

CUIDADOS CRÍTICOS Y QUIRÚRGICOS

Grupos

“CUIDADOS CRÍTICOS”

“CUIDADOS QUIRÚRGICOS”

2011

Coordinadora

Rosario Fernández Flórez
Responsable Funcional del Área de Enfermería del Proyecto EDESIS
Dirección General de Innovación
Consejería de Sanidad

Autores

Grupo “Cuidados Críticos”
Grupo “Cuidados Quirúrgicos”
Dirección General de Innovación
Consejería de Sanidad

Se relacionan en el Anexo 1

Contenido

Contenido	1
INTRODUCCIÓN	5
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO	6
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “PACIENTE CRÍTICO”	8
INDICADORES DEL FORMULARIO PACIENTE CRÍTICO.....	9
INDICADORES DE LA PESTAÑA CONSTANTES Y PERFUSIONES.....	9
INDICADORES DE LA PESTAÑA VENTILACIÓN/AISLAMIENTO VÍA AÉREA.....	10
ANEXO A:	11
ESCALA EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA)	12
ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)	14
FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE CRÍTICO”	17
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN FÍSICA.....	18
INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO NEUROLÓGICO	18
INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO RESPIRATORIO	19
INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO CIRCULATORIO	19
INDICADORES DE LA PESTAÑA FUNCIÓN DIGESTIVA/RENAL.....	20
INDICADORES DE LA PESTAÑA SOMATOMETRÍA	21
ANEXO B:	22
ESCALA DE GLASGOW	23
ESCALA DE RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE).....	24
ESCALA DE RAMSAY.....	25
VISTA DEL EVOLUTIVO “PACIENTE CRÍTICO”	27
INDICADORES DEL EVOLUTIVO PACIENTE CRÍTICO	28
PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO: VALORACIÓN ENFERMERA.....	30
INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CRÍTICO	32
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 1-2-3.....	32
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 4-5.....	33
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 6-7.....	34
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 8-9.....	34
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 10-11.....	35
INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 12-13.....	36
ANEXO C:	37
GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CRÍTICO..	38
TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS	39
EXPLORACIÓN DE LOS DOMINIOS	40
CAMPOS OBLIGATORIOS	42
APÉNDICE: ESCALAS.....	45
ESCALA BRADEN	46
ESCALA EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA).....	49
ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.....	51
ESCALA DE BARTHEL.....	51
PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO: DIAGNÓSTICO-INTERVENCIÓN.....	54
INTRODUCCIÓN	54
DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN PACIENTES CRÍTICOS E INTERVENCIONES RELACIONADAS.....	55
DOMINIO 4	55

00198 TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	55
1850 MEJORAR EL SUEÑO	55
6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT	55
5240 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD	55
1400 MANEJO DEL DOLOR	55
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA	55
0224 TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR	55
0226 TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR	55
1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO	55
1806 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA	55
0940 CUIDADOS DE LA TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN	55
0910 INMOVILIZACIÓN	55
0840 CAMBIO DE POSICIÓN	56
1400 MANEJO DEL DOLOR	56
00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	56
0180 MANEJO DE LA ENERGÍA	56
1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO	56
1806 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA	56
0840 CAMBIO DE POSICIÓN	56
00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN	56
1803 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN Ayuda parcial	56
1050 ALIMENTACIÓN Ayuda total	56
1400 MANEJO DEL DOLOR	56
00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: BAÑO	57
1610 BAÑO Ayuda total	57
1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL Ayuda total/parcial	57
DOMINIO 5	57
00122 TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL	57
6550 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS	57
6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD	57
5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD	57
00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES	57
5602 ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD	57
00128 CONFUSIÓN AGUDA	58
4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD	58
6550 MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS	58
6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD	58
1850 MEJORAR EL SUEÑO	58
6580 SUJECIÓN FÍSICA	58
00173 RIESGO DE CONFUSIÓN AGUDA	58
4820 ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD	58
6486 MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD	58
00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL	58
4976 MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DEFICIT DEL HABLA	58
4974 MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DEFICIT AUDITIVO	59

4978 MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DEFICIT VISUAL.....	59
DOMINIO 9	59
00146 ANSIEDAD	59
0240 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD	59
1850 MEJORAR EL SUEÑO	59
5340 PRESENCIA	59
DOMINIO 11	59
00004 RIESGO DE INFECCIÓN	59
6540 CONTROL DE INFECCIONES	59
0083 CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN	59
1876 CUIDADOS DEL CATETER URINARIO	59
1870 CUIDADO DEL DRENAJE	59
Mantenimiento del dispositivo de acceso subcutáneo	59
2440 MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS DE ACCESO VENOSO	59
1872CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO	60
3583 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DEL INJERTO	60
3582 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DONANTE	60
00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL.....	60
1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL	60
1730 RESTABLECIMIENTO DE LA MUCOSA ORAL.....	60
00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	60
3590 VIGILANCIA DE LA PIEL	60
3540 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN	60
0840 CAMBIO DE POSICIÓN	61
3520 CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	61
3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS.....	61
3661CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS	61
1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN	61
4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS	61
4120 MANEJO DE LÍQUIDOS.....	61
00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.....	61
3590 VIGILANCIA DE LA PIEL	61
3540 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN	61
0840 CAMBIO DE POSICIÓN	62
1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN	62
4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS	62
4120 MANEJO DE LÍQUIDOS.....	62
00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	62
3590 VIGILANCIA DE LA PIEL	62
3540 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN	62
3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS.....	62
3520 CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN	62
3661CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS	62
00155 RIESGO DE CAÍDAS.....	63
6490 PREVENCIÓN DE CAÍDAS	63
6580 SUJECIÓN FÍSICA.....	63

00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN.....	63
3200 PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN.....	63
1860 TERAPIA DE DEGLUCIÓN.....	63
00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS.....	63
3350 MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA.....	63
3140 MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS.....	63
3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS.....	64
00086 RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA.....	64
3500 MANEJO DE PRESIONES.....	64
00006.HIPOTERMIA.....	64
3800 TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA.....	64
00007 HIPERTERMIA.....	64
3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE.....	64
CP: CONVULSIONES.....	64
2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES.....	64
DOMINIO 12.....	64
00132 DOLOR AGUDO.....	64
1400 MANEJO DEL DOLOR.....	64
6482 MANEJO AMBIENTAL CONFORT.....	64
DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y DE CORTA ESTANCIA..	65
INTRODUCCIÓN.....	66
FORMULARIO DE REGISTRO “COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN”.....	68
INDICADORES DEL FORMULARIO “COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN”.....	69
FORMULARIO DE REGISTRO “COMPROBACIÓN POSTINTERVENCIÓN”.....	72
INDICADORES DEL FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “COMPROBACIÓN POSTINTERVENCIÓN”.....	74
FORMULARIO DE REGISTRO “CRITERIOS DE ALTA”.....	76
INDICADORES DEL FORMULARIO DE REGISTRO CRITERIOS DE ALTA.....	77
PROTOCOLO DE CUIDADOS PREINTERVENCIÓN-POSTINTERVENCIÓN.....	79
CUIDADOS ESTANDARIZADOS PREINTERVENCIÓN.....	79
2930 PREPARACIÓN QUIRÚRGICA.....	79
5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.....	79
CUIDADOS ESTANDARIZADOS POSTINTERVENCIÓN.....	80
2870 CUIDADOS POSTANESTESIA.....	80
1400 MANEJO DEL DOLOR.....	80
5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD.....	81
6550 VIGILANCIA.....	81
5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL.....	81
ANEXO 1.....	83
COMPONENTES DEL GRUPO “CUIDADOS CRÍTICOS”.....	84
COLABORADORES.....	84
COMPONENTES DEL GRUPO “CUIDADOS QUIRÚRGICOS”.....	85

INTRODUCCIÓN

BORRADOR

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO

BORRADOR

FORMULARIO
"PACIENTE CRÍTICO"

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “PACIENTE CRÍTICO”

Se han reunido en este formulario aquellos indicadores en relación con el estado hemodinámico del paciente, y las perfusiones de medicación que influyen en él, así como otras cuya dosis suele registrarse cada hora. También los que recogen información en cuanto a ventilación mecánica.

La información se organiza en dos pestañas:

Constantes y perfusiones

- Constantes: Figuran, además de los valores de las constantes vitales, la escala EVA para la valoración del dolor y el Índice Biespectral (BIS) para la valoración del nivel de analgesia (Anexo A)
- Perfusiones: Constan las de uso más frecuente. Se registrará el ritmo de infusión ya que la concentración está protocolizada en cada centro. Si ésta no es la habitual se registrará en observaciones de enfermería.

Ventilación/Aislamiento de la vía aérea

- Ventilación: Están en este apartado los indicadores necesarios para registrar los distintos parámetros en relación con la respiración, efectuados por el paciente con ventilación mecánica. La programación de estos parámetros constará como prescripción médica.
Los cambios de concentración deben anotarse en el apartado “Observaciones”.
- Aislamiento de la vía aérea: Figuran las distintas características del tubo endotraqueal así como otros aislamientos de vía aérea.
También si el procedimiento que se registra es la inserción o la retirada del dispositivo.

En el apartado “Observaciones”, se debe de anotar lo concerniente a estos puntos que no venga especificado en el formulario, así como cualquier incidencia que surja en la “Toma”.

INDICADORES DEL FORMULARIO PACIENTE CRÍTICO

INDICADORES DE LA PESTAÑA CONSTANTES Y PERFUSIONES

→ Constantes vitales	
TAS (mm Hg)	
TAD (mm Hg)	
TAM (mm Hg)	
FC (l/m)	
FR (l/m)	
Saturación O ₂ (%)	
Pet. CO ₂ (cm H ₂ O)	
T ^a (°C)	
PVC (cm H ₂ O)	
PIA (cm H ₂ O)	
GC (l/m)	
Índice cardiaco (l/min m ²)	
BIS ¹	
Escala EVA	Desplegable: 0 a 10
Observaciones	
→ Perfusiones	
Noradrenalina ritmo	
Dopamina ritmo	
Dobutamina ritmo	
Nitroglicerina ritmo	
Amiodarona ritmo	
Midazolán ritmo	
Propofol ritmo	
Fentanilo ritmo	
Cloruro mórfico ritmo	
Furosemida ritmo	
Insulina ritmo	
Heparina ritmo	
Antiagregante (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Perfusión A (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Perfusión B (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Perfusión C (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA VENTILACIÓN/AISLAMIENTO VÍA AÉREA

→ Ventilación	
VM espirado	
V T espirado	
FR realizada	
PIT	
PEEP realizada	
Relación I/E	
EPAP realizada	
IPAP realizada	
Volumen tidal realizado	
Fugas	
Observaciones	
→ Aislamiento vía aérea	
Tubo endotraqueal	Multiselección: Normal Anillado Con aspiración subglótica Sin aspiración subglótica
Nº tubo	
Volumen del globo	
Ubicación (cm)	
Procedimiento	Desplegable: Inserción Retirada Inserción en otro centro Inserción en unidad de hospitalización Inserción en quirófano
Otros dispositivos	Desplegable: Traqueotomía Mascarilla laríngea Fastrach
Observaciones	

1 Ayuda con valores Bis

Accesos directos desde este formulario a los de: Balance hídrico (U), Control Glucémico (U)

ANEXO A:

Escala para la valoración del

- **Dolor.**
Escala EVA
- **Nivel de Sedación**
Índice BIS

ESCALA EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA)

Indicación: Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas. Fue desarrollada por Hiskisson en 1974.

Administración: Autoadministrada–heteroadministrada. La escala visual analógica es una línea de 100 mm que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor mientras que el extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. La escala de graduación numérica de intensidad de dolor (NRS) añade una graduación numérica donde 1 es el valor *no dolor* y 10 es el *peor dolor imaginable*.

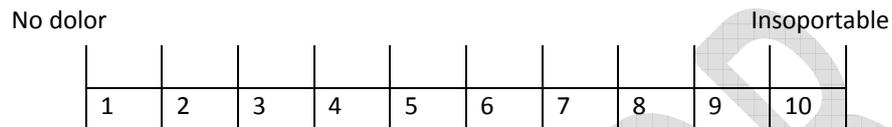
Interpretación:

Permite comparar las puntuaciones del dolor en el mismo sujeto en diferentes secuencias temporales.

Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest $r = 0,947$. CCI = 0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratados con TENS (Paice, 1997)

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

“Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea.”



Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia:
Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

Indicación: Especialmente útil para evaluar el nivel de sedación durante:

- La sedación profunda para la ventilación mecánica.
- En el coma inducido por fármacos.
- En el bloqueo neuromuscular.
- En sedaciones profunda para ventilación mecánica.

Administración: El Índice Biespectral (BIS) estima el grado de actividad eléctrica cerebral y, por tanto, el de sedación del paciente mediante el análisis de las frecuencias de las ondas de EEG (SFS % frecuencias rápidas/ % frecuencias lentas). Su valor puede oscilar entre 0 y 100; 0 en el caso de supresión completa del EEG y 100 en el paciente completamente despierto.

Interpretación: Valores entre 40 y 60 indican sedación profunda, con una buena correlación con las escalas clínicas habituales (Ramsay y Comfort) y ha sido validado en adultos y niños mayores de un año.

No obstante, las interferencias eléctricas debidas al aparataje, fármacos (catecolaminas) y la actividad muscular pueden producir falsas elevaciones, dificultando la correcta interpretación de los valores de BIS.

ÍNDICE BIESPECTRAL (BIS)

97 – 98	Despierto, Consciente, Activo
90	Sin Ansiedad
80	Cierra los Ojos
< 70	No se forma Memoria Explícita
< 65	No se forma Memoria Implícita
60	Se Anulan los Potenciales Evocados
40 – 60	Se considera Estadio ideal de Sedación Importante
< 40	Sedación Profunda para Isquemia Controlada
0	Supresión del EEG

Bibliografía:

- 1 Valdivieso Serna et al. Analgesia, sedación y relajación en el niño con ventilación mecánica. Med Intensiva.2008;32 Supl 1:115-24.(Consultado 28 de junio de 2011). Disponible en Internet en <http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/64/64v32nSupl.1a13116133pdf001.pdf>
- 2 Monitorización del paciente en régimen de sedación o analgesia. Escalas de valoración. (Consultado 28 de junio de 2011). Disponible en Internet en <http://www.buenastareas.com/ensayos/Monitorizacion-Profunda-Anestesia/2087900.html>
3. Mencía Bartolomé, S. López-Herce Cid, J. Lamas Ferreiro, A. Borrego Domínguez, R. Sancho Pérez, L. Carrillo Álvarez, A. Aplicación del índice biespectral en el niño críticamente enfermo. An Pediatr (Barc) 2006;64(1):96-9. (Consultado 28 de julio de 2011).Disponible en Internet en <http://www.elsevier.es/en/node/2043571>
- 4 Moyano Tost, M. J. Martínez Bonet, N.E. Velasco Félix, C. Actualidad en cuidados críticos enfermería pediátrica; Capítulo 176. (Consultado 28 de julio de 2011).Disponible en Internet en <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion11/capitulo176/capitulo176.htm>

FORMULARIO “VALORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE CRÍTICO”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “VALORACIÓN FÍSICA DEL PACIENTE CRÍTICO”

El objetivo de este formulario es sistematizar la información relativa a la situación física del paciente observada por los enfermeros. Se ha organizado en pestañas para facilitar el registro de la concerniente a los distintos aparatos.

Los datos que recoge esta valoración servirán de guía para identificar las **Complicaciones Potenciales** del paciente.

Se recomienda cumplimentar este registro al menos al final de cada turno, y siempre que haya cambios en el estado del paciente.

Pestañas

- **Estado neurológico:** Se recogen los valores de la escala de Glasgow, el estado de las pupilas y la fuerza y movilidad de los miembros superiores e inferiores. También las escalas de Rass y Ramsay para la valoración del nivel de sedación. En cada hospital se utilizará la que se crea más conveniente.
Estas escalas figuran en el Anexo B
- **Estado respiratorio:** Características del patrón respiratorio
- **Estado circulatorio:** Coloración de la piel, presencia de hemorragia, presencia de pulsos en los cuatro miembros, arritmias...
- **Estado de la función digestiva:** Peristaltismo, distensión abdominal, ostomías...
Estado de la función renal: Presencia de globo vesical, diuresis espontánea, ostomías...
- **Somatometría:** Parámetros peso y talla estimados, ya que habitualmente este tipo de pacientes no pueden pesarse ni tallarse.

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN FÍSICA

INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO NEUROLÓGICO

Hora de ingreso	
Procedencia	
→ Estado neurológico	
Nivel de conciencia	Multiselección: Alerta (Hipervigilante) Consciente Estuporoso Coma Somnoliento
Escala de Glasgow ¹	
Pupilas ²	Desplegable: Isocóricas Anisocóricas Discóricas No valorables
Reacción pupilas	Multiselección : Derecha positiva Derecha negativa Izquierda positiva Izquierda negativa
Tamaño pupila derecha ²	Desplegable: 1 a 8
Tamaño pupila izquierda ²	Desplegable: 1 a 8
Fuerza MMSS	Multiselección: MSD conservada MSD disminuida MSD anulada MSI conservada MSI disminuida MSI anulada
Fuerza MMII	Multiselección: MID conservada MID disminuida MID anulada MII conservada MII disminuida MII anulada
Movilidad MMSS	Multiselección: MSD conservada MSD disminuida MSD anulada MSI conservada MSI disminuida MSI anulada
Movilidad MMII	Multiselección: MSD conservada MSD disminuida MSD anulada MSI conservada MSI disminuida MSI anulada
Escala de Ramsay	Desplegable: 1 Ansioso y/o agitado 2 Colaborador, tranquilo y orientado 3 Dormido, responde a ordenes verbales 4 Dormido, responde a órdenes enérgicas. 5 Dormido, responde solo al dolor 6 Sin respuesta alguna
Escala Rass ³	Desplegable: +4 +3 +2 +1 0 -1

	-2 -3 -4 -5
--	----------------------

Observaciones

- 1 Acceso directo a la escala de Glasgow
- 2 Ayuda con tamaño de pupilas
- 3 Ayuda con valores de escala de Rass

INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO RESPIRATORIO

→ Estado respiratorio	
Respiración espontánea	Desplegable: Si No
Características de la respiración	Multiselección: Eupnéico Disnéico Taquipnéico Bradipnéico
Trabajo respiratorio	Desplegable: Si No
Especificar	
Presencia de secreciones	Desplegable: Si No
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA ESTADO CIRCULATORIO

→ Estado Circulatorio	
Coloración de la piel	Desplegable: Normocolorada Pálida Cianótica
Estado de la piel	Desplegable: Normal Fría Sudorosa
Edemas (especificar)	
Hemorragias	Desplegable: Si No
Relleno capilar	Desplegable: Normal > 2 segundos
Miembro SD	Multiselección: Pulso Conservado Pulso Débil Pulso Ausente Temperatura normal Temperatura fría Color normal Color pálido Color cianótico Necrosis
Miembro SI	Multiselección: Pulso Conservado Pulso Débil Pulso Ausente Temperatura normal Temperatura fría Color normal Color pálido Color cianótico Necrosis
Miembro ID	Multiselección: Pulso Conservado Pulso Débil Pulso Ausente

	Temperatura normal Temperatura fría Color normal Color pálido Color cianótico Necrosis
Miembro II	Multiselección: Pulso Conservado Pulso Débil Pulso Ausente Temperatura normal Temperatura fría Color normal Color pálido Color cianótico Necrosis
Ritmo cardiaco sinusal	Desplegable: Si No
Arritmia (especificar)	
Marcapasos	Desplegable: Si No
DAI	Desplegable: Si No
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA FUNCIÓN DIGESTIVA/RENAL

→ Estado función digestiva	
Peristaltismo	Desplegable: Si No
Distensión abdominal	Desplegable: Si No
Nauseas/Vómitos	Desplegable: Si No
Ostomías	Chek
Ictericia	Desplegable: Si No
Observaciones	
→ Estado función renal	
Diuresis espontánea	Desplegable: Si No
Urostomias	
Globo vesical	Desplegable: Si No
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA SOMATOMETRÍA

→ Datos antropométricos	
Peso estimado	
Talla estimada	
IMC estimado	
Observaciones	

BORRADOR

ANEXO B:

Escala para la valoración del

- **Nivel de consciencia**
Escala de Glasgow
- **Nivel de Sedación**
Escala de Ramsay
Escala de Rass

ESCALA DE GLASGOW

Indicación: La EG mide cuantitativamente el nivel de consciencia del paciente, evaluando el posible daño cerebral

Administración: Se trata de una escala heteroadministrada que consta de 3 ítems, con un rango de puntuación que oscila entre 3 y 15. A menor puntuación, mayor profundidad del coma. Presenta 2 puntos de corte, que clasifica el coma en grave (3-8 puntos), moderado (9-12 puntos) o leve (13-15 puntos).

Interpretación: Presenta 2 puntos de corte, que clasifica el coma en grave (3-8 puntos), moderado (9-12 puntos) o leve (13-15 puntos).

ESCALA DE GLASGOW		
Apertura ocular	Espontanea	4
	Orden verbal	3
	Estímulo doloroso	2
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Palabras inapropiadas	3
	Palabras incomprensibles	2
	Sin respuesta	1
Respuesta motora	Obedece a órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Retirada al dolor	4
	Flexión al dolor	3
	Extensión al dolor	2
	Sin respuesta	1

Bibliografía

- 1 Teasdale G, Jennett B. Assessment of coma and impaired consciousness: a practical scale. Lancet. 1974; 2: 81–84.
- 2 Atención al trauma grave: proceso asistencial integrado. Consejería de Salud: Sevilla, 2004.
- 3 Protocolo de urgencias y emergencias más frecuentes en el adulto. Plan andaluz de urgencias y emergencias. (Consultado 03 de agosto de 2011). Disponible en Internet en http://www.epes.es/anexos/publicacion/pub_20060508_1652/Protocolos_de_Urgencias_y_Emergencias_mas_Frecuentes_en_el_Adulto.pdf

ESCALA DE RASS (RICHMOND AGITATION SEDATION SCALE)

Indicación: Valoración del estado de sedación del paciente.

Administración: Heteroadministrada.

Interpretación: Procedimiento para la Evaluación de RASS

1. Observar al paciente
2. Si no responde a la llamada, pedirle que abra los ojos y mire al respirador
 - b. El paciente se despierta, abre los ojos y mantiene contacto ocular. (Puntuación -1)
 - c. El paciente se despierta, abre los ojos y tiene contacto ocular pero no lo mantiene. (Puntuación -2)
 - d. El paciente responde a la voz, pero sin contacto visual. (Puntuación -3)
3. Cuando no hay respuesta a la estimulación verbal, estimular físicamente al paciente sacudiendo los hombros y / o el rozándole el esternón.
 - e. El paciente responde con cualquier movimiento a la estimulación física. (Puntuación-4)
 - f. El paciente no tiene respuesta a ningún estímulo. (puntuación -5)

ESCALA DE RASS

+4	Combativo. Ansioso, violento	
+3	Muy agitado. Intenta retirarse los catéteres, el tubo orotraqueal, etc	
+2	Agitado. Movimientos frecuentes, lucha con el respirador	
+1	Ansioso. Inquieto, pero sin conducta violenta ni movimientos excesivos	
0	Alerta y tranquilo	
-1	Adormilado. Despierta a la voz, mantiene los ojos abiertos más de 10 seg	} Estimulación verbal
-2	Sedación ligera. Despierta a la voz, no mantiene los ojos abiertos más de 10 seg	
-3	Sedación moderada. Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada	
-4	Sedación profunda. No responde a la voz, abre los ojos a la estimulación física	} Estimulación física
-5	Sedación muy profunda. No respuesta a la estimulación física	

Bibliografía

- 1 Sessler CN, Gosnell M, Graph MJ, Brophy GT, O'Neal PV, Keane KA et al. The Richmond Agitation-Sedation Scale: validity and reliability in adult intensive care patients. Am J Respir Crit Care Med 2002;166:1338-1344.
- 2 Ely EW, Truman B, Shintani A, Thomason JWW, Wheeler AP, Gordon S et al. Monitoring sedation status over time in ICU patients: the reliability and validity of the Richmond Agitation Sedation Scale (RASS). JAMA 2003; 289:2983-2991.

ESCALA DE RAMSAY

Indicación: Valoración del estado de sedación del paciente

Administración: Heteroadministrada.

Interpretación: A través de seis niveles evalúa el grado de sedación del paciente, sin embargo ofrece poca información a cerca de la calidad de la sedación (concepto que se fundamenta en el mantenimiento del paciente en el nivel de sedación considerado optimo durante todo el tiempo de tratamiento sedante).

Propiedades psicométricas: La escala Ramsay ha sido considerada como el patrón de oro para valorar otros índices como el BIS (Indice Biespectral). La escala Ramsay nunca ha sido validada en sí y los seis niveles no son totalmente excluyentes. En niños se ha mostrado inadecuada para medir el nivel sedación.

ESCALA DE RAMSAY	
1 Ansioso y agitado, desasosegado o ambas cosas	} Despierto
2 Colaborador, orientado y tranquilo	
3 Despierto, responde solo a ordenes	
4 Respuesta rápida al golpe en la glabella o a un ruido fuerte	} Dormido
5 Respuesta lenta al golpe en la glabella o a un ruido fuerte	
6 Sin respuesta al golpe en la glabella o a un ruido fuerte	

Bibliografía

1 Departamento de enfermería. Universidad de Valencia. (Consultado 04 de agosto de 2011). Disponible en Internet en

http://salpub.uv.es/pspic/docs/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/135_ESCALA_RAMSAY_RAMSAY_SEDATATION_SCORE.pdf

2 Ramsay M, Savege T, Simpson BR, Goodwin R: Controlled sedation with alphaxolone-alphadolone. BMJ 1974;2 (920):656-659. (Consultado 04 de agosto de 2011). Disponible en Internet en

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1613102/?tool=pubmed>

EVOLUTIVO
“PACIENTE CRÍTICO”

BORRADOR

VISTA DEL EVOLUTIVO “PACIENTE CRÍTICO”

Se compone esta vista para que pueda verse información relacionada, es decir cómo influye en ciertos parámetros la variación de otros relacionados, por ejemplo la variación de la TA al modificar las perfusiones de inotropos.

BORRADOR

INDICADORES DEL EVOLUTIVO PACIENTE CRÍTICO

→ Estado neurológico	
TAS (mm Hg)	
TAD (mm Hg)	
FC (l/m)	
FR (l/m)	
Tª (°C)	
PVC (cm H ₂ O)	
Saturación O ₂	
Diuresis (cc) ¹	
Noradrenalina ritmo	
Dopamina ritmo	
Dobutamina ritmo	
Nitroglicerina ritmo	
Amiodarona ritmo	
Midazolam ritmo	
Propofol ritmo	
Fentanilo ritmo	
Cloruro mórfico ritmo	
Furosemida ritmo	
Insulina ritmo	
Heparina ritmo	
Antiagregante	
Otras (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Perfusión A (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Perfusión B (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Perfusión C (especificar)	
Concentración	
Ritmo	
Glucemia capilar (mg/dl) ²	
Modalidad invasiva ³	Desplegable: Controlada por presión y volumen Controlada por presión Controlada por volumen Presión de soporte BIPAP CPAP Otras
Modalidad no invasiva ³	Desplegable: BIPAP CPAP Otra
Fi O ₂	

Toma los indicadores que no tienen llamada del “Formulario Paciente Crítico (U)”

1 Indicador del formulario “Balance hídrico (U)”

2 Indicador del formulario “Control glucémico (U)”

3 Indicadores del formulario de prescripción médica de parámetros de respirador

PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO: VALORACIÓN ENFERMERA

BORRADOR

PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO: VALORACIÓN ENFERMERA

La Valoración es la etapa inicial del Proceso de Atención de Enfermería. Es la base de todas las siguientes y tiene como objetivo la recopilación exacta y completa de todos los datos necesarios para diagnosticar las necesidades de cuidado de la persona.

Recoge pues datos que son signos y síntomas (características definitorias) de los diagnósticos de enfermería **y otros datos que no dan lugar a Diagnósticos pero que son imprescindibles para cuidar.**

Por ejemplo: Aunque no se trabajen en estos pacientes diagnósticos de los dominios de Nutrición (2) y Eliminación (3), si se recoge información de situaciones que son causa de diagnósticos de otros dominios que sí pueden presentar. Así la dificultad para deglutir que se explora en el dominio 2, Nutrición, puede ser causa (Factor Relacionado) del Riesgo de aspiración, o la incontinencia que se explora en el dominio 3, Eliminación, pueden ser causa de Riesgo de aspiración o Riesgo de deterioro de la integridad cutánea, relacionados con la Seguridad del paciente, dominio 11, Seguridad.

También se recoge información importante para cuidar, en relación a estas funciones de nutrición y eliminación como la dificultad para masticar o si el paciente tiene vómitos o náuseas.

Dentro del proyecto de Implantación de Metodología Enfermera, el “Grupo Valoración” (compuesto por un enfermero experto de cada hospital) ha elaborado la “Valoración enfermera al ingreso del paciente”. Partiendo de ésta el “Grupo Cuidados críticos” ha validado los diagnósticos de enfermería que con más frecuencia presentan estos pacientes y los criterios necesarios para identificarlos, recogiendo en el registro “Valoración enfermera del paciente crítico”. La metodología utilizada es el método de consenso y se ha consultado a enfermeros expertos de los hospitales en los que hay Servicio de UVI o Reanimación en la que permanecen pacientes en estado grave.

La “Valoración enfermera al ingreso del paciente”, de la que parte, ha sido pilotada en todos los hospitales de Asturias por 147 enfermeros en 845 pacientes. Se ha recogido, mediante encuesta, la opinión de estos profesionales en cuanto a la factibilidad de este modelo de Valoración, para lo que se ha evaluado:

- La claridad del formato.
- La claridad del contenido.
- El tiempo de cumplimentación.

Y las ventajas que puede proporcionar el formato, para lo cual se ha valorado:

- Si facilita la visión integral del paciente.
- Si facilita el Diagnóstico Enfermero.
- Si recoge datos útiles para otros profesionales.

Del análisis de datos obtenidos se concluye que se ha diseñado una herramienta válida y ampliamente aceptada ya que los profesionales manifestaron que la consideran necesaria, que les facilita la visión global de paciente, que les facilita el diagnóstico de enfermería, que tienen capacidad para llevarla a cabo y que aporta valor añadido, ya que recoge datos útiles para otros profesionales.

Se ha revisado, de acuerdo con los resultados obtenidos, el documento inicial y se han introducido aquellas sugerencias de las enfermeras que no entran en conflicto con los criterios que se determinaron para el diseño de la nueva herramienta de Valoración, que fueron los siguientes:

- Que contribuya al desarrollo profesional de la enfermería ayudando a los profesionales a tener una visión integral del paciente, contemplando todos los aspectos de salud.
- Que facilite el Diagnóstico Enfermero, para lo cual se ha hecho un análisis de los diagnósticos de enfermería que se están utilizando en Atención Especializada en Asturias y se han seleccionado los que con más frecuencia presentan los pacientes al ingreso, así como los que suelen presentar durante el mismo, se han analizado los síntomas y signos (Características Definitorias) de cada uno de ellos y las causas más frecuentes (Factores Relacionados) y se han diseñado las preguntas que los identifican.
- Que no recoja menos información que la hoja actual de cada centro; para ello se han analizado las que se están utilizando en los distintos Hospitales y se ha determinado los aspectos relacionados con la salud que se vienen recogiendo en ellas. Estos puntos se hacen constar en la nueva Hoja de Valoración.
- Que se ajuste a las normas exigidas por "Joint Comission".

Incluye la escala Braden, para la valoración del riesgo de desarrollar UPP, la de Barthel para medir la autonomía para las actividades de la vida diaria y la escala EVA para la valoración del dolor.

Incluye las siguientes escalas validadas:

- Escala de Braden Bergstrom (Valoración del riesgo de UPP), recomendada por el "Protocolo para la detección y prevención de úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios de Principado de Asturias"
- Escala EVA (Visual analógica graduada numéricamente para Valoración de la intensidad del dolor), recomendada en el "PCAI Dolor Crónico Musculoesquelético"
- Escala de Barthel (Valoración de Actividades básicas de la vida diaria)

En el Anexo C de esta guía se adjuntan estas escalas.

- Que identifique el riesgo social, para su posible derivación a la trabajadora social, intervención que habitualmente vienen haciendo las enfermeras.
- Que el registro, en formato papel, no exceda de dos folios.

La Guía para la cumplimentación de esta valoración consta en el "Anexo C".

INDICADORES DEL FORMULARIO VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CRÍTICO

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 1-2-3

→ Datos generales	
Colocar-Comprobar pulsera de identificación	Check
Documentación al ingreso	Check
Información sobre el funcionamiento de la Unidad	Check
Prótesis al ingreso	
Valoración Enfermería 2º parte	Desplegable: Pendiente (muestra este campo por defecto).
Alergias conocidas	Desplegable: Si No
Hábitos tóxicos	Desplegable: Si No
Caídas previas	Desplegable: Si No
Traqueostomía	
Colostomía-Ileostomía	
Urostomía	
→ D-2. Nutrición	
Dieta habitual	
Intolerancias alimentarias	
Dificultad para masticar	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Causa	
Sonda nasogástrica	Desplegable: Si No
Dificultad para deglutir	Multiselección: No Líquidos Sólidos No se puede recoger el dato
Vómitos-Nauseas	Desplegable: Si No
Desde	
Piel y mucosas	Multiselección: Hidratadas Secas Edemas
Observaciones	
→ D-3. Eliminación	
Problemas al orinar	Multiselección: No Sensación de urgencia Disuria Polaquiuria Nicturia Eneurésis
Incontinencia urinaria	Desplegable: No Nocturna Ocasional No se puede recoger el dato
Incontinencia fecal	Desplegable: No Ocasional No se puede recoger el dato
Hábito intestinal (cada x días)	
Utiliza laxantes	Desplegable: Si No
Especificar	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 4-5

→ D-4. Actividad-Reposo	
Se levanta descansado	Desplegable: Si No
Utiliza ayuda para dormir	Desplegable: Si No
Especificar	
Paresias-Plejias	Desplegable: Si No
Amputaciones	Desplegable: Si No
Prótesis	Desplegable: Si No
Reposo-Inmovilidad	Desplegable: Si No
Pérdida funcional	Desplegable: Si No
Dificultad respiratoria	Multiselección: No Cianosis Disnea de esfuerzo Disnea en reposo Precisa O ₂ habitualmente
→ Escala de Barthel	
Resultado	Indicador resultado de la E. Barthel
Déficit de autocuidado: alimentación	Desplegable: Si No
Déficit de autocuidado: baño	Desplegable: Si No
Déficit de autocuidado: uso del WC	Desplegable: Si No
Observaciones	
→ D-5. Percepción-cognición	
Nivel de conciencia	Desplegable: Alerta Consciente Estuporoso Coma Somnoliento
Orientado-a	Multiselección: Si No, persona No, tiempo No, espacio
Pensamiento distorsionado (ideas delirantes)	
Dificultad para comunicarse	Multiselección: No Al hablar Al ver Al oír No se puede recoger el dato
Al hablar	Multiselección: Afasia Disartria Traqueotomía Otro idioma Otros
Especificar	
Prótesis sensoriales (especificar tipo)	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 6-7

→ D-6. Autopercepción	
Estado de ánimo-emocional al ingreso	Multiselección: Tranquilo Preocupado Ansioso Triste Apático Irritable Eufórico
Observaciones	
→ D-7. Rol-Relaciones	
Con quien vive	
Personas a su cargo	
Situación laboral	
Cuidador principal	
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 8-9

→ D.8. Sexualidad	
Utiliza métodos anticonceptivos	Desplegable: Si No
Especificar	
Observaciones:	
→ D.9. Afront.-toleranc. estrés	
Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación	Desplegable: No Ansiedad (causa inespecífica) Temor (causa específica)
Lo atribuye a:	
Observaciones:	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIOS 10-11

→ D-10. Principios vitales	
¿Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviéramos en cuenta?	Desplegable: Si No
Especificar	
Datos recogidos del	Desplegable: Paciente Otro
Especificar	
Observaciones	
→ D.11. Seguridad y protección	
Sonda vesical	Desplegable: Si No
Vía venosa	Desplegable: Si No
→ D.11. Escala de Braden	
Resultado	Indicador resultado de E. Braden
Movilidad	Desplegable: Completamente inmóvil Muy limitada Ligeramente limitada Sin limitaciones
→ D.11. Seguridad –continuación-	
Piel integra	Desplegable: Si No
Riesgo de caídas	Desplegable: Si No
Riesgo de aspiración	Desplegable: Si No
Riesgo de alteraciones nerviosas y/o vasculares	Multiselección: No Edemas Escayolas Tracciones Contenciones mecánicas
Incapacidad para eliminar secreciones	Multiselección: No Inmovilidad Tos ineficaz Aumento de secreciones Dolor
Riesgo de lesionarse o lesionar a otros	Multiselección: No detectado Historia de intentos previos Verbalización de intenciones
Lesiones orales	Desplegable: Si No
Tratamiento	Multiselección: Quimioterapia Radioterapia Inhaladores inmunosupresores
Observaciones	

INDICADORES DE LA PESTAÑA DOMINIO 12-13

→ D.12. Confort	
Tiene dolor	Desplegable: Si No No se puede recoger el dato
Tiene malestar	Desplegable: Si No No se puede recoger
Escala EVA	Desplegable: 0 a 10
Localización del dolor	Multiselección: Bucal Cabeza Cervical Espalda Extremidad inferior Extremidad superior Garganta y oído Tórax Zona abdominal Zona genital Zona Lumbar
Medidas que utiliza para paliarlo	
Nauseas	Desplegable: Si No
Las atribuye a	
Observaciones	
→Comentarios	
¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?	
De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?	

ANEXO C:

**GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DE LA
VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CRÍTICO**

BORRADOR

GUÍA PARA LA CUMPLIMENTACIÓN DEL REGISTRO VALORACIÓN ENFERMERA DEL PACIENTE CRÍTICO

La Valoración debe hacerse **en las primeras 24 horas de ingreso**, cumplimentando el mayor número de datos que se puedan recoger. A menudo no es posible, por el estado del paciente, recoger datos subjetivos en este periodo de tiempo. Se hará lo antes posible, cuando el nivel de conciencia y estado del paciente lo permitan.

Han de cumplimentarse **todos los valores** del registro puesto que **la información que recoge es la mínima necesaria para dar un cuidado integral de calidad**. Si no puede recoger alguno de los datos se justificará en las observaciones del Dominio correspondiente.

La estructura general del registro es la siguiente:

- ♦ Se trata de un registro semiestructurado con puntos cerrados y abiertos de forma que su cumplimentación resulte ágil y clara.
- ♦ Recoge datos administrativos, datos referentes al ingreso actual y aquellos antecedentes de salud que pueden ser de interés para los enfermeros y, aunque consten ya en otras partes de la historia, parece conveniente que figuren en este registro.
- ♦ Recoge datos de la salud del paciente, tanto objetivos como subjetivos, que se pretende que ayuden a diagnosticar las necesidades de cuidados de cada persona..
- ♦ La organización de los datos se hace con enfoque enfermero, en base a los Dominios de la Taxonomía NANDA II, puesto que resulta más útil para llegar a Diagnóstico que la estructura de Necesidades Básicas de V. Henderson o la de Patrones Funcionales de M. Gordon (en la que se basa).
- ♦ Dentro de cada Dominio hay puntos que suelen hacer referencia a la presencia de un signo o síntoma (Característica Definitoria) de cada Diagnóstico de Enfermería explorado, seguido de los posibles factores relacionados más habituales.

Una vez cumplimentada la valoración, **la aplicación informática ofrecerá una serie de diagnósticos que se derivan de ella y el enfermero tendrá que seleccionar aquellos que, según su juicio clínico, presenta su paciente.**

- ♦ Finaliza recogiendo la opinión del paciente sobre lo que para él es más importante e identificando a la persona de la que se recogen los datos (paciente, esposa, hijo...), el nombre y apellidos del enfermero que la cumplimenta, la fecha y la firma.

TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS.

La recogida de datos para la Valoración del paciente se hará mediante los siguientes métodos:

- Entrevista
- Exploración física
- Observación
- Escalas y cuestionarios

Este formato estandarizado no se trata de una encuesta a cubrir o un impreso a rellenar; pretende ser una guía que ayude al enfermero en la recogida de aquellos datos más significativos de los problemas de salud de la persona para detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar el Diagnóstico Enfermero.

La técnica de entrevista es imprescindible para recoger datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno. Evidentemente para realizarla al paciente ha de estar consciente y colaborador por lo que en los pacientes críticos, mientras estén en coma, los datos se recogerán mediante observación y exploración física y la entrevista irá dirigida a la familia.

La entrevista al paciente, cuando proceda, debe efectuarse en un ambiente lo más relajado e íntimo posible.

Hay que tener en cuenta que de cómo se desarrolle este contacto va a depender en gran medida la relación terapéutica que se establezca con la persona, por lo que debe procurarse una acogida cálida; se utilizará un lenguaje ni demasiado técnico ni demasiado coloquial; las preguntas deben realizarse dando tiempo a contestar, sin añadir comentarios y sin dirigir las respuestas.

Se considerará tanto las respuestas verbales como las no verbales del paciente y la coherencia entre ambas.

Al comenzar, se le llamará por su nombre, se le informará del objetivo de la entrevista, nos presentaremos e informaremos que puede dejar de contestar a las preguntas que él decida.

El registro consta de los siguientes apartados:

Datos generales: Se confirmará con un check en la casilla correspondiente, que tiene colocada la pulsera de identificación, que se ha entregado la documentación escrita pertinente (en aquellos centros que así lo tienen establecido) y que se le ha informado del funcionamiento de la unidad.

Se dejará constancia de si el paciente tiene alguna alergia conocida o no. En el primer caso se informará la alergia si aún no lo está.

Se registrarán en observaciones los efectos personales entregados en custodia al Hospital y/o a su responsable directo (trabajadora social, seguridad, enfermera...)

Exploración de los Dominios: El resto de información se organiza en distintas pestañas que ordenan la información, como ya se comentó, según los Dominios de la Taxonomía NANDA II.

EXPLORACIÓN DE LOS DOMINIOS

Dominio 2: Nutrición. Se valora si la ingestión de nutrientes es adecuada para la persona y los problemas que puede tener ésta para realizar esta función.

Aunque en las unidades de Críticos no se tratan diagnósticos de este dominio sí han de valorarse aspectos que son factores relacionados de otros diagnósticos

En *“Dieta habitual”* se hará constar lo que come habitualmente el paciente. Se especificará también si existen restricciones dietéticas. Asimismo se reseñarán sus preferencias.

En cuanto a la dificultad para masticar o deglutir, aunque el paciente vaya a estar sin comer durante un tiempo, ha de recogerse el dato puesto que esta información es imprescindible para la seguridad del paciente, cuando se inicie la alimentación del paciente.

De la presencia de *“Vómitos/náuseas”* debe valorarse su repercusión sobre la nutrición.

El estado de hidratación de la piel y las mucosas son datos que valoran la adecuada captación y absorción de líquidos.

Dominio 3: Eliminación. Se valoran los problemas de la persona en relación a la excreción de los productos de desecho del sistema urinario y gastrointestinal, así como su patrón de eliminación.

“El hábito intestinal” se refiere al que mantiene el paciente en su domicilio. Si utiliza algún tipo de medida para mantener un hábito regular, se especificará.

Dominio 4: Actividad/reposo. Se valoran las dificultades que puede tener la persona para realizar actividades que impliquen movimiento y consumo de energía (moverse, autocuidado, mecanismos cardiovasculares que apoyen la actividad/reposo, ocio) así como la percepción de la calidad y cantidad del sueño.

En *“Utiliza ayuda para dormir”*, si se señala **SI**, se dejará constancia de en qué consiste esta ayuda.

El grado de autonomía para las actividades de la vida diaria se medirá con la escala de Barthel.

Dominio 5: Percepción/cognición. Se valora cómo procesa la persona la información (atención, orientación, cognición, comunicación)

“Nivel de conciencia”: El punto *“Alerta”* se señalará cuando el paciente tenga la sensación subjetiva de *“claridad mental”*, que no necesariamente implica mayor rendimiento o mejora real de la atención. Se acompaña de un incremento de la actividad motora y/o verbal.

Dominio 6: Autopercepción. Se valora el concepto que tiene la persona de sí misma (cómo se ve) explorando su estado de ánimo, su autoestima y los problemas que pueden presentarse en relación a cambios en la imagen corporal.

El *“Estado de ánimo/emocional”* se refiere al que el paciente manifiesta ahora, en el momento de la valoración. Se hará constar el que dice que tiene y no el que observa el enfermero. Si no coinciden se anotará en Observaciones.

Para recoger este dato pueden ofrecerse al paciente los valores que constan en el registro para que él mismo determine cuáles son los que mejor definen su estado de ánimo en ese momento. Hay que tener en cuenta que puede señalar más de uno.

Ejemplo: *“Respecto a su estado de ánimo en este momento usted diría que está tranquilo, triste, preocupado, ansioso...”*. El paciente puede decir que está triste y preocupado.

Dominio 7: Rol-relaciones. Se valora el papel que tiene la persona dentro de su estructura familiar y los problemas que pueden surgir con relación a la enfermedad.

En el punto “Cuidador principal” se anotará el nombre de éste y el parentesco con el paciente.

Dominio 9: Afrontamiento-tolerancia al estrés. Se valora la forma en que la persona hace frente a su situación de salud.

“Expresa sentimientos y/o se observan signos de preocupación por su situación”, se valorará en el momento del ingreso, aunque como cualquier otra situación, puede variar durante el mismo.

Este dominio está íntimamente relacionado con el 6, puesto que la forma en que cada persona afronta los acontecimientos tiene que ver con el concepto que tiene de sí misma; de este modo los problemas aquí detectados pueden ser causa de los recogidos en el dominio 6 y viceversa.

Dominio 10: Principios vitales. Se valoran aquellas creencias que tienen un valor intrínseco para la persona.

Es importante dejar constancia de quién se recogen los datos. En caso de que no sean del tutor legal del niño, se especificará el grado de parentesco que la persona que los proporciona tiene con el niño. En el caso de los más mayores pueden ser ellos mismos los que proporcionen la información.

Dominio 11. Seguridad. Se valoran aquellas situaciones o circunstancias que pueden ser causa de la pérdida de la seguridad física, lesión o trastorno de la protección del sistema inmunitario.

Para la valoración del riesgo de desarrollar úlceras por presión, se dispone la escala de Braden.

Dentro de este área se considera también la complicación potencial: **Convulsiones**. En caso de que el paciente esté en riesgo de padecerlas ha de planificarse la vigilancia correspondiente en el plan de cuidados.

Dominio 12: Confort. Se valoran las causas que impiden con más frecuencia la sensación de bienestar físico.

Se dispondrá de la escala EVA para la valoración del dolor.

Como resumen final de la Valoración Enfermera se termina con las preguntas “¿Quiere comentar algo que no hayamos hablado?” y “De todo lo dicho ¿qué es para usted lo más importante?”. A continuación, el enfermero se despedirá del paciente quedando a su disposición.

CAMPOS OBLIGATORIOS

La elaboración del “Formulario de Valoración del Paciente Crítico” se diseñó de forma que incluyese únicamente los criterios de valoración mínimos para garantizar un cuidado de calidad. Es evidente por tanto que para cumplir con este estándar de calidad ha de cumplimentarse el registro completo.

En la práctica, sin embargo, puede resultar imposible conocer los valores de ciertos campos dentro del periodo establecido (primeras 24 horas de ingreso o cuarto día del mismo). Surge por tanto la necesidad de determinar unos “campos obligatorios”. La cumplimentación de estos campos, aunque insuficiente para dar el cuidado de calidad del que antes hablábamos, permite al enfermero hacer una primera valoración operativa de las necesidades del paciente y desarrollar su trabajo con eficacia. Lógicamente se entiende que el resto de los campos se cumplimentará tan pronto como sea posible.

Este modelo de Valoración no es integral

En un principio, se habían propuesto como criterios para determinar que campos serían “campos obligatorios” los siguientes:

1. La visión general, si no integral, de las necesidades de cuidado del paciente. Pretendiendo incluir al menos un campo de cada Dominio contemplado en el registro que se esté manejando.
2. La seguridad del paciente. Incluyendo como “campos obligatorios” todos aquellos que determinan las necesidades relativas a este ámbito.
3. La estandarización de la calidad. Satisfaciendo los requisitos para la acreditación de la Joint Commission.
4. Cobertura de otra información indispensable para prestar cuidado.

Así pues los puntos que se han determinado como obligatorios son los siguientes y excepto el riesgo de caídas, que en estos pacientes no se considera, el resto de campos obligatorios coincide con los de la Valoración General.

VALORACIÓN EN LAS PRIMERAS 24 HORAS

Dominio 2:

- Intolerancias alimentarias (Criterio 2)
- Dificultad para masticar (Criterio 2, 3)
- Dificultad para deglutir (Criterio 2,3)
- Vómitos y náuseas (Criterio 4)
- Piel y mucosas – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2)

Dominio 3:

- Incontinencia urinaria – factor de riesgo para el desarrollo de UPP (Criterio 2)
- Incontinencia fecal – factor de riesgo para el desarrollo de UPP (Criterio 2)

Dominio 4:

- Escala de Barthel (Criterio 4)
- Dificultad respiratoria (Criterio 4)

Dominio 5:

- Nivel de conciencia (Criterio 4)

- Orientado (Criterio 4)
- Dificultad para comunicarse (Criterio 4)

Dominio 10:

- Tiene alguna creencia religiosa o cultural que le gustaría que tuviésemos en cuenta durante su hospitalización (Criterio 4)
- Dominio 11:
- Sonda vesical – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2,3)
- Vía venosa – factor de riesgo para el Riesgo de infección - (Criterio 2,3)
- Escala de Braden – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2,3)
- Piel íntegra – factor de riesgo para el desarrollo de UPP- (Criterio 2,3)
- Riesgo de aspiración (Criterio 2,3)
- Incapacidad para eliminar las secreciones (Criterio 3)

Dominio 12:

- Tiene dolor y/o malestar (Criterio 3)

COMENTARIOS

Como se puede deducir de los campos que se han establecido como “campos obligatorios”, la exploración de las necesidades de cuidados del paciente respecto a seguridad, se garantiza en las primeras 24 horas.

Se puede vivir sin tratamientos

Pero no sin cuidados

M. F. Collière

BORRADOR

APÉNDICE: ESCALAS

Escala para la valoración del

- **Riesgo de deterioro de la integridad cutánea por UPP**
Escala de Braden
- **Dolor**
Escala de EVA (Escala Visual Analógica)
- **Déficit de autocuidado**
Escala de Barthel

ESCALA BRADEN

Indicación: Valoración del riesgo de deterioro de la integridad cutánea por la presencia de factores de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión (UPP).

Administración: Consta de 6 ítems. Heteroadministrado. Cada ítem se puntúa de 1 (menos deseable) a 4 (más deseable), excepto el ítem “fricción y rozamiento” que se puntúa de 1 a 3. El rango de puntuación oscila entre 6 y 23.

Interpretación:

Riesgo Alto: puntuación <13

Riesgo Moderado: puntuación entre 13 y 14

Riesgo Bajo: si <75 años, puntuación 15 -16

si > 75 años, puntuación 15 -18

Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest: 0,88 (Bernal, 2001). Esta escala ha sido validada en numerosos estudios con una sensibilidad que oscila entre el 27% y el 100%; una especificidad con valores entre 26% y 92%; un Valor Predictivo Positivo con valores entre 8,1% y 77% y Valor Predictivo Negativo, con valores entre el 71% y el 100%. (Moreno Pina, 2006).

Reevaluación (según el Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión de la Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias):

Puntuación de la escala Braden	Riesgo	Periodicidad
<16	Alto/medio	Diaria
16-18	Bajo	Cada 4 días
>18	Sin Riesgo	Semanal

Se procederá a una reevaluación del riesgo, siempre que se detecten cambios relevantes en la situación basal del paciente o lo aconseje el juicio de los profesionales encargados de su cuidado

ESCALA DE BRADEN-BERGSTROM

Puntuación	1	2	3	4
PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar adecuadamente ante una molestia relacionada con la presión	Completamente limitada: Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose) o capacidad limitada para sentir dolor en la mayor parte del cuerpo	Muy limitada: Reacciona sólo a estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto por quejidos o agitación o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad para percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo	Ligeramente limitada: Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita la capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades	Sin limitaciones: Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que limite la capacidad de sentir o manifestar dolor o malestar
HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	Constantemente húmeda: La piel se encuentra expuesta a la humedad por sudoración, orina etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente	A menudo húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de la cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno	Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda: requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día	Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para cambios de rutina
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	Encamado: Paciente constantemente encamado	En silla: Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y/o necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas	Deambula ocasionalmente: Deambula ocasionalmente, con o sin ayuda, durante el día pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o silla de ruedas	Deambula frecuentemente: Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo
NUTRICIÓN Patrón habitual de ingesta de alimentos	Muy pobre: Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios con aporte proteico (carne, pescado o productos lácteos). Toma poco líquido. No toma suplementos dietéticos líquidos, o está en ayunas y/o en dieta líquida o sueros más de cinco	Probablemente inadecuada: Rara vez come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye solo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda	Adecuada: Toma más de la mitad de la mayoría de las comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida o tomará un suplemento dietético si se le ofrece, o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral, cubriendo la mayoría de sus necesidades	Excelente: Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de cuatro o más servicios al día de proteínas (carne, pescado o productos lácteos). Ocasionalmente come entre horas. No requiere suplementos dietéticos

ROCE Y PELIGRO DE LESIONES

días
Problema:
Requiere de moderada a máxima asistencia en los movimientos. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante

nasogástrica
Problema potencial:
Movilidad autónoma con dificultad o requiere una asistencia mínima. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo

nutricionales
No existe problema aparente:
Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o la silla

Bibliografía:

Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

Protocolo para la detección y prevención de las úlceras por presión. Oviedo. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios. Gobierno del Principado de Asturias, (2008)

ESCALA EVA (ESCALA VISUAL ANALÓGICA).

Indicación: Valoración de la intensidad del dolor. El dolor es siempre subjetivo. La escala analógica visual permite una determinación consistente en esa subjetividad, pero no comparar las subjetividades de distintas personas. Fue desarrollada por Hiskisson en 1974.

Administración: Autoadministrada–heteroadministrada. La escala visual analógica es una línea de 100 mm que mide la intensidad del dolor. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor mientras que el extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. La escala de graduación numérica de intensidad de dolor (NRS) añade una graduación numérica donde 1 es el valor *no dolor* y 10 es el *peor dolor imaginable*.

Interpretación:

Permite comparar las puntuaciones del dolor en el mismo sujeto en diferentes secuencias temporales.

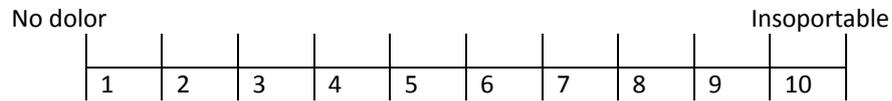
Propiedades psicométricas: Fiabilidad test-retest $r = 0,947$. CCI = 0,97. Ha mostrado buena sensibilidad al cambio en dolor postoperatorio (Lázaro, 2003) y en pacientes tratados con TENS (Paice, 1997)

BORRADOR

ESCALA VISUAL ANALÓGICA GRADUADA NUMÉRICAMENTE PARA VALORACIÓN DE LA INTENSIDAD DEL DOLOR

Este cuestionario es muy simple. Se refiere a la intensidad del dolor que está usted padeciendo hoy. El extremo izquierdo de la raya representa la ausencia de dolor, es decir, aquella situación en la que no le duele absolutamente nada. El extremo derecho de la raya representa el peor dolor imaginable. Debe indicar la intensidad del dolor que está padeciendo hoy realizando una marca en la línea.

Esta escala puede resultar útil en niños a partir de 6 años



Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

ESCALA PARA LA VALORACIÓN DE LA AUTONOMÍA EN LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA.

ESCALA DE BARTHEL

Indicación: Valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Administración: Las preguntas se realizan agrupando las actividades en tres grupos. Primero las actividades de movilidad: ¿es capaz de subir escaleras, caminar de forma independiente y trasladarse de la silla a la cama sin ayuda?, ¿se le escapa la orina o las heces?, ¿se baña, viste, asea, va al retrete o come sin ayuda?. Si en alguna actividad contesta que es incapaz entonces se profundiza sobre ella. Posteriormente se calculan los puntos que no realiza y se resta de 100.

Interpretación:

Máxima puntuación: 100 puntos (90 en el caso de ir con silla de ruedas)

Dependencia Total: <20 Dependiente

Grave: 20 – 35

Dependiente Moderado: 40 - 55

Dependiente Leve: >60

Reevaluación: Valoración con carácter anual o cuando las condiciones del paciente cambien.

Propiedades psicométricas: Validado en español. Fiabilidad interobservador: 0,84 – 0.97;

Consistencia interna: 0.86 – 0.92.

ESCALA DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA		PUNTUACIÓN
Lavarse	■ Independiente. Entra y sale solo al baño	5
Baño	■ Dependiente	0
Arreglarse	■ Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, etc.	5
Aseo	■ Dependiente	0
Vestirse	■ Independiente. Se pone y quita la ropa. Se ata los zapatos. Se abotona.	10
	■ Necesita ayuda	5
	■ Dependiente	0
Comer	■ Totalmente independiente	10
	■ Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc.	5
	■ Dependiente	0
Usar el retrete	■ Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa	10
	■ Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo	5
	■ Dependiente	0
Trasladarse	■ Independiente para ir del sillón a la cama	15
	■ Mínima ayuda física o supervisión	10
	■ Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda	5
	■ Dependiente	0
Deambular	■ Independiente, camina solo 50 m.	15
	■ Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 m.	10
	■ Independiente en silla de ruedas sin ayuda	5
	■ Dependiente	0
Escalones	■ Independiente para subir y bajar escaleras	10
	■ Necesita ayuda física o supervisión	5
	■ Dependiente	0
Micción	■ Contínente o es capaz de cuidarse de la sonda	10
	■ Ocasionalmente, tiene un episodio de incontinencia cada 24 horas como máx., o precisa ayuda para la sonda	5
	■ Incontinente	0
Deposiciones	■ Contínente	10
	■ Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o precisa de ayuda para lavativas	5
	■ Incontinente	0
TOTAL		

Bibliografía: Escalas e instrumentos para la valoración en atención domiciliaria. Valencia: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2006

PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO: DIAGNÓSTICO- INTERVENCIÓN

PROCESO DE CUIDADOS DEL PACIENTE CRÍTICO: DIAGNÓSTICO- INTERVENCIÓN

INTRODUCCIÓN

Uno de los objetivos del Proyecto de Implantación de Metodología Enfermera de la “Dirección de Calidad e Innovación en los Servicios Sanitarios” es la normalización de cuidados, de modo que los pacientes en igual situación reciban el mismo tratamiento de enfermería, independientemente del Hospital en el que se encuentren ingresados

La informatización de la Historia Clínica en nuestra Comunidad Autónoma supone una oportunidad para la implementación de la Metodología Enfermera para la gestión de los cuidados.

Para abordar la normalización de cuidados del paciente críticos el Grupo de trabajo, “Cuidados Críticos”, formado por un experto de cada Hospital, ha determinado los Diagnósticos prevalentes en este tipo de pacientes, las causas (Factores Relacionados o de Riesgo) y los signos y síntomas (Características Definitivas) de cada uno de ellos, basándose en los diagnósticos definidos como prevalentes en Atención Especializada..

Se ha adoptado como definición de Diagnóstico de Enfermería la dada por AENTDE (Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnóstico de Enfermería): “Juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente” (AENTDE, 2001).

En cuanto a los Factores Relacionados y de Riesgo se han identificado aquellas causas más frecuentes por las que se presentan los Diagnósticos de Enfermería en los pacientes en las unidades críticas de de Atención Especializada de Asturias.

Con este mismo criterio se han identificado las manifestaciones o Características Definitivas más frecuentes de estos Diagnósticos.

Se han establecido, también, las Intervenciones que se han de llevar a cabo para prevenir, reducir o solucionar estos Diagnósticos de Enfermería, teniendo en cuenta los resultados que ha de conseguir el paciente, estandarizando así los tratamientos de enfermería.

Aunque en esta Guía no se relacionan las Actividades que se han seleccionado para cada Intervención, sí constan aquéllas que la enfermera ha de programar, además de la Intervención que las incluye, puesto que ha de figurar en la Agenda de Cuidados el momento concreto en que han de realizarse.

Este trabajo sigue el modelo de cuidados de Virginia Henderson por lo que las Intervenciones que se han elegido para tratar cada Diagnóstico van dirigidas a promocionar el control del proceso de salud-enfermedad o situación vital por el propio paciente, interviniendo para sustituirle hasta que sea capaz de asumir su cuidado, apoyándole emocionalmente, ayudándole a adaptarse a su situación y enseñándole lo necesario para que recobre este control.

Se ha considerado a la persona, de acuerdo con el citado modelo, como un todo formado por aspectos biológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales, que interactúan entre sí. Se ha tenido en cuenta, por tanto, la visión integral de la persona. Se ha tenido en cuenta, también, la capacidad de intervención de los enfermeros según los recursos y la cultura de cuidados de nuestros Hospitales.

Se ha entendido que el sujeto de cuidados es el paciente y su familia y se ha contemplado el respeto a sus valores y creencias.

DIAGNÓSTICOS PREVALENTES EN PACIENTES CRÍTICOS E INTERVENCIONES RELACIONADAS

DIAGNÓSTICO	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS	INTERVENCIONES
DOMINIO 4			
00198 TRASTORNO DEL PATRÓN DEL SUEÑO	Factores ambientales (ruido, entorno no familiar...)	El paciente informa de sueño no reparador	1850 MEJORAR EL SUEÑO
	Ansiedad	El paciente informa de dificultad para conciliar el sueño	6482 MANEJO AMBIENTAL: CONFORT
	Temor		5240 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD
	Malestar físico	El paciente informa de dificultad para permanecer dormido	1400 MANEJO DEL DOLOR
00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA		El paciente informa de despertarse demasiado temprano	
	Deterioro músculo esquelético	Cambios en la marcha	0224 TERAPIA DE EJERCICIOS: MOVILIDAD ARTICULAR
	Deterioro neuromuscular	Limitación de la capacidad para las habilidades motoras	0226 TERAPIA DE EJERCICIOS: CONTROL MUSCULAR
	Deterioro cognitivo	(Nanda específica finas y groseras)	
	Malestar	Limitación de la amplitud de movimientos	1800 AYUDA AL AUTOCUIDADO
	Dolor	Inestabilidad postural	1806 AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA
			AA Proporcionar grúa
			0940 CUIDADOS DE LA TRACCIÓN/INMOVILIZACIÓN
			0910 INMOVILIZACIÓN

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

00092 INTOLERANCIA A LA ACTIVIDAD

Desequilibrio entre aportes y demandas de oxígeno

Debilidad generalizad

Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad

Disnea de esfuerzo

Informes verbales de debilidad

Malestar debido al esfuerzo

0840 **CAMBIO DE POSICIÓN**

AA: Posición de Fowler

AA: Elevar pies de cama

AA: Elevar la parte corporal afecta

1400 **MANEJO DEL DOLOR**

0180 **MANEJO DE LA ENERGÍA**

1800 **AYUDA AL AUTOCUIDADO**

1806 **AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: TRANSFERENCIA**

AA Proporcionar grúa

0840 **CAMBIO DE POSICIÓN**

AA Posición de Fowler

AA Elevar pies de cama

AA: Elevar la parte corporal afectada

00102 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO: ALIMENTACIÓN

Deterioro cognitivo

Malestar

Dolor

Deterioro neuromuscular

Deterioro perceptual

Debilidad

Disminución de la motivación

Disminución o falta de

Incapacidad para llevar los alimentos de un recipiente a la boca. **Ayuda total**

Incapacidad para ingerir los alimentos suficientes **Ayuda total**

Incapacidad para manejar utensilios. **Ayuda total**

Incapacidad para preparar los alimentos para su ingestión

1803 **AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: ALIMENTACIÓN** Ayuda parcial

1050 **ALIMENTACIÓN** Ayuda total

1400 **MANEJO DEL DOLOR**

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

**00108 DÉFICIT DE AUTOCUIDADO:
BAÑO**

motivación
Deterioro musculoesquelético

Deterioro cognitivo
Deterioro neuromuscular
Deterioro perceptual
Debilidad
Disminución o falta de motivación
Deterioro de la movilidad
Deterioro musculoesquelético

Incapacidad para lavarse el cuerpo. **Ayuda total**

Incapacidad para acceder al cuarto de baño **Ayuda parcial**

Incapacidad para entrar y salir del baño

1610 **BAÑO Ayuda total**
1710 **MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL Ayuda total/parcial**
AA: Ayuda total: Lavar la boca
AA: Ayuda parcial: Proporcionar enjuagues antisépticos

DOMINIO 5

00122 TRASTORNO DE LA PERCEPCIÓN SENSORIAL

Estrés psicológico

Falta de exposición

Cambio en las respuestas usuales a los estímulos
Alucinaciones
Cambio en el patrón de conducta
Distorsiones sensoriales

6550 **MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS**
6486 **MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD**
5602 **ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD**

00126 CONOCIMIENTOS DEFICIENTES

Seguimiento inexacto de las instrucciones.
Verbalización del problema

5602 **ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD**

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

00128 CONFUSIÓN AGUDA

Demencia

Fluctuación en el conocimiento

4820 **ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD**

Abuso de alcohol

Alucinaciones

6550 **MANEJO DE IDEAS ILUSORIAS**

Delirio

Agitación creciente

6486 **MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD**

Abuso de drogas

Intranquilidad creciente

1850 **MEJORAR EL SUEÑO**

Edad avanzada (En la Taxonomía:
"edad superior a 60 años")

Percepciones erróneas

6580 **SUJECCIÓN FÍSICA**

AA Cinturón silla

AA Cinturón cama

AA Arnés

AA Peto

AA Muñequeras

Efectos secundarios de
medicamentos

Fluctuaciones en el ciclo
sueño/vigilia

**00173 RIESGO DE CONFUSIÓN
AGUDA**

Alcoholismo

4820 **ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD**

Demencia

6486 **MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD**

Deterioro de la cognición

Medicamentos/drogas

Anomalías metabólicas. (En la
Taxonomía se especifican)

Abuso de sustancias

Separación del entorno habitual

Edad avanzada (En la Taxonomía:
"edad superior a 60 años")

**00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN
VERBAL**

Alteración del sistema nervioso
central

No hablar

4976 **MEJORAR LA COMUNICACIÓN.**

Dificultad para expresar los pensamientos

DEFICIT DEL HABLA

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

Diferencias culturales
Barreras físicas (traqueostomía, intubación...) Alteración de las percepciones

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

verbalmente (afasia, disfasia, apraxia, disartria)
Falta de contacto ocular
Dificultad para comprender el patrón de comunicación habitual

INTERVENCIONES

4974 **MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DEFICIT AUDITIVO**
4978 **MEJORAR LA COMUNICACIÓN. DEFICIT VISUAL**

DOMINIO 9

00146 ANSIEDAD

Cambio en el entorno
Cambio en los estados de salud
Amenaza de muerte
Amenaza de cambio en el entorno
Amenaza para el estado de salud
Amenaza para la función del rol

Expresión de preocupaciones debidas a cambios en acontecimientos vitales
Nerviosismo
Irritabilidad
Trastornos del sueño
Temor a consecuencias inespecífica

0240 **DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD**
1850 **MEJORAR EL SUEÑO**
5340 **PRESENCIA**

DOMINIO 11

00004 RIESGO DE INFECCIÓN

Defensas primarias inadecuadas (p ej rotura de la piel, traumatismo tisular, disminución de la acción ciliar...)
Inmunosupresión
Procedimientos invasivos

6540 **CONTROL DE INFECCIONES**
0083 **CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN**
AA Retirar sutura
1876 **CUIDADOS DEL CATETER URINARIO**
AA Cambiar bolsa colectoras
1870 **CUIDADO DEL DRENAJE**
AA Mover drenaje
AA Retirar drenaje
Mantenimiento del dispositivo de acceso subcutáneo
2440 **MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS**

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

DE ACCESO VENOSO

AA Cambio de sistema de infusión/llaves

AA Cambio del conector

1872 CUIDADOS DEL DRENAJE TORÁCICO

3583 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DEL INJERTO

3582 CUIDADOS DE LA PIEL: ZONA DONANTE

00045 DETERIORO DE LA MUCOSA ORAL

Quimioterapia

Dificultad para hablar

Inmunosupresión

Dificultad para deglutir

Factores mecánicos (p.ej. dentadura mal adaptada, puentes, intubación, cirugía en la cavidad oral)

Malestar oral

Lesiones orales

Estomatitis

Efectos secundarios de la medicación

Radioterapia

1710 MANTENIMIENTO DE LA SALUD BUCAL

1730 RESTABLECIMIENTO DE LA MUCOSA ORAL

00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Humedad

Alteración de la superficie de la piel

Factores mecánicos (Fuerzas de cizallamiento), presión, sujeciones)

Destrucción de las capas de la piel

Inmovilización física

3590 VIGILANCIA DE LA PIEL

3540 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

AA Reevaluación de la escala de Braden <16 diaria
16-18 C/4 días

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

Radiación

Cambios en el tensor

Estado de desequilibrio nutricional (p. ej obesidad, emaciación)

Deterioro de la circulación

Deterioro de la sensibilidad

Humedad

Factores mecánicos (Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)

Inmovilización física

Cambios en el tensor de la piel

Estado de desequilibrio nutricional (p. ej obesidad,

>18 semanal

AA Pañal

AA: Colector externo

0840 **CAMBIO DE POSICIÓN**

AA: Posición de Fowler

AA: Elevar pies de cama

AA: Elevar la parte corporal afecta

3520 **CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN**

3660 **CUIDADOS DE LAS HERIDAS**

3661 **CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS**

1100 **MANEJO DE LA NUTRICIÓN**

4130 **MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS**

4120 **MANEJO DE LÍQUIDOS**

3590 **VIGILANCIA DE LA PIEL**

3540 **PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN**

AA Reevaluación de la escala de Braden <16 diaria

16-18 C/4 días

>18 semanal

AA Pañal

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

emaciación)

Deterioro de la circulación

Deterioro de la sensibilidad

Hidratación

Radioterapia

AA: Colector externo

0840 CAMBIO DE POSICIÓN

AA: Posición de Fowler

AA: Elevar pies de cama

AA: Elevar la parte corporal afecta

1100 MANEJO DE LA NUTRICIÓN

4130 MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS

4120 MANEJO DE LÍQUIDOS

00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR

Alteración de la circulación

Deterioro de la movilidad física

Radiación

Factores nutricionales

Factores mecánicos (Fuerzas de cizallamiento, presión, sujeciones)

Lesión tisular (Por ejemplo córnea, membranas mucosas, tejido tegumentario o subcutáneo)

Destrucción tisular

3590 VIGILANCIA DE LA PIEL

3540 PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN

AA Reevaluacion de la escala de Braden<16 diaria

16-18 C/4 días

>18 semanal

AA Pañal

AA Colector externo

3660 CUIDADOS DE LAS HERIDAS

3520 CUIDADOS DE LAS ULCERAS POR PRESIÓN

3661CUIDADOS DE LAS HERIDAS: QUEMADURAS

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

00155 RIESGO DE CAÍDAS

Historia de caídas

Prótesis en las extremidades inferiores

Uso de dispositivos de ayuda

Disminución del estado mental

Medicación

Dificultad en la marcha

Deterioro de la movilidad física

Cambios en la glucemia posprandial

Urgencia [en la eliminación](#)

Dificultades auditivas

Dificultades visuales

6490 **PREVENCIÓN DE CAÍDAS**

6580 **SUJECCIÓN FÍSICA**

AA Cinturón silla

AA Cinturón cama

AA Arnés

AA Peto

AA Muñequeras

00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN

Depresión del reflejo tusígeno

Depresión del reflejo nauseoso

Deterioro de la deglución

Traqueotomía

Reducción del nivel de conciencia

Alimentación por sonda

Sondajes gastrointestinales

3200 **PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN**

AA Espesantes

1860 **TERAPIA DE DEGLUCIÓN**

00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS

Mucosidad excesiva

Exudado alveolar

Excesiva cantidad de esputo

Tos inefectiva

3350 **MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA**

3140 **MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS**

DIAGNÓSTICO

FACTORES RELACIONADOS

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS

INTERVENCIONES

	Vía aérea artificial	Cianosis	3160 ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS
00086 RIESGO DE DISFUNCIÓN NEUROVASCULAR PERIFÉRICA	Compresión mecánica (p ej torniquete, muleta, escayola, abrazadera, apósito, sujeción) Inmovilización		3500 MANEJO DE PRESIONES
00006.HIPOTERMIA	Enfermedad Medicamentos Traumatismo	Temperatura corporal por debajo de rango normal.	3800 TRATAMIENTO DE LA HIPOTERMIA
00007 HIPERTERMIA	Enfermedad	Elevación de la temperatura por encima del límite normal Calor al tacto	3740 TRATAMIENTO DE LA FIEBRE
CP: CONVULSIONES			2680 MANEJO DE LAS CONVULSIONES

DOMINIO 12

00132 DOLOR AGUDO	Agentes lesivos	Conducta expresiva	1400 MANEJO DEL DOLOR
		Máscara facial	6482 MANEJO AMBIENTAL CONFORT
		Observación de evidencias de dolor	
		Postura para evitar el dolor	
		Informe verbal de dolor	

DOCUMENTACIÓN DEL PROCESO DE CUIDADOS DE PACIENTES QUIRÚRGICOS Y DE CORTA ESTANCIA

BORRADOR

INTRODUCCIÓN

BORRADOR

FORMULARIO
“COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN”

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO “COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN”

En este registro se recoge información necesaria para practicar al paciente de forma segura, cualquier tipo de intervención quirúrgica o pruebas diagnósticas o de tratamiento en las que se utilicen técnicas invasivas, como por ejemplo paracentesis, biopsias...

Se utilizará en aquellas unidades en las que ingresen este tipo de pacientes, ya sean de corta estancia o unidades de hospitalización.

El formulario está dividido en tres apartados:

Datos generales

Se registran algunos datos de la situación del paciente que son de interés para su cuidado, como por ejemplo si tiene o no alergias conocidas, la medicación que toma habitualmente o la dieta que sigue.

Comprobación:

Recoge la verificación de que el paciente cumple los requisitos necesarios para que pueda realizarse la intervención quirúrgica o procedimiento diagnóstico o de tratamiento, como:

- La correcta identificación
- Si ha tomado y/o suspendido la medicación preintervención según prescripción médica
- Si el estudio preoperatorio está completo. **Se entiende por “estudio preoperatorio”** toda la documentación que se necesita para realizar la intervención: historia clínica, pruebas de laboratorio, imágenes...
- Si ha firmado el consentimiento informado
- Si se ha hecho reserva de sangre, si procede

Preparación

Se documentan aquellas actividades que se realizan antes de la intervención:

- Inserción de vía venosa
- Preparación prequirúrgica del paciente: retirada de esmalte, objetos metálicos, preparación del campo...
- Medicación administrada: profilaxis antibiótica, otra medicación prescrita

INDICADORES DEL FORMULARIO “COMPROBACIÓN PREINTERVENCIÓN”

→.Datos Generales	
Intervención	
Alergias conocidas	Desplegable: Si No
Medicación en domicilio	Desplegable: Si No
Especificar	
Dieta habitual	
Observaciones	
→. Comprobación	
Protocolo de acogida	Chek
Colocada/comprobada pulsera de identificación	Chek
¿Ha tomado alguna medicación antes de la intervención?	Desplegable: Si No
Especificar	
¿Le han indicado suspender alguna medicación antes de la intervención?	Desplegable: Si No
Especificar	
Enfermedades importantes desde última visita del especialista/anestesiista	Desplegable: Si No
Especificar	
Acompañado	Desplegable: Si No
Consentimiento informado firmado	Desplegable: Si No
Estudio preoperatorio completo	Desplegable: Si No
Especificar	
Comprobada reserva de sangre	Desplegable: Si No procede
Ayunas	Desplegable: Si No
¿Desde que hora?	
Observaciones	
→.Preparación	
Vía venosa	Desplegable: Si No
Retirada de esmalte	Desplegable: Si No precisa
Retirada de prótesis	Desplegable: Si No precisa
Retirada de objetos metálicos	Desplegable: Si No precisa
Preparación del campo	Multiselección: Higiene Rasurado Pintado Colocación paño estéril Ropa quirúrgica
Profilaxis antibiótica administrada	Desplegable: Si No No procede
Administrada medicación preintervención	Desplegable: Si No No procede

Observaciones

Accesos directo: Control glucémico, constantes, sondas, catéteres

BORRADOR

FORMULARIO “COMPROBACIÓN POSTINTERVENCIÓN””

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO “COMPROBACIÓN POSTINTERVENCIÓN”

En este formulario la información se ha organizado en dos pestañas:

Pestaña “Valoración postintervención”

En ella se registran los datos que han de recogerse **sobre el estado del paciente cuando se recepciona en la unidad, ya sea esta de corta estancia, reanimación o unidad de hospitalización**, para detectar necesidades de cuidados inmediatas y su posterior seguimiento.

Los indicadores recogen información sobre:

- Tipo de anestesia¹: Local, regional, general.
- Exploración neuromuscular de los miembros: Sensibilidad, movilidad, temperatura, coloración.
- Nivel de conciencia y orientación temporo-espacial
- Nivel de dolor
- Estado de apósitos y drenajes
- Otras observaciones sobre la evolución del paciente como la tolerancia a líquidos, la realización de primera micción, etc.

1 Las principales características de los distintos tipos de anestesia son las siguientes:

- Anestesia local. Un fármaco anestésico (que se puede administrar en forma de inyección, aerosol o pomada) insensibiliza solamente una parte reducida y específica del cuerpo (por ejemplo, un pie, una mano o un trozo de piel). Con la anestesia local, una persona puede estar despierta o sedada, dependiendo de lo que se necesite. Aquí se englobaría la anestesia local propiamente dicha y la anestesia tópica.
- Anestesia regional. Un fármaco anestésico se inyecta cerca de un grupo de nervios, insensibilizando un área más extensa del cuerpo (por ejemplo, por debajo de la cintura, como en la anestesia epidural que se administra a las mujeres durante el parto). En este grupo se incluiría además de la epidural, la raquídea, silla de montar, epidural, bloqueos, peribulbar, retrobulbar...
- Anestesia general. La meta es conseguir que la persona permanezca completamente inconsciente (o "dormida") durante la intervención, sin conciencia ni recuerdos de la intervención. La anestesia general se puede administrar por vía intravenosa (IV), que requiere insertar una aguja en una vena, generalmente del brazo, y que esta permanezca allí durante toda la intervención, o bien mediante inhalación de gases o vapores al respirar a través de una mascarilla o tubo (mascarilla laríngea).

Pestaña “Criterios de alta”

Esta parte del formulario **solo ha de rellenarse en unidades como las de corta estancia, reanimación, despertar...**En unidades de hospitalización no procede puesto el proceso del paciente suele ser mas complejo y el médico valora en cada caso cuando ha de finalizar la hospitalización.

Constan los indicadores de la “Escala de Aldrete modificada” y otros criterios que han de evaluarse para que el paciente sea dado de alta:

- Tolerancia a líquidos, realización de la primera micción, tolerancia a la sedestación y la deambulaci3n...
- Revisi3n de apósitos, drenajes y vendajes.

- Otros requisitos, como que haya un adulto presente en el momento del alta, la comprensión de las instrucciones postoperatorias y la aceptación del alta por parte del paciente

BORRADOR

**INDICADORES DEL FORMULARIO DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO “COMPROBACIÓN
POSTINTERVENCIÓN”**

Procedencia	
→.Valoración postintervención	
Tipo de anestesia	Multiselección: Local Regional General Sedación
Exploración neurovascular de miembros afectados	Multiselección: Sensibilidad completa Sensibilidad disminuida Sensibilidad ausente Movilidad completa Movilidad disminuida Movilidad ausente Temperatura: Normal Temperatura: Frialdad Temperatura: Elevada Coloración: Normal Coloración: Palidez Coloración: Cianosis
Conciencia	Desplegable: Completamente despierto Responde a la llamada No responde
Orientado	Multiselección: Si No, persona No, tiempo No, espacio
Escala Eva	Desplegable: 0 a 10
Vómitos/náuseas	Desplegable: Si No
Apósito	Desplegable: No Limpio Manchado
Observaciones	
Vendaje	Desplegable: No Limpio Manchado
Observaciones vendaje	
Drenajes	Desplegable: Si No
Vacío drenajes	Desplegable: Si No
Observaciones drenajes	
Tolerancia	Desplegable: Si No No procede
Control de micción	Desplegable: No precisa Pendiente de primera micción Realizó micción espontánea
Sedestación	Desplegable: Si No No procede
Deambulación	Desplegable: Si No No procede
Observaciones	

Acceso directo escala EVA

FORMULARIO
"CRITERIOS DE ALTA"

BORRADOR

FORMULARIO DE REGISTRO “CRITERIOS DE ALTA”

Este formulario **solo ha de rellenarse en unidades como las de corta estancia, reanimación, despertar...**En unidades de hospitalización no procede puesto el proceso del paciente suele ser mas complejo y el médico valora en cada caso cuando ha de finalizar la hospitalización.

Constan los indicadores de la “Escala de Aldrete modificada” y otros criterios que han de evaluarse para que el paciente sea dado de alta:

- Tolerancia a líquidos, realización de la primera micción, tolerancia a la sedestación y la deambulaci3n...
- Revisi3n de ap3sitos, drenajes y vendajes.
- Otros requisitos, como que haya un adulto presente en el momento del alta, la compresi3n de las instrucciones postoperatorias y la aceptaci3n del alta por parte del paciente

INDICADORES DEL FORMULARIO DE REGISTRO CRITERIOS DE ALTA

→.Escala de Aldrete	
Actividad	Desplegable: Mueve cuatro extremidades Mueve dos extremidades Incapaz de mover extremidades
Respiración	Desplegable: Capaz de respirar profundamente Disnea o limitación a la respiración Apnea
Circulación	Desplegable: Presión arterial < 20% del nivel preanestésico Presión arterial 20 -49% del nivel preanestésico Presión arterial > 50% del nivel preanestésico
Conciencia	Desplegable: Completamente despierto Responde a la llamada No responde
Pulsioximetría	Desplegable: Mantiene SaO2 > 92% con aire ambiente Necesita O2 para mantener SaO2 > 90%. SaO2 < 90% con O2 suplementario
Resultado	
→.Otros criterios de alta	
Tolerancia	Desplegable: Si No No procede
Sedestación	Desplegable: Si No No procede
Deambulación	Desplegable: Si No No procede
Control de micción	Desplegable: Si No No procede
Dolor	Desplegable: Si No
Apósitos/drenajes/vendajes revisados	Desplegable: Si No procede
Adulto responsable presente	Desplegable: Si No
Instrucciones postoperatorias entendidas	Desplegable: Si No
Acepta el alta	Desplegable: Si No
Observaciones	
→.Ingreso desde CMA	
Debe ingresar	Desplegable: Si No
Motivo de ingreso	
Seguimiento telefónico	Desplegable: Si No
Observaciones	

Acceso directo a escala Eva, Control glucémico, Constantes, Sondas, Catéteres

PROTOCOLO DE CUIDADOS PREINTERVENCIÓN POSTINTERVENCIÓN

BORRADOR

PROTOCOLO DE CUIDADOS PREINTERVENCIÓN-POSTINTERVENCIÓN

Se estandarizan en este protocolo las Intervenciones de Enfermería más específicas que han de realizarse a **cualquier paciente**, independientemente del tipo de Unidad de Enfermería en la que esté ingresado, antes de que se le efectúe una prueba diagnóstica o de tratamiento, o una intervención quirúrgica.

CUIDADOS ESTANDARIZADOS PREINTERVENCIÓN

El objetivo que se persigue con las Intervenciones que se detallan a continuación es asegurar que el paciente está preparado para la intervención, tanto física como emocionalmente.

2930 PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

Definición: Provisión de cuidados a un paciente inmediatamente antes de la cirugía y verificación de los procedimientos/pruebas y documentación requeridos en el registro clínico.

Actividades:

- Confirmar la información explicativa preoperatoria.
- Completar la lista de comprobaciones preoperatoria.
- Asegurarse de que el paciente no recibe nada por boca.
- Verificar que haya firmado el correspondiente consentimiento informado.
- Verificar que el estudio preoperatoria está completo (en la NIC : Verificar que los resultados de los análisis de laboratorio y diagnóstico se encuentran registrados en la hoja).
- Comprobar la disponibilidad de transfusiones de sangre, si procede.
- Verificar la retirada de objetos metálicos, prótesis y esmaltes.*
- Realizar el afeitado quirúrgico, fricción, ducha, enema y/o irrigación, si procede.
- Disponer de tiempo para que los miembros de la familia hablen con el paciente antes de la transferencia.
- Proporcionar información a la familia acerca de las zonas de espera y las horas de visita de los pacientes quirúrgicos.

* En esta actividad se resumen las siguientes de la NIC:

Retirar alhajas y/o anillos.

Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u horquillas del pelo.

Extraer dentaduras postizas, gafas, lentillas y otras prótesis.

5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante

el procedimiento

- Animar a los parientes a permanecer con el niño
- Escuchar con atención
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

CUIDADOS ESTANDARIZADOS POSTINTERVENCIÓN

Se estandarizan las Intervenciones mínimas que han de realizarse al paciente durante su estancia en la Unidad de Reanimación o Unidad de Corta Estancia.

En el caso de Reanimación no será necesario realizar la Intervención “Enseñanza: Individual”, ya que la enseñanza necesaria para que el paciente alcance el máximo nivel de autonomía, se llevará a cabo en la Unidad de Hospitalización.

Los objetivos que se persiguen con la aplicación de este protocolo es procurar el confort del paciente, tanto físico como emocional, favorecer su autonomía y vigilar la aparición de complicaciones derivadas de la intervención que se haya llevado a cabo.

2870 CUIDADOS POSTANESTESIA

Definición: Control y seguimiento del paciente que ha sido sometido recientemente a anestesia general o local.

Actividades:

- Administrar medidas de calor (mantas calientes, mantas de convección), si es necesario
- Vigilar la diuresis
- Comprobar nivel de anestesia intratecal
- Controlar el retorno de la función sensorial y motora
- Vigilar el estado neurológico y nivel de consciencia

1400 MANEJO DEL DOLOR

Definición. Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente

Actividades:

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya al localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor ya factores desencadenantes.
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente
- Explorar el conocimiento y las creencias de paciente sobre el dolor
- Explorar con el paciente los factores que alivian /empeoran el dolor
- Proporcionar información acerca del dolor, tal como causas del dolor, el tiempo que durará y las incomodidades que se esperan debido a los procedimientos
- Seleccionar y desarrollar aquellas medidas (farmacológica, no farmacológica e interpersonales) que faciliten el alivio del dolor

5820 DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD

Definición: Minimizar la aprensión, temor o presagios relacionados con una fuente no identificada de peligro por adelantado

Actividades:

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante el procedimiento
- Animar a los parientes a permanecer con el niño
- Escuchar con atención
- Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos

6550 VIGILANCIA

Definición: Recopilación, interpretación y síntesis objetiva y continuada de los datos del paciente para la toma de decisiones clínicas

Actividades

- Comprobar el estado neurológico
- Controlar el estado emocional
- Vigilar signos vitales
- Vigilar oxigenación y poner en marcha las medidas que promuevan una oxigenación adecuada de los órganos vitales
- Observar si hay signos y síntomas de desequilibrio de líquidos y electrolitos
- Comprobar la perfusión tisular
- Observar si hay infección
- Comprobar la función gastrointestinal
- Observar si hay tendencias hemorrágicas en pacientes de alto riesgo
- Anotar el tipo y la cantidad de drenaje de los tubos y orificios, y notificar al médico los cambios importantes

5606 ENSEÑANZA INDIVIDUAL

Definición: Planificación, puesta en práctica y evaluación de un programa de enseñanza diseñado para tratar las necesidades particulares del paciente.

Actividades:

- Determinar las necesidades de enseñanza del paciente.
- Identificar los objetivos de enseñanza necesario para conseguir las metas
- Determinar la secuencia de presentación de la información
- Ajustar el contenido de acuerdo con las capacidades /incapacidades cognitivas, psicomotoras y afectivas del paciente.

- Registrar la enseñanza realizada, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente en observaciones de enfermería (en la NIC: Registrar el contenido presentado, los materiales escritos proporcionados y la comprensión del paciente de la información o las conductas del paciente que indiquen aprendizaje en el registro médico permanente)
- Incluir a la familia/ser querido si es posible

BORRADOR

ANEXO 1

BORRADOR

COMPONENTES DEL GRUPO “CUIDADOS CRÍTICOS”

Álvarez Álvarez Enma
Álvarez López Sonia
Cuervo Álvarez Verónica
Fernández Flórez Rosario
Junquera Velasco Carmen Rosa
Malnero López Marta
Salamanca Corteguera María Sol

COLABORADORES

Beatriz Braña Marcos
Fernández Méndez Elisa
Pedro Fernández Álvarez
Suárez Mier M. Belén
Villa Santoveña Mónica de la

COMPONENTES DEL GRUPO “CUIDADOS QUIRÚRGICOS”

Álvarez Fernández Paz
Campo Ugidos Rosa María del
Fernández Flórez Rosario
García Gómez Concepción
García Hernández Isidora
Núñez Fernández Concepción
Ruiz de Tremiño de la Peña Rosario
Suárez Pérez Susana
Vidal Molina Victoria

BORRADOR