de líquidos orales cada 30 segundos	
		si persiste alteraciones gástricas canalización de vía endovenosa.Realizar cuidados de la vía E.V.	
		Administración de fluidoterapia según indicación	
		Vigilar la frecuencia, flujo EV y la zona de punción	
		Practicar las normas de bioseguridad	
		(2080) Manejo de líquidos y electrolitos	
		coordinar con laboratorio análisis de electrolitos	
		Solicitar los resultados e informar al clínico	
		(590)Manejo de eliminación urinaria	
		Valoración y control de la diuresis y sus características	
		Coordinar con laboratorio análisis de orina	
		Registro de BHE-Control de PVC	

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00108) Deficit de autocuidado: Baño, Higiene R/C disminución de la capacidad física.	(0031) Autocuidado Baño (0305) Autocuidado Higiene (0302) Autocuidado vestirse El paciente mantendrá un estado optimo de higiene y vestido personal	(1801) Ayuda con los cuidados :baño / higiene (1802)Ayuda con autocuidado: vestir / arreglo personal. Supervisar la correcta higiene personal y vestido Respetar la individualidad del paciente Fomentar la participación activa de la familia en relación al baño e higiene Colaborar en su arreglo personal Educar al paciente y familia sobre el autocuidado personal Otorgar apoyo emocional durante la intervención Fomentar el confort del paciente	Paciente y familia participan en su cuidado personal Paciente queda aseado, vestido y arreglado en su unidad
(00132) Dolor Agudo R/C enfermedad pancreatica	(1605) Control del dolor Reconocer la presencia e in- tensidad del dolor del paciente y controlarlo (2102) Nivel del dolor Pac.ptara disminución el dolor en la escala análogavisual 0/10 a 3	(1400) Manejo del dolor Realizar examen físico Valoración de las caraterísticas dolor (inicio, localización, intensidad, radiación, duración y frecuencia) reevaluar a los 5 y 20' la eficacia del tto Aplicar la escala análoga visual del dolor (6482) Manejo ambiental confort Brindar ambiente adecuado y libre d ruidos molestos (5270) Apoyo emocional:utilización de tecnicas distractivas -Educar sobre tecnicas de relajación (2300) Administración de tratamiento especifico para la causa del dolor. (2210)Administración de analgesicos Verificar permeabilidad de via y /o canalización EV Monitoreo de frecuencia respiratoria Mantener la cabecera del paciente alineado a 30 40cm. de altura despues de adm. la analgesia	Paciente aliviado evaluado según escala visual de 0 - 10 a 2
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00146) Ansiedad R/C proceso de la enfermedad	(1402) Control de la ansiedad Paciente controlará los síntomas relacionados con la ansiedad	(5270) Apoyo emocional: comunicación empática con el paciente Escuchar sus dudas, inquietudes y temores Ayudar que exprese los sentimientos de ansiedad, creencias ira ó tristeza Educacion: sobre estrategias y aspectos relacionados con su enfermedad, tratamiento procedimientos y cuidados Facilitar las visitas de su familiares.	Paciente se muestra tranquilo durante el turno Paciente expresa sentirse aliviado
(00004) Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos:SNG vía EV, vía central, SF.	(0703) Estado de Infección En el paciente se disminuirá el riesgo de infección En el paciente se detectará precozmente signos de infección	(6540) Control de Infección Valoración física Evaluación de signos y síntomas de infección sistemica y localizada Observar signos de flogósis Respetar las pautas de cada procedimiento invasivo Durante todo el procedimiento tener presente la asepsia médica y quirúrgica así como prácticas las normas de bioseguridad Curación de las vía central, revisar características de la piel adyacente Realizar cambio de la vía EV cada 3 dias Cambiar las SNG y SF al 7mo día de colocación Durante la permanencia del sondaje realizar la (2314) Administración de medicamentos indicado Se administra tratamiento indicado (3900) Regulación de la temperatura Observar y registrar si hay signos y sintomas de hpertermia y coloración de la piel Aligerar cobertores Baños tibios para ajustar la T°corporal alterada alterado Administración de antipireticos según prescripción.	Paciente no presenta signos y sinto- mas de infección Paciente no presenta flogósis.

GUÍA DE PROCESO DE DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTES CON COLEDOLITIASIS

DEFINICIÓN:

La coledocolitiasis es la presencia de cálculos en la vía biliar principal. Los cálculos así impactados pueden ser pequeños o de gran tamaño, únicos o múltiples y tienden a aparecer en un 6-12% de los pacientes con colelitiasis.

Al parecer, la migración silenciosa de cálculos de la vesícula al colédoco, y de allí al duodeno, es un fenómeno relativamente común, el bloqueo e infección causados por cálculos en las vías biliares pueden ser potencialmente mortales. Sin embargo, el pronóstico generalmente es muy bueno con un diagnóstico y tratamiento oportunos.

CAUSAS:

Aproximadamente el 15% de las personas con cálculos biliares desarrollan cálculos en el conducto colédoco, el pequeño conducto que transporta la bilis desde la vesícula hasta el intestino. Entre los factores de riesgo están los antecedentes médicos de cálculos biliares. Sin embargo, la coledocolitiasis puede ocurrir en personas a quienes se les haya extirpado la vesícula biliar.

SIGNOS Y SINTOMAS:

Al principio, la mayoría de los cálculos no causan síntomas. Sin embargo, cuando los cálculos aumentan de tamaño o cuando empiezan a obstruir las vías biliares, pueden aparecer síntomas o "cólicos".

- Dolor abdominal en la parte superior derecha o central del abdomen que puede:
 - aparecer y desaparecer
 - ser agudo, tipo cólico o sordo
 - irradiarse a la espalda o por debajo del omóplato derecho
 - empeorar después de consumir comidas grasas o grasosas
 - ocurrir en cuestión de minutos después de una comida
 - puede ser recurrente
- Náuseas
- Fiebre
- Inapetencia
- Ictericia (coloración amarillenta de la piel o la esclerótica de los ojos)
- Náuseas
- Vómitos
- Sentirse agotado
- Intolerancia a los alimentos grasos
- Eructos o gases
- Indigestión
- Sudor
- Escalofríos
- Heces color arcilla

DIAGNOSTICO:

Los exámenes que muestran la ubicación de cálculos en el conducto colédoco son los siguientes:

- Tomografía computarizada abdominal
- Ecografía abdominal
- Colangiopancreatografía retrógrada endoscópica (CPRE ò ERCP))
- Ecografía endoscópica
- Colangiopancreatografía por resonancia magnética (CPRM)
- Colangiograma transhepático percutáneo (CTP)

El médico puede ordenar además los siguientes exámenes de sangre:

- Bilirrubina (valores normales: B. Total: hasta 1.2 mg/dl; B. Directa: hasta 0.3 mg/dl; B. Indirecta: hasta 0.9 mg/dl)
- Pruebas de la función hepática
- Enzimas pancreáticas: (valores normales: Amilasa: 0 - 125 U/L; Lipasa: 13 – 60 U/L)

TRATAMIENTO:

El objetivo del tratamiento es aliviar la obstrucción, también puede involucrar:

- Cirugía para extirpar la vesícula y los cálculos
- CPRE y un procedimiento llamado esfinterotomía, con el cual se hace una incisión quirúrgica intramuscular en el conducto colédoco

COMPLICACIONES:

- Cirrosis biliar
- Colangitis
- Pancreatitis

PREVENCIÓN:

- Disminución del consumo de grasas
- Identificación de factores de riesgo

DIAGNOSTICO (NANDA) A	OBJETIVO (NOC 1) P	INTERVENCIONES (NIC) I	EVALUACION (NOC 2) E
(00132) Dolor agudo relacionado con proceso inflamatorio biliar secundario a	(1605) Control Del dolor - El paciente será capaz de expresar alivio del dolor según escala dentro de los 10 - 30 min. Posterior a la atención y administración de farmacoterapia.	(6680) Monitorización de los signos vitales (1400) Manejo del dolor: - Realizar examen físico - Valoración de escala del dolor del 1/10 - Valoración de las características del dolor: intensidad, localización, radiación, duración y frecuencia (5270) Brindar apoyo emocional: - Utilización de técnicas distractivas - Educar sobre técnicas de relajación (2210) Administración de analgésico Adm. de tratamiento específico para la causa del dolor - Canalización de catéter periférico o verificación de permeabilidad de la vía - Evaluar la eficacia de la analgesia administrada (6482) Manejo ambiental del confort - Reducir los estímulos ambientales - Reducir al máximo ruidos molestos	- El paciente manifiesta alivio o disminución del dolor
(00133) Dolor crónico relacionado con obstrucción y distensión abdominal	(2102) Nivel del dolor - El paciente disminuirá su dolor de 10 a 3 puntos en la escala del dolor dentro de las 6 primeras horas de atención.		- El paciente refiere que el dolor a disminuido según evaluación de escala a 3
(00134) Nauseas relacionado con irritación del sistema gastrointestinal intolerancia a los alimentos grasos	(2106) Disminución de las nauseas. El paciente manifestara alivio de las sensaciones nauseosas tras la aplicación de las medidas de apoyo.	(1450) Manejo de Nauseas - Canalización de catéter periférico o verificación de permeabilidad de la vía - Valoración completa de las nauseas incluyendo frecuencia, intensidad - Identificar factores que puedan causar o contribuir a las nauseas (4200) Terapia endovenosa: Administración de antiemético prescrito (6680) Monitorización de signos vitales (5880) Técnicas de relajación - El paciente realizara respiraciones profundas y movimientos de deglución para reducción del efecto nauseoso - Movilizar al paciente con lentitud, evitando los cambios de posturas bruscos, en especial tras las ingestas - Controlar factores ambientales que puedan causar las nauseas (malos olores) - Fomentar el descanso y el sueño adecuado para facilitar el alivio de las nauseas - Verificar los efectos de las nauseas: proporcionar material para asegurar la higiene inmediata tras un episodio de vomito: enjuagues bucales, camisón, ropa de cama	- El paciente refiere que las nauseas han disminuido

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA – NIC – NOC EN PACIENTES CON EMBARAZO ECTOPICO

DEFINICIÓN:

Un embarazo ectópico es aquel que tiene lugar fuera de la matriz, el sitio mas común es en la trompa de Falopio por tanto las posibilidades de que llegue a buen término son muy bajas. Además, existen muchos casos de embarazos ectópicos que no se detectan a tiempo, con el consiguiente riesgo para la salud de la madre.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Dolor pélvico o abdominal.
- Sangrado vaginal irregular y anormal ó amenorrea
- Si la trompa de Falopio se rompe, aparte del dolor habría una hemorragia intensa, llegando a veces al shock
- Un alto porcentaje de mujeres con embarazo ectópico sufren náuseas y mareos,
- Si la trompa y el producto de la concepción se necrosan pueden infectarse, entonces la impresión clínica es la de un proceso pélvico inflamatorio.

DIAGNOSTICO:

Se diagnostica a través de:

- Un examen pélvico.
- Análisis de sangre para medir los niveles de una hormona del embarazo: gonadotropina coriónica humana (hCG).
- Exámenes por ultrasonido vaginal o abdominal para localizar el embarazo.
- Si estas pruebas no confirman un embarazo ectópico, es posible que el médico realice un procedimiento: dilatación y cure taje.
- Ocasionalmente, se utiliza la laparoscopia bajo anestesia general.

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

- Si el embarazo tiene apenas unos días y no se ha roto la trompa, la mujer puede ser tratada con un medicamento llamado metotrexato. Por lo general, se administra una sola inyección, el cual detiene el avance del embarazo y salva la trompa de Falopio.

- En todos los caso de embarazo ectópico se recomienda administrar antimicrobianos, eritromicina, tetraciclina

EMBARAZO ECTOPICO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132) Dolor agudo r/c proceso inflamatorio evidenciado por fascies de dolor secundario a salpingitis	(1605) Control del dolor Paciente sera capaz de expresar alivio del dolor	(1400) Manejo del dolor. Explicar al paciente y familia las causas del dolor. (6482) Manejo ambiental. Determinar factores ambientales que puedan aumentar el umbral del dolor. (5270) Apoyo emocional. (4920) Escucha activa. (6680) Monitoreo de signos vitales. (5602) Enseñanza del proceso de la enfermedad. Explicar al paciente y familia el proceso de la enfermedad y la importancia de que cooperen en el mismo. (6480) Manejo ambiental.	Paciente manifiesta alivio del dolor ,
	(2122) Nivel del dolor. Paciente manifestara disminucion del dolor de 10 a	Valoracion de la escala del dolor 1 al 10. (2300) Administracion de tratamiento especifico para el dolor. 6 (2210) Administracion de analgesicos prescritos. Preparacion prequirurgica.	Disminuye dolor segun l escala a 6.
(00028) Riesgo de deficit de volumen de liquidos r/c hemorragia intrabdominal evidenciado en piel fría, taquicardia, hipotension, etc.	(0601) Equilibrio de liquidos paciente mantendra adecuado equilibrio de liquidos. (0602) Hidratacion. Paciente mantendra adecuado nivel de hidratacion.	(4010) Prevencion de la hemorragia. (6680) Monitorizacion de signos vitales. Monitoreo especial de la presion arterial y frecuencia (3350) Monitoreo respiratorio (3320) Oxigenoterapia. (4260) Prevencion del shock. (4160) Control de la hemorragia. (4180) Manejo de la Hipovolemia. (4120) Manejo de liquidos. (4200) Terapia intravenosa. Canalizacion de la via periferica con cateter venoso de calibre grueso N° 14 o 16, en vena gruesa con suero salino a goteo rapido. Administracion de coloides. (2314) Administracion de medicamentos intravenosos. (4140) Reposicion de liquidos. (4030) Administracion de productos sanguineos. (2000) Manejo de electrolitos.	Paciente hemodinamicamente compensado. Funciones vitales estables. Bh. = +250cc
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
		(6680) Monitorizacion de liquidos. Balance hidrico estricto. (910) Inmovilizacion. (7710) Colaboracion con el medico. Participar en la evaluacion de la paciente. Informe oportuno de los cambios hemodinamico que presente la paciente. Preparacion prequirurgica: Coordinacion para la realizacion de los exámenes en forma rapida. (8820) Reunion multidisciplinaria sobre cuidados. Coordinacion con laboratorio, entidades de apoyo, SIS, etc, para permitir la atencion del paciente en forma adecuada y oportuna.	
(00146) Ansiedad r/c perdida y/o interrupcion del embarazo.	(1402) Control del la ansiedad. Paciente expresara disminucion de la ansiedad. (1704) Ideas sobre la salud: amenaza percibida	(5820) Reduccion de la ansiedad. (5270) Apoyo emocional. Comunicación empática con el paciente. (5610) Enseñanza pre y post quirurgica. Explicacion de los procedimientos que se le van a realizar. (5420) Apoyo espiritual. (7140) Apoyo a la familia. Permitir que la paciente converse y la Pac. este acompañada en la medida posible por sus seres queridos. (6420) Manejo ambiental. Permitir un ambiente adecuado para que la paciente pueda expresar sus pensamientos.	Paciente expresa que se siente mas tranquilo y su ansiedad ha disminuido. Se evidencia fascies de tranquilidad Expresa sus sentimientos y entiende mejor el proceso de su enfermedad
(00148) Temor r/c posibilidad de complicaciones de embarazos futuros.	(1404) Control del miedo. Paciente disminuira temor.	(5230) Aumentar el afrontamiento. Orientacion de su tratamiento posterior al alta con frases sencillas. Se favorece la expresion d esus sentimientos Brindarle respuestas (5270) Apoyo emocional: Comunicación empática. establecer dialogo tranquilizador. Utilizacion de afirmaciones firmes y directas. aceptacion de sus temores u cuando se encuentre mas tranquila sugerencias de comportamiento.	Paciente se le observa mas tranquilo y calmado. Refiere que se siente tranquilo y seguro, etc.

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL N.N.N. EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DEFINICIÓN

Corresponde al paciente que ha sufrido un traumatismo violento, con compromiso de más de un sistema o aparato orgánico y a consecuencia de ello tiene riesgo de vida, las cuales pueden originar secuelas invalidantes.

CAUSAS

- Accidentes de tránsito
- Caída de altura
- Herida de bala
- Herida por arma blanca
- Aplastamiento

SIGNOS Y SINTOMAS

- **Lesiones del sistema respiratorio**
 1. Interrupción de la vía aérea por cuerpos extraños en boca, laringe, tráquea o bronquios, como placas o prótesis dentarias, vómitos que se aspiran, sangre, hematomas del piso en la boca en traumatismos máxilofaciales.
 2. Ruptura traqueobronquial
 3. Hemotórax a tensión
 4. Fracturas múltiples de costillas
 5. Contusión pulmonar
- **Lesiones del sistema cardio-vascular**
 1. Hipovolemia por hemorragia fulminante, sea interna o externa.
 2. Shock en cualquiera de sus formas etio-patogénicas: hipovolémico, neurogénica, cardiogenico, etc.
 3. Hemopericardio con taponamiento cardíaco.
 4. Hemorragia masiva por ruptura de la aorta o de los grandes vasos.
- **Lesiones del sistema nervioso central**
 1. Contusión cerebral grave.
 2. Hemorragia cerebral masiva

DIAGNOSTICO

- **Valoración de la respiración**

1. Vómito costal: fractura en varios segmentos de costillas continuas que comprometen por lo menos 3 (movimientos respiratorios anormales)
 2. Hemotórax y Neumotórax: colección de sangre y aire en espacio pleural que comprime a los pulmones.
- **Valoración de la circulación**
 1. Control puntos sangrantes
 2. Tensión según pulso
 3. Frecuencia cardíaca
 4. Tensión arterial
 - **Valoración neurológica**
 1. Nivel de conciencia
 2. Índice de Glasgow

TRATAMIENTO

- Mantener la alineación cabeza-cuello-tronco en bloque único
- Asegurar el mantenimiento de las funciones vitales
- Tratar heridas y quemaduras
- Controlar la hemorragia aguda y prevenir el shock

PREVENCIÓN

La primera preocupación será evitar sobre todos aquellos factores que favorecen los accidentes. En general son factores difíciles de controlar, si bien en determinados tipos de accidentes, una política de prevención podría reducir las consecuencias.

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00027) Déficit de volumen de líquido r/c pérdida activa de volumen sanguíneo	(0601) Equilibrio de líquidos (0401) Estado de la circulación Pac mantendrá equilibrio hemodinámico	(4180) Manejo de la hipovolemia (4140) Reposición de líquidos (4260) Prevención del shock (4160) Control de la hemorragia (4030) Adm. de productos sanguíneos (4150) Regulación hemodinámica (6680) Monitoreo de los signos vitales (4210) Monitoreo hemodinámico invasivo	Pac con F.V. estables. Hemorragia controlada Recibe transfusión sanguínea
(00016) Deterioro de la eliminación urinaria r/a Pérdida de la sensación de la micción secundaria a traumatismo y/o coma	(0503) Eliminación urinaria Pac recuperará función mediante estimulación y/o sondaje	(0620) Cuidados de la retención Urinaria Valorar si Pta globo vesical 10am Se realiza estimulación para lograr micción según el nivel de conciencia y lesión (0580) 10.15am Sondaje vesical .Control de diuresis. Cambio de paña según necesidad (1750) Aseo perineal	Paciente se le asistió en la eliminación queda con pañal cambiado y limpio. Pac queda con sonda foley permeable. Diuresis
(000085) Deterioro de la movilidad física r/c pérdida: funcional secundario a proceso neurológico	(208) Nivel de movilidad (204) Consecuencias de la inmovilidad: fisiológicas. El paciente conservará la tonicidad muscular, durante el turno	(844) Cambio de posición: Neurológico. Cuidado en fracturas. (740) Cuidado en el reposo en cama (200) Fomento del ejercicio (4104) Cuidados del embolismo periférico Aplicación de masajes sobre aéreas vulnerables. Realización de ejercicios pasivos Coordinar con rehabilitación	Queda movilizado Con tonicidad muscular conservada Se coordina con terapia física

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
00108) Déficit de autocuidado, baño/higiene r/c estado neurológico, coma.	(0301) Autocuidado baño (0305) Autocuidado higiene Paciente se mantendrá aseado durante el turno	(1801) Ayuda con los autocuidados: Baño/higiene (1610) Baño, se realizara baño de esponja (1680) cuidado de las uñas (1640) De los oídos (1660) Cuidado de los pies (1670) Del cabello (1750) Perineales (1720) Fomento de la salud bucal	Paciente queda aseado. Se realizo baño de esponja

GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NNN EN PAC CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

DEFINICIÓN

Es la interrupción del riego sanguíneo a una parte del cerebro o cuando se produce un derrame de sangre en el cerebro o alrededor de él.

CAUSAS

-Coagulo sanguíneo (80%)

-La obstrucción de una arteria (ACV isquémico) produce trombosis cerebral embolia cerebral.

-Vasos sanguíneos rotos o dañados que derraman sangre en el cerebro o alrededor de él. ACV (hemorrágico).

Existen dos tipos de ACV hemorrágicos:

Cerebral y subaracnoideo.

Los ACV hemorrágicos producen más muertes que los isquémicos, pero los pacientes que sobreviven se recuperan mejor y sufren menos discapacidades.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara.
- Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible.
- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual, casi siempre acompañado de otros síntomas.
- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.

Otros:

- Parestesias, debilidad de un grupo muscular poco específico ´.episodios amnésicos breves, pequeña desorientación, etc. Son importantes porque ponen sobreaviso de la patología en forma forma precoz.

DIAGNÓSTICOS

-Examen clínico

-Exámenes por imágenes: TAC, Resonancia magnética, EEG (miden la actividad eléctrica del cerebro) Duplex Carotideo (muestran el flujo de sangre al cerebro)

TRATAMIENTO

Administración de anticoagulantes, asistencia hospitalaria, rehabilitación y, en casos excepcionales, cirugía.

PREVENCIÓN

- Lo fundamental es controlar los factores de riesgo asociados; fundamentalmente, son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes.
- Evitar tabaco y alcohol.
- Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta saludable rica en verduras, frutas y grasas poli-insaturadas (EPA, DPA, DHA), con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares (harinas).
- Seguir las recomendaciones del médico y enfermero de cabecera, quienes mejor conocen la situación y las enfermedades de cada individuo.
- Evitar el sobrepeso.

HEMORRAGIA INTRACRANEAL

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00024)Perfusión tisular inefectiva cerebral r/c disminución del flujo arterial y venoso intracraneal.	(0406)Mejorara perfusión tisular cerebral. Pac.Mejorara perfusion cerebral paulatinamente (912)Estado Neurologico: conciencia Pac.Mejorara el estado de conciencia y se disminuira hipoxia cerebral	(2550)Mejora de la perfusión cerebral. Valorar en forma constante el estado neurologico: nivel de conciencia y los cambios de reactividad a través de la escala de Glasgow y reacción pupilar Calcular y monitorear la presión de perfusión cerebral. Controlar y valorar constantes vitales cada hora. Administrar farmacos vasoactivos según prescripción. Mantener el nivel de glucosa y Hcto. dentro de lo normal. Observar si hay signos de hemorragia. - Brindar comodidad y confort con cambios posturales restringidos.	Escala de Glasgow 15. Sat O2 95% Función neurologica no comprometida Paciente evidencia funciones vitales estables.
(00049)Capacidad adaptativa intracraneal disminuida r/c lesión cerebral, aumento de la presión intracraneal y descenso de la perfusión cerebral.	(1609)Conducta de tratamiento enfermedad o lesión. Pac.Mantendra una PIC< A 15mmHg.	(2590)Monitorización de la presión intracraneana Evitar actividades que incrementan la PIC tales como: rotación extrema del cuello. Maniobra de valsalva. Repóso en 30°	Paciente mantendrá adecuada capacidad adaptativa. Pac queda con PIC menor a 15mmHg.
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES(NIC)	EVALUACION (NOC 2)
(00132)Dolor agudo: cefalea r/c agentes lesivos por compresión de raíces nerviosas, daño de estructuras neuronales.	(1306)Dolor: respuesta Pac. disminuira cefalea con medidas terapeuticas.	(1400)Manejo del dolor. Valorar el dolor según la escala de Evans considerando intensidad, irradiación, duración. Administrar analgesicos ó narcoticos según indicación medica.	Paciente controla el dolor. Ausencia de cefalea
(00028)Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c vómitos, incremento de metabolismo y terapia anti edema.	(0601)Equilibrio hidrico Pac mantendra equilibrio hidrico	(2080) Manejo de liquidos y electrolitos. Fluidoterapia controlada Administracion de manitol o diureticos según indicación . Realizar B.H. estricto.	Pac hidratado B.H.=