



PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE ADULTO EN HOSPITALIZACIÓN MEDICINA, DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA DEL HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE

ROL	A CARGO DE	V° B°	FECHA
ELABORACIÓN	Departamento de Enfermería		
REVISIÓN	Coordinación Médica de Hospitalización Medicina		
	Área de Gestión de la Calidad		
	Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico		
	Oficina de Asesoría Jurídica		
APROBADO	Dirección General		

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	--	--

Control de Cambios

VERSIÓN	PUNTOS MODIFICADOS	FECHA
01	Versión Inicial	
02		
03		



ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. FINALIDAD	4
II. OBJETIVOS	4
2.1. Objetivo general	4
2.2. Objetivos específicos	4
III. AMBITO DE APLICACIÓN	4
IV. BASE LEGAL	4
V. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS	5
5.1. Desarrollo de los protocolos de cuidados de enfermería en emergencia adultos	11
5.1.1. Protocolo de cuidados de enfermería en insuficiencia renal aguda y crónica (CODIGO: - PCEP-01)	11
5.1.2. Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con patologías respiratorias: insuficiencia respiratoria- neumonia - bronquiectasia infectada-ASMA - EPOC-TBC (PCEP-02)	30
5.1.3. Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades hematológicas e inmunitarias: Leucemia, lupus eritematoso sistémico (LES), Pancitopenia, VIH Y SIDA (CODIGO: PCEP-03)	51
5.1.4. Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con problemas cardiovasculares: SICA - IMA - TSV – ICC (CODIGO: PCEP-04)	61
5.1.5. Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con paro cardiorespiratorio (CODIGO: PCEP-05).....	83
5.1.6. Protocolo de cuidados de enfermería en paciente diabético y complicaciones (CODIGO: PCEP-06)	90
5.1.7. Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con diferentes tipos de shock: hipovolémico cardiogénico distributivo (CODIGO: PCEP-07).....	99
5.1.8. Protocolo de cuidados de enfermería en pacientes con enfermedades neurológicas: TEC- ACV - HSD - Síndrome Guillain Barre - Tetanos – Síndrome Convulsivo (CODIGO: PCEP-08).....	115
V. RESPONSABILIDADES	135
6.1. Responsabilidad de la Jefa de Departamento de Enfermería	135
6.2. Responsabilidad de los supervisores y/o coordinadores de los servicios de enfermería.....	135
6.3. Responsabilidad del Lic. de enfermería (a).....	135
VI. ANEXOS	135



I. FINALIDAD.

Desarrollar y estandarizar criterios sobre el protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina del Hospital Emergencia Ate Vitarte - HEAV, reduciendo así posibles eventos adversos que puedan producirse debido a los cuidados brindados por el profesional de enfermería.

II. OBJETIVOS.

2.1. OBJETIVO GENERAL

Estandarizar los procedimientos de intervención y cuidados de enfermería al paciente adulto en el servicio de Hospitalización realizados por enfermeras (os) especialistas y técnicos de enfermería con enfoque científico, en los servicios correspondientes.

2.2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Unificar los criterios de intervención de enfermería según patologías.
- Establecer criterios para la evaluación de los procedimientos realizados.
- Utilizar adecuadamente los recursos disponibles.
- Guiar al personal de enfermería en ejercicio de nueva incorporación y en formación.

III. AMBITO DE APLICACIÓN.

El presente protocolo es de aplicación y cumplimiento obligatorio para todo el profesional de enfermería del servicio de Hospitalización Medicina donde se da atención al paciente y cuidados de enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte (HEAV).

IV. BASE LEGAL

- Ley N° 26842 - Ley General de Salud.
- Ley N° 27658 - Ley Marco de Modernización de Gestión del Estado.
- Ley N° 27669 - Ley de Trabajo de la Enfermera
- Ley N° 27815- Ley del Código de Ética de la Administración Pública.
- Decreto Legislativo N° 1161, Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud.
- Decreto Supremo N° 008-2017-SA, aprueba el Reglamento de Organización y Funciones del Ministerio de Salud, y sus modificatorias.
- Decreto Supremo N° 004-2002-SA, Reglamento de la Ley de Enfermería.
- Resolución Ministerial N° 669-2005/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N° 035 MINSA/DG-SP-V.01 Norma Técnica de Supervisión Integral.
- Ley N° 29414. Ley que establece los Derechos de las personas usuarias de los servicios de salud.
- Resolución Ministerial Nro. 676-2006/MINSA, que aprobó el Plan Nacional para la Seguridad del Paciente.
- Resolución Ministerial N° 519-2006/MINSA, Documento Técnico "Sistema de Gestión de la Calidad en Salud".
- Resolución Ministerial N° 456-2007/MINSA, que aprueba la Norma Técnica N°050-MINSA/DGSP-V.02: "Norma Técnica de Salud para la Acreditación de Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo".
- Resolución Ministerial N° 727-2009/MINSA, que aprueba el Documento Técnico: Política Nacional de Calidad en Salud. Dirección de Calidad en Salud. MINSA.
- Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. N.T.S. N° 043-MINSA/DGSP-V.01 /Ministerio de Salud. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Atención Integral de Salud.
- Resolución Directoral N° 102-2020-DG/HEAV que aprueba la "Directiva Administrativa N° 006-2020-HEAV/OEPE "Directiva Administrativa Lineamientos para la Elaboración, Aprobación, Modificación y/o Actualización de Documentos Normativos del Hospital Emergencia Ate Vitarte.



- Resolución Directoral N° 163-2021-DG/HEAV, que aprueba el POI Anual 2022 - Plan Operativo Institucional del Hospital Emergencia Ate Vitarte.
- Resolución Directoral N° 145-2022-DG/HEAV, que aprueba el plan de trabajo anual 2022 del departamento de enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.
- Resolución Directoral N° 153-2022-DG/HEAV, que aprueba el manual del supervisor del departamento de enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte-HEAV.

V. DESCRIPCIÓN DE PROCEDIMIENTOS

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA (CODIGO: PCEP-01)					Pág.
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	DOMINIO	CLASE	NOC (resultados de enfermería)	NIC (Intervenciones de enfermería)	
Código: 00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS.	02 Nutrición.	05 Hidratación.	Código: (0600) Equilibrio de electrolitos y acido base. Código: (0601) Equilibrio de líquidos. Código: (0504) Función renal. Código: (0603) Severidad de la sobrecarga de líquidos.	(2080) Manejo de líquidos/ electrolitos (4130) Monitorización de líquidos.	12
Código: (00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	04 Actividad/ Reposo.	04 Respuesta cardiovascular e - pulmonares.	Código: (0403) Estado respiratorio: Ventilación Código: (0415) Estado respiratorio:	3140): Manejo de la vía aérea (3350) monitorización respiratoria: (3320) Oxigenoterapia	13
Código: (00046) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	11 Seguridad /protección.	02 Lesión física	Código: (1101) Integridad de la Piel: Integridad tisular piel y membranas. Código: (1102) Curación de la herida por primera intención.	(3550) Vigilancia de la piel: (0840) Cambio de posición: (2316) Administración de la medicación tópica: (3480) Monitorización de las extremidades inferiores: (3560) Cuidados de la úlceras por presión:	14
Código: 00195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO	02 nutrición	05 hidratación.	Código: (606) Equilibrio electrolítico	(2000) manejo de electrolitos. (2020) monitorización de electrolitos.	16
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA- NEUMONIA - BRONQUIECTASIA INFECTADA-ASMA - EPOC-TBC (CODIGO: PCEP-02)					Pág.
DIAGNOSTICO	DOMINIO	CLASE	NOC	NIC	
Código: 00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	03 Eliminación e intercambio.	04 Función respiratoria.	Código: (0402) Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso. Código: (0408) Perfusion tisular pulmonar.	(3140) Manejo de las vías aéreas:	32
Código: 00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	04 Actividad – Reposo.	04	Código (0415)	(3350) Monitorización respiratoria: (3320) Oxigenoterapia:	33

			Código: (0403) Estado respiratorio: Ventilación.		
Código: 00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS	11 Seguridad /protección.	02 Lesión física	Código: (0410) Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.	(3160) Aspiración de las vías aéreas. (6680) Monitorización de signos vitales. (7690) Interpretación de datos de laboratorio. (3200) precauciones para evitar la aspiración: (0403) Estado respiratorio, ventilación (3230) Fisioterapia torácica.	35
Código: 00298 DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Código: (0005) Tolerancia de actividad.	(3350) Monitorización respiratoria. (3320) Oxigenoterapia. (200) fomento de ejercicio	38
Código: 00146 ANSIEDAD	09 Afrontamiento/tolerancia al Estrés.	02 Respuestas de afrontamiento.	Código: (1211) Nivel de Ansiedad:	(4920) Escucha activa: (5270) Apoyo emocional:	39
Código: 00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN	11 Seguridad – protección.	02 Lesión física	Código: (0402) Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso. Código: (0410) Estado Respiratorio: Permeabilidad de la Vía Aérea.	(3200) Precauciones para evitar la aspiración. (2620) Monitorización neurológica: (3350) Monitorización respiratoria. (3140) Manejo de vía aérea:	40
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS: LEUCEMIA, LUPUS ERITEMATOSO SISTEMICO (LES), PANCITOPENIA, VIH Y SIDA (CODIGO: PCEP-03)					Pág.
DIAGNOSTICO	DOMINIO	CLASE	NOC	NIC	
CÓDIGO (00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL	02 Nutrición.	01 Ingestión.	Código (1009) Estado Nutricional: Ingestión de nutrientes.	(CÓDIGO (1160) Monitorización nutricional:	53
CÓDIGO (00025) RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS	02 Nutrición	05 Hidratación.	CÓDIGO (0501) Equilibrio hídrico. CÓDIGO (602) Hidratación.	CÓDIGO (460) Manejo de la diarrea: CÓDIGO (4180) Manejo de la hipovolemia:	54
CODIGO (00007) HIPERTERMIA	11 Seguridad /protección.	06 Termorregulación.	CODIGO (0800) Termorregulación: CODIGO (802) Signos vitales:	CODIGO (3740) Tratamiento de la fiebre: CODIGO (3786) Tratamiento de la hipotermia.	57
CÓDIGO (00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA	11 Seguridad /protección.	02 Lesión física	CÓDIGO (1101) Integridad tisular: Piel, membranas mucosas.	CÓDIGO (0840) Cambio de posición. CÓDIGO (3590) Vigilancia de la piel.	58
CÓDIGO (00004) RIESGO DE INFECCIÓN	11 Seguridad /protección.	01 Infección.	CÓDIGO (703) Severidad de la infección:	CÓDIGO (6540) Control de las infecciones.	59



PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES: SICA - IMA - TSV - ICC (CODIGO: PCEP-04)					Pág.
DIAGNOSTICO	DOMINIO	CLASE	NOC	NIC	
Código: 00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO	4 Actividad – Reposo.	4 Respuesta cardiovascular s/pulmonares	Código: 0400 Efectividad de la bomba cardíaca Código: 0401 Estado circulatorio:	(4040) Cuidados cardíacos. (4066) Cuidados circulatorios: Insuficiencia Venosa. (4044) Cuidados cardíacos: agudos. (4254) Manejo del shock: cardíaco. (4150) Regulación hemodinámica.	63
Código: 00032 PATRON RESPIRATORIO INEFICAZ	4 Actividad – Reposo.	4 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Código: 0402 Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	(3350) Monitorización respiratoria. (3320) Oxigenoterapia. (3140) Manejo de la vía aéreas.	67
Código: 00132 DOLOR AGUDO	12 Confort.	01 Confort físico.	Código: 1605 Control del Dolor. Código: 2102 Nivel del Dolor.	(2300) Administración de medicación. (1400) Manejo del dolor. (6680) Monitorización de los signos vital.	68
Código: 00200 RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN CARDIACA	04 Actividad – Reposo.	04 Respuestas cardiovascular s/pulmonares	Código: 0405 Perfusión tisular: cardíaca	(4044) Cuidados cardíacos: agudos.	69
Código: 00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS.	02 Nutrición	05 Hidratación.	Código: 0601 Equilibrio Hídrico:	(4120) Manejo de líquidos: (2020) Monitorización de electrolitos:	70
Código: 00146 ANSIEDAD.	09 Afrontamiento/tol erancia al Estrés	02 Respuestas de afrontamiento.	Código: 1211 Nivel de ansiedad	(5820) Disminución de la ansiedad. (6480) Manejo ambiental. (2380) Manejo de la medicación. (6040) Terapia de relajación.	71
Código: 000298 DISMINUCIÓN DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Código: 0002 Conservación de la energía. Código: 0005 Tolerancia de actividad.	(1800) Ayuda en el autocuidado. (4046) Cuidados cardíacos: Rehabilitación.	73
Código: 00303 RIESGO DE CAIDAS DEL ADULTO	11 Seguridad /protección.	02 Lesión física	Código: 1939 Control de riesgo: caídas.	(6486) Manejo ambiental: Seguridad. (6490) Prevención en caídas. (6650) Vigilancia: seguridad.	74
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO (CODIGO: PCEP-05)					Pág.
DIAGNOSTICO	DOMINIO	CLASE	NOC	NIC	
Código: 00033 DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA	04 Actividad – Reposo	04 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Código: 0402 Estado respiratorio. Intercambio gaseoso.	(6320) Reanimación. (3140) Manejo de la vía aérea (3350) monitorización respiratoria (3120) Intubación y estabilización de la vía aérea.	84



				[3180] Manejo de las vías aéreas artificiales. [3320] Oxigenoterapia. [6200] Cuidados en la emergencia.	
Código: 00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	[0400] Efectividad de la bomba: [0414] Estado cardiopulmonar	[6140] Manejo de la parada cardiorrespiratoria. [4150] Regulación hemodinámica:	86
Código: 00200 RIESGO DE PERFUSIÓN TISULAR CARDÍACA	04 Actividad – Reposo	04 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Código: [0405] Perfusion tisular: cardíaca	[6200] Cuidados en la emergencia. [6320] Reanimación. [6680] monitorización de signos vitales	88
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CODIGO: PCEP-06)					Pág.
DIAGNOSTICO	DOMINIO	CLASE	NOC	NIC	
Código: 00179 RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE	02 Nutrición	04 Metabolismo	Código: [2300] Nivel de glicemia: En rangos normales.	[2120] Manejo de la hiperglucemia. [2130] Manejo de la hipoglucemia. [1160] Monitoreo nutricional.	92
Código: 00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	02 Nutrición	05 Hidratación.	Código: [0601] Equilibrio hídrico: Código: [0602] Hidratación:	[6680] Monitorización de los signos vitales. [4120] Manejo de líquidos. [4200] Terapia intravenosa.	93
Código: 00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Código: [0400] Efectividad de la bomba cardíaca	[6680] Monitorización de los signos vitales. [4150] Regulación hemodinámica. [2300] Administración de medicación. [1920] Monitorización del equilibrio ácido básico.	94
Código: [00205] RIESGO DE SHOCK	11 Seguridad /protección.	02 Lesión física	Código: [0419] Severidad del shock hipovolémico. Código: [1902] Control de riesgo.	4260 Prevención del shock. [4250] Manejo del shock.	95
Código: [00033] DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular/ pulmonar	Código: [0403] Estado Respiratorio: Ventilación.	[6680] Monitorización de los signos vitales [3350] Monitorización respiratoria. [3320] Oxigenoterapia.	96
Código: [00030] DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	03 Eliminación e intercambio	04 Función respiratoria.	Código: [0402] Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	[3350] Monitorización respiratoria. [1910] Manejo del equilibrio ácido básico. [3140] Manejo de las vías aéreas.	97
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK: HIPOVOLÉMICO CARDIOGÉNICO DISTRIBUTIVO (CODIGO: PCEP-07)					Pág.
DIAGNOSTICO	DOMINIO	CLASE	NOC	NIC	
CODIGO: 00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS	02 Nutrición	05 Hidratación.	Código: [0601] Equilibrio Hídrico. Código: [0602] Hidratación.	[4180] Manejo de hipovolemia. [4200] Terapia intravenosa. [2314] Administración de medicación: IV.	101



				{4140} Reposición de líquidos: cristaloides. {4210} Monitorización hemodinámica invasiva.	
CÓDIGO: 00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO.	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular/pulmonar	CÓDIGO {0400} Efectividad de la bomba cardíaca.	{2314} Administración de medicación: IV, fluidos. {3140} Manejo de vía aérea. {4044} Cuidados cardíacos: agudos. {4090} Manejo de la arritmia. {4180} Manejo de hipovolemia.	103
CÓDIGO: {00204} RIESGO DE DISMINUCIÓN DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDÍACA	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular s/ respiratorias	CÓDIGO {0405} Perfusión tisular: Cardíaca.	{4040} Cuidados cardíacos. {4254} Manejo del shock: cardíaco. {3320} Oxigenoterapia. {3180} Manejo de las vías aéreas artificiales. {2620} Monitorización neurológica.	105
CÓDIGO {00030} DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	03 Eliminación e intercambio	04 Función respiratoria	Código {0402} Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	{3320} Oxigenoterapia. {3350} Monitorización respiratoria.	107
CÓDIGO {00031} LIMPIEZA INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS	11 Seguridad y protección	02 Lesión física.	CÓDIGO {0410} Estado respiratorio: Permeabilidad vías aéreas. CÓDIGO {1918} Prevención de la aspiración.	CÓDIGO {3140} : Manejo de la vía aérea. CÓDIGO {3160} : Aspiración de las vías aéreas.	108
CÓDIGO {00032} PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ	04 Actividad – Reposo.	04 Respuesta cardiovascular s/ respiratorias	CÓDIGO {0403} : Estado respiratorio: Ventilación.	{3350} Monitorización respiratoria. {3320} Oxigenoterapia. {6680} Monitorización de los signos vitales. {3300} Manejo de ventilación mecánica: invasiva.	109
CÓDIGO {0007} HIPERTERMIA	11 Seguridad – protección	06 Termorregulación	CÓDIGO {0800} Termorregulación.	{3900} Regulación de la temperatura.	111
CÓDIGO {00004} RIESGO DE INFECCIÓN.	11 Seguridad /Protección	01 Infección	CÓDIGO {1902} Control del riesgo.	CÓDIGO {6540} Control de infecciones. CÓDIGO {6550} Protección contra las infecciones.	112
PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: TEC- ACV - HSD - SÍNDROME GUILLAIN BARRE - TETANOS - SÍNDROME CONVULSIVO (CÓDIGO: PCEP-08)					Pág.
DIAGNÓSTICO	DOMINIO	CLASE	NOC	NIC	
Código: 00201 RIESGO DE PERFUSIÓN CEREBRAL INEFICAZ	04 Actividad y reposo.	04 Respuestas cardiovascular s/pulmonar	Código {0912} Estado neurológico:	{2620} Monitorización neurológica. {2550} Mejora de la perfusión cerebral. {2540} Tratamiento del edema cerebral. {2380} Manejo de la medicación.	117
Código: 00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES	03 Eliminación e intercambio	04 Función respiratoria.	Código: {0402} Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso.	{3140} Manejo de la vía aérea. {3350} Monitorización respiratoria. {3320} Oxigenoterapia. {3300} Manejo de la ventilación mecánica: invasiva.	120





HOSPITAL EMERGENCIA
ATE VITARTE

Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en
hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería
del Hospital Emergencia Ate Vitarte.

Versión: 01

Año: 2022

Código: 00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS.	11 Seguridad - protección.	02 Lesión física.	Código (0410) Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.	(3120) Intubación y estabilización de la vía aérea: (3350) Monitorización respiratoria. (3160) Aspiración de las vías aéreas.	122
Código: 00129. CONFUSIÓN CRÓNICA.	5 Percepción /Cognición.	4 Cognición.	Código (00912) Estado neurológico:	(4820) Orientación de la realidad. (6450) Manejo de ideas delirantes.	124
Código: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL.	05 Percepción/Cognición	05 Comunicación.	Código: (0902) Comunicación:	(4920) Escucha activa. (7840) uso de otro tipo de comunicación. (4976) mejorar la comunicación; déficit del habla. (5520) Facilitar el aprendizaje:	125
Código: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA.	04 Actividad/ Reposo	02 Actividad y Ejercicio.	Código: (0208) Movilidad:	(0224) Terapia de ejercicios. (1800) Ayuda con el autocuidado. (6490) Prevención de caídas. (6654) vigilancia: Seguridad.	126
Código: 00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR	11 Seguridad/ Protección	02 Lesión física.	Código:(1101) integridad tisular; Libre de lesiones cutáneas.	(0840) Cambio de posición. (3500) Manejo de presiones.	128
Código: 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA.	11 Seguridad/Protección.	02 Lesión física.	Código:(1902) Control del riesgo: Libre de lesiones.	(3540) Prevención de úlceras por presión: Prevención de las úlceras por presión. (3590) Vigilancia de la piel.	129
Código: 00132 DOLOR AGUDO	12 Confort.	01 Confort físico.	Código:(1605) Control del dolor:	(1400) Manejo del dolor. (2210) Administración de analgésicos. (2380) Manejo de la medicación.	130
Código: 00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA	03 Eliminación e intercambio	01 Función Urinaria	Código:(00503) Eliminación urinaria.	(00590) Manejo de la eliminación urinaria. (00580) Sondaje vesical: solo si corresponde: (2180) Manejo de la medicación. (4120) Manejo de líquidos. (6540) Control de infecciones:	132



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

5.1. DESARROLLO DE LOS PROTOCOLOS DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN HOSPITALIZACIÓN MEDICINA.

5.1.1. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA (CODIGO: PCEP-01)

I. ASPECTOS GENERALES:

Insuficiencia Renal Aguda: se define por la disminución en la capacidad que tienen los riñones para eliminar productos nitrogenados de desecho, instaurada en horas a días. La eliminación de productos de desecho no es la única función de estos órganos, quienes además desempeñan un papel imprescindible en la regulación del medio interno, manteniendo el equilibrio electrolítico y la volemia en unos márgenes muy estrechos. Las más significativas son la azoemia y la oliguria de progreso rápido que aparecen en personas cuyo estado previo de salud era normal o como complicación grave de ciertas afecciones crónicas de este órgano. Las sustancias que normalmente se eliminan por la orina se acumulan en los líquidos, como resultado del deterioro de la función renal y alteran las funciones de homeostasia endocrinas y metabólicas.

Signos y síntomas: Puede haber anuria, oliguria o mantener un volumen urinario normal. Dependiendo de ello puede presentarse edema o signos de sobrehidratación. Otros síntomas y signos dependientes del compromiso de otros sistemas también se pueden presentar. Falta de apetito, náuseas o vómitos y síntomas y signos neurológicos como mioclonías, debilidad muscular, somnolencia o coma dependen del grado de uremia.

Insuficiencia Renal Crónica: Es un deterioro progresivo de la función renal que termina con la muerte por uremia (exceso de urea, creatinina y otros desechos nitrogenados de la sangre) y sus complicaciones a menos que se haga hemodiálisis o trasplante renal.

Signos y Síntomas: Prurito, Edema, cefalea, náuseas, vértigo, anuria, disnea, aumento de urea y creatinina.

II. POBLACIÓN OBJETIVO:

Población Joven, adulta y adulta madura que acuden al servicio de Hospitalización Medicina con Insuficiencia Renal Aguda y crónica.

III. OBJETIVO:

- ✓ Estandarizar los cuidados de Enfermería en pacientes con Insuficiencia Renal Aguda y Crónica.
- ✓ Reducir riesgo de complicaciones.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

La Licenciada (a) en Enfermería.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LIQUIDOS r/c: ✓ Desviaciones que afectan la eliminación de líquidos. ✓ Ingesta excesiva de líquidos. ✓ Ingesta excesiva de sodio Evidenciado por: ✓ Oliguria, alteración del estado mental, aumento de peso en un corto tiempo ✓ Edemas, disminución de los niveles de hemoglobina sérica. Dominio 2: ✓ Nutrición. Clase 5: ✓ Hidratación.	Código: (0600) ✓ Equilibrio de electrolitos y ácido base. Código: (0601) ✓ Equilibrio hídrico. Código: (0504) ✓ Función renal. Código: (0603) ✓ Severidad de la sobrecarga de líquidos.	(2080) MANEJO DE LIQUIDOS/ ELECTROLITOS: ✓ Monitoree el estado hemodinámico ✓ Controle los valores de laboratorio ✓ Realice balance hídrico estricto ✓ Control de la diuresis a horario. ✓ Observe desequilibrio de electrolitos asociado a hipercalcemia, hipo o hipopotasemia, acidosis metabólica. ✓ Observe si hay sobrecarga de líquidos. (4130) MONITORIZACIÓN DE LÍQUIDOS: ✓ Determine la cantidad y tipo de ingesta de líquidos y hábitos de evacuación. ✓ Explore turgencia cutánea (hidratación) ✓ Monitoree ingresos y egresos. ✓ Administre fármacos prescritos para aumentar la diuresis. ✓ Restringa ingesta de líquidos. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Trastorno hidroelectrolítico. ✓ Lesión renal. ✓ Edema agudo del pulmón.	✓ 050432 Edema. ✓ 050418 Aumento de peso. ✓ 050402 Balance de ingesta y diuresis en 24 horas. ✓ 060319 Disminución de la diuresis. ✓ 060116 Hidratación cutánea.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/c: ✓ Fatiga ✓ Ansiedad. ✓ Deterioro musculo esquelético. Evidenciado por: ✓ Hipoxemia, hipoventilación. ✓ Esfuerzo respiratorio, aleteo nasal. ✓ Taquipnea, hiperventilación. Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuesta cardiovasculares - pulmonares.	Código:(0403) ✓ Estado respiratorio: Ventilación. Código:(0415) ✓ Estado respiratorio	(3140): MANEJO DE LA VÍA AÉREA: ✓ Coloque la paciente en posición semi fowler. ✓ Ausculte sonidos respiratorios, denotando presencia, ausencia o disminución de sonidos adventicios. ✓ Control de signos vitales (frecuencia respiratoria, frecuencia cardiaca, presión arterial y temperatura.) (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo en las respiraciones. ✓ Observe si hay fatiga muscular diafragmática. ✓ Compruebe la capacidad del paciente para toser eficazmente. ✓ Anote cambios en la saturación de oxígeno. Así como los cambios en gases arteriales. ✓ Instaura tratamiento de terapia respiratoria. (3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Prepare los dispositivos de oxígeno y administre a través de un sistema humidificado. ✓ Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsometría, gasometría de sangre arterial) ✓ Observe si hay signos de hipoventilación inducida por el oxígeno.	✓ Insuficiencia respiratoria. ✓ Paro cardio respiratorio.	✓ 040301 Frecuencia respiratoria. ✓ 040302 Ritmo respiratorio. ✓ 040303 Profundidad de la respiratoria. ✓ 040309 Utilización de los músculos accesorios. ✓ 040313 Disnea de reposo.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00046) DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c: ✓ Fricción en la superficie. ✓ Disminución de la movilidad física. ✓ Disminución de la perfusión tisular. Evidenciado en: ✓ Sequedad de la piel ✓ Alteración de la coloración de la piel. ✓ descamación. ✓ prurito. ✓ ampolla. Dominio 11: ✓ Seguridad - protección. Clase 02: ✓ Lesión física.	Código: (1101) ✓ Integridad de la Piel y membranas mucosas: Código: (1102) ✓ Curación de la herida por primera intención.	(3590) VIGILANCIA DE LA PIEL: ✓ Valore el riesgo de deterioro de la Integridad de la Piel con Escala de Norton. (anexo 1, 2). ✓ Observe características de la piel: color, tumefacción, pulsos, textura, ulceraciones, temperatura, zonas de presión y fricción. (anexo 3). ✓ Valore estado nutricional. (0840) CAMBIO DE POSICIÓN: ✓ Mueve cada 2 horas. (anexo 4) ✓ Coloque dispositivos terapéuticos que eviten el rozamiento de prominencias óseas. (2316) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: TÓPICA. ✓ Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación. ✓ Retire los restos de medicamentos y limpiar la piel. ✓ Aplique el fármaco tópico según prescripción y los 11 correctos. (anexo 6) ✓ Registre en la evolución de Enfermería. ✓ Controle efectos locales, sistémicos y adversos de la medicación y repórtelos. ✓ Documente la aplicación de medicación tópica y resultados de mejora o deterioro de la piel.	✓ Infección de partes blandas.	✓ 110201 Aproximación cutánea. ✓ 110113 Integridad de la piel. ✓ 110214 Formación de cicatriz.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(3480) MONITORIZACIÓN DE LAS EXTREMIDADES INFERIORES: ✓ Inspeccione la piel en busca de signos de mala higiene. ✓ Examine la presencia de edemas, grietas o fisuras. ✓ Determine el estado de movilidad. ✓ Valore el llenado capilar. ✓ Observe movilidad articular. (3320) CUIDADOS DE LA LESION POR PRESIÓN: ✓ Monitoree las características de la herida. ✓ Limpie con solución salina fisiológica o un limpiador no tóxico. ✓ Aplique medicamentos tópicos según prescripción médica. ✓ Documente la aplicación de medicación tópica y resultados de mejora o deterioro de la piel.		



 HEAV HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN INSUFICIENCIA RENAL AGUDA Y CRÓNICA

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00195 RIESGO DE DESEQUILIBRIO ELECTROLITICO f/r: ✓ Mecanismos regulatorios comprometidos. ✓ Disfunción renal. ✓ Régimen terapéutico.	Código: (606) Equilibrio electrolítico.	(2000) MANEJO DE ELECTROLITOS: ✓ administrar electrolitos suplementarios según prescripción médica. ✓ Monitorizar la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos prescrita. ✓ Observar si los electrolitos en suero son anormales. ✓ Observar si hay manifestaciones de desequilibrio de electrolitos. (2020) MONITORIZACION DE ELECTROLITOS: ✓ Vigilar el nivel sérico de electrolitos. ✓ Observar si se producen desequilibrios ácido básicos. ✓ Identificar posibles causas de desequilibrios electrolíticos. ✓ Observar si se producen náuseas, vómitos y diarreas.	✓ Alteración electrolítica como hipopotasemia, hipernatremia etc.	✓ 060604 Disminución del potasio sérico ✓ 060608 Aumento del calcio sérico. ✓ 060601 Disminución del sodio sérico
Dominio 02: ✓ Seguridad - protección. Clase 05: ✓ hidratación.				



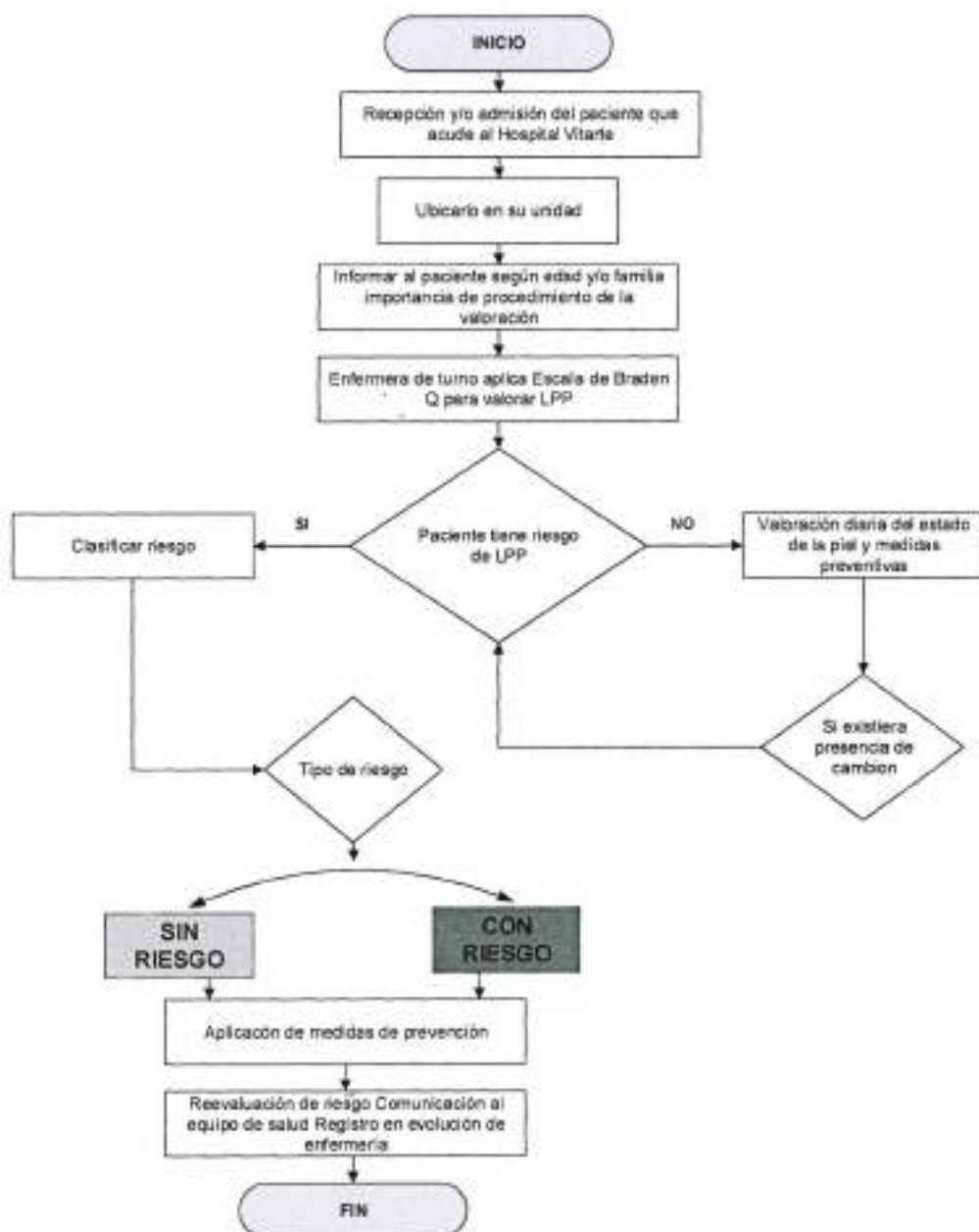
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación - 2021-2023 - editado por: T. Heather Herdman, phd, RN, FNI y Shigemi Kam'rtsuru phd, RN, FNI. 12ª edición 2022.
2. Clasificación de resultados de enfermería NOC-medición de resultados en salud, sexta edición-editado Sue Moorhead.Elizabeth Swanson. Marion Johnson.2018
3. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC, séptima edición editado por Howard Butcher, Gloria M. Bulechek.2018
4. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC - Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
5. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorehead S, et al, editores. Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2020.
6. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029- MINSA/DIGEPRES-V.02.
7. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022- MINSA/DGSP-V.02.
8. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<https://tempendium.com/manuaimibe/chaoter/834.11.3>.
9. Los correctos en administración de medicamentos.
<http://fundacionforensis.blogspot.com/2018/02/los-11-correctos-en-la-administracion.html>



ANEXO. 01

FLUJOGRAMA DE GUÍA DE PROCEDIMIENTO DE VALORACION DEL RIESGO DE LESION POR
PRESION (LPP)



ANEXO. 02
INSTRUMENTO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE LESIÓN POR PRESIÓN (ESCALA BRADEN Q)

 SERVICIO: **CAMA**

APELLIDOS Y NOMBRES:

HISTORIA CLÍNICA:

DIMENSIONES	4	3	2	1	PUNTAJE
MOVILIDAD	Completamente inmóvil	Muy limitada	Ligeramente limitada	Sin limitaciones	
ACTIVIDAD	Encamado	En silla	Camina ocasionalmente	Camina frecuentemente o demasiado joven para caminar	
PERCEPCIÓN SENSORIAL	Completamente limitada	Muy ilimitada	Ligeramente ilimitada	Sin limitaciones	
HUMEDAD	Piel constantemente húmeda	Piel muy húmeda	Piel ocasionalmente húmeda	Piel raramente húmeda	
FRICCIÓN DESLIZAMIENTO	Problema significativo	Problema	Problema potencial	Sin problema aparente	
NUTRICIÓN	Muy pobre	Inadecuada	Adecuada	Excelente	
OXIGENACIÓN PERFUSIÓN TISULAR	Muy comprometida	comprometida	Adecuada	Excelente	

Resultado:

Tipo de riesgo	Puntaje
Sin riesgo	<16ptos
Con riesgo	>16


 FIRMA Y SELLO
ENFERMERA (O) EVALUADORA

ANEXO. 03

IDENTIFICACIÓN DE POSICIONES PARA DESARROLLAR LESIONES POR PRESIÓN

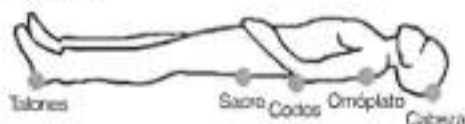
N°	ZONA	N°	ZONA
1	OCCIPITAL	11	BRAZO- ANTEBRAZO- MANO
2	OMOPLATO - ESCÁPULA	12	PARRILLA COSTAL
3	CODOS	13	CRESTA ILIACA
4	DORSO LUMBAR	14	TROCÁNTER - MAYOR Y MENOR
5	GLÚTEO - INTERGLÚTEO	15	MUSLO-PIERNA- PIE
6	SACRO-COXÍGEA	16	RODILLA-CÓNDILOS INTERNO Y EXTERNO
7	TALONES	17	MALÉOLO INTERNO Y EXTERNO
8	OREJA TEMPOROAURICULAR	18	ÚLCERA IATROGÉNICA: COMISURA BUCAL, FOSA NASAL, MEATO URINARIO
9	MEJILLA	19	MAMAS
10	HOMBROS	20	GENITALES

ESTADIOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

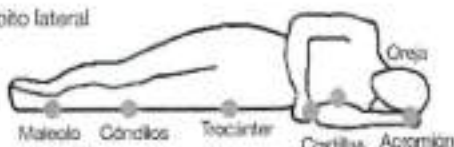
ESTADIO I	ENROJECIMIENTO DE PIEL Y ERITEMA
ESTADIO II	LESIÓN DÉRMICA - PIEL AGRIETADA
ESTADIO III	ULCERACIÓN
ESTADIO IV	PÉRDIDA DE SUSTANCIA Y EXCAVACIÓN



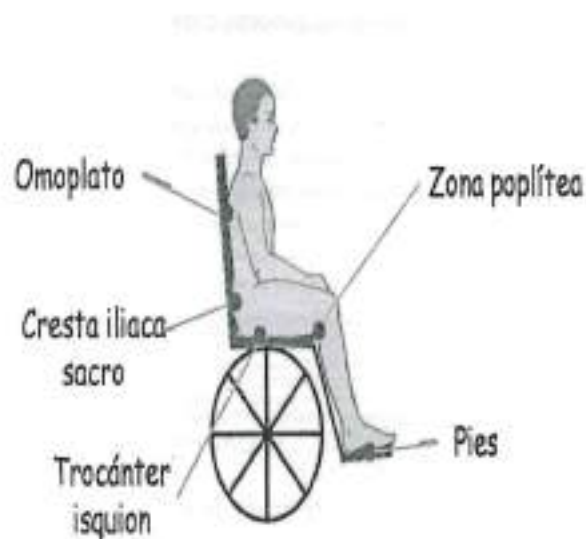
Decúbito dorsal



Decúbito lateral



Decúbito prono



RELOJ DE CAMBIOS POSTURALES PARA PREVENCIÓN DE LESIÓN POR PRESION (LPP)

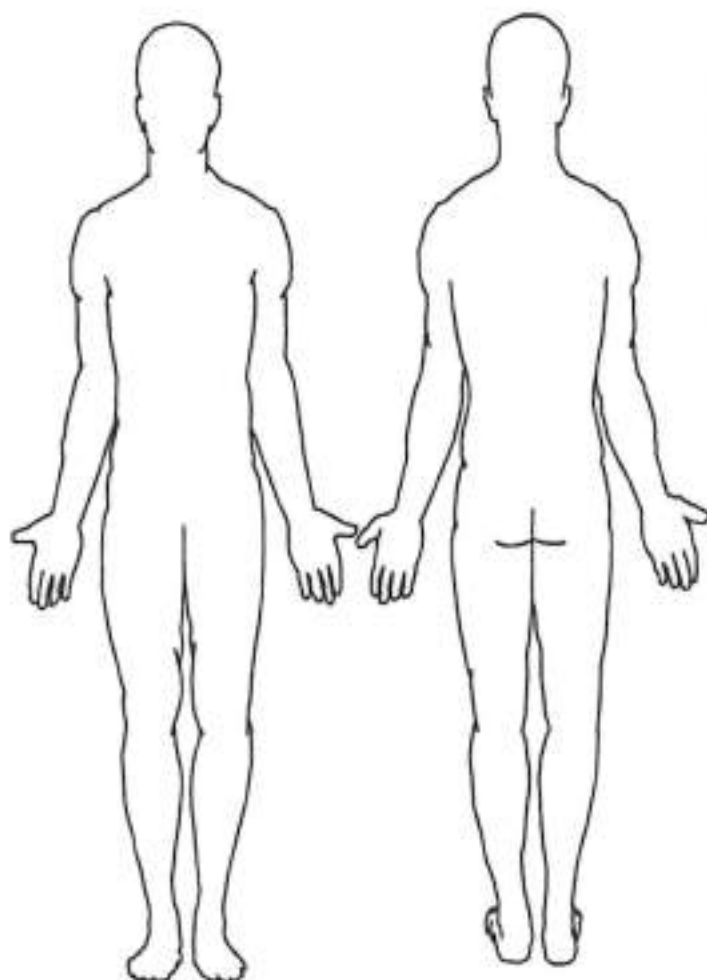


ANEXO. 05

FICHA DE EVALUACION DE LESION POR PRESIÓN

PACIENTE.....SERVICIO.....

N° CAMA.....FECHA DE INGRESO.....



OBSERVACIONES:



PARENTESCO.....

.....

FIRMA:.....

N°. DNI.....

LICENCIADA

(O).....

FIRMA:.....

CEP.....

ANEXO. 06
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS; APLICACIÓN DE LOS
15 CORRECTOS

1. Lavarse de las manos: No solamente cuando se vaya a administrar un medicamento sino antes de realizar cualquier procedimiento que lo requiera.



2. Estar enterado de antecedentes alérgicos del paciente. Averiguar si el paciente tiene alguna alergia al medicamento:
 - ✓ *Reacción adversa.* Es un efecto farmacológico no deseado. El efecto puede ser incontrolable, problemático o peligroso, el evento adverso tiene que ser notificado.
 - ✓ *Alergia:* Es una respuesta física desfavorable ante un efecto químico no farmacológico. Puede variar entre leve y grave, pero siempre es un motivo para que el paciente "deje de tomar el fármaco".



3. Tomar los signos vitales antes de la administración del fármaco: teniendo en cuenta que ciertos medicamentos pueden alterarlo.



4. Medicamento correcto. Verificar el medicamento mediante los siguientes pasos: La tarjeta del fármaco, la hoja de indicación médica, el Kardex de enfermería (registro de medicamentos del paciente) y con la etiqueta del empaque del fármaco (presentación fármaco indicado).
- ✓ Verificar la fecha de caducidad.
 - ✓ Tener conocimiento de la acción del medicamento y efectos adversos. Así como el método de administración y la dosificación, considerando el índice terapéutico y toxicidad.
 - ✓ Verificar nombre genérico (composición química) y comercial del medicamento.



5. Dosis correcta. La enfermera que va a administrar el medicamento debe verificar simultáneamente con otra que la acompañe (si tuviese acompañante, de lo contrario lo realiza sola) el cálculo de la dosis exacta. Especialmente en medicamentos como: Digitálicos, heparina, insulina, etc. Comprobar dos veces la dosis farmacológica, en caso de parecer inapropiada confirmarla, "si hay duda, averigüe".





6. Vía de administración correcta. Verificar el método de administración (algunos medicamentos deberán aplicarse por vía parenteral, oral, respiratoria, tópica o local). Cada medicamento debe administrarse por la vía indicada. Cada vía tiene diferentes tiempos de absorción. Asegúrese de que el paciente ingiera la medicación vía oral antes de retirarse de la habitación. Nunca deje medicación en la unidad del paciente.



7. Hora correcta. Tomar en cuenta la hora de la dosis inicial, única, de sostén, máxima o mínima. Las concentraciones terapéuticas en sangre de muchos medicamentos dependen de la constancia y regularidad de los tiempos de administración.
- ✓ Cada 4 horas son: 6 veces al día.
 - ✓ Cada 8 horas son: 3 veces al día
 - ✓ Cada 6 horas son: 4 veces al día



- ✓ Cada doce horas: 2 veces al día
- ✓ Cada 24 horas: 1 vez al día.

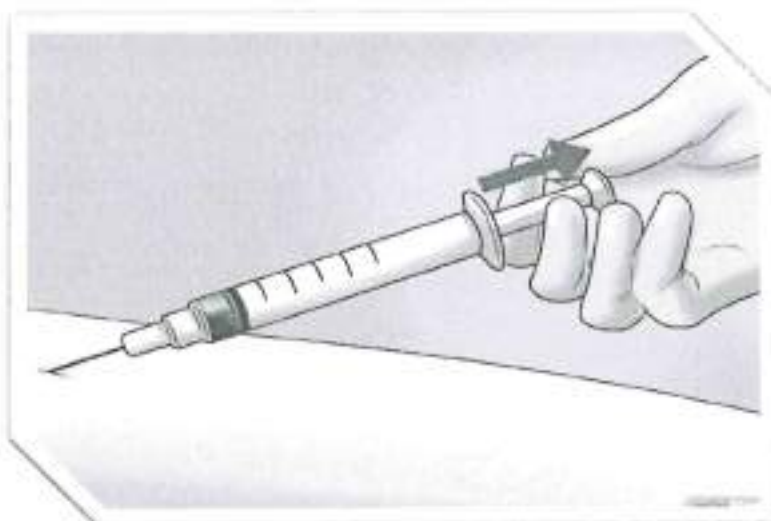


8. Paciente correcto. Verificar el nombre en el brazalete (de tenerlo), Núm. De historia clínica, Núm. de cama, prescripción en la historia clínica y corroborar con el diagnóstico y evolución del paciente. Llamar por su nombre al paciente (si él está consciente).

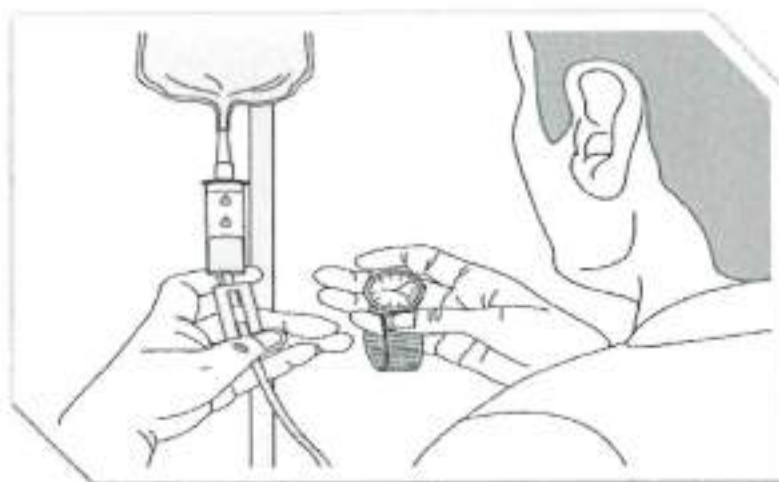


9. Técnica de administración correcta. Esto dependerá de la práctica de la enfermera, y los conocimientos básicos que tiene. No colocar algún medicamento si no está segura.





10. Velocidad de infusión correcta. En la orden médica debe estar indicada la velocidad de infusión en caso de ser intravenoso.



11. Verificar la fecha de caducidad. Comprobar por lo menos tres veces al sacarlo del recipiente, al prepararlo, antes de administrarlo y verificar fecha de vencimiento del fármaco.





12. Prepare y administre usted mismo el medicamento. lo correcto es realizar esta tarea uno mismo por más que confiemos en el compañero(a) así nos aseguramos qué es lo que estamos administrando.



13. Realice el registro de los medicamentos usted mismo después de administrarlos. Registrar y firmar lo antes posible la administración de un medicamento.

- ✓ Si por alguna razón no se administra un medicamento, registrar en la Hoja de Evolución de Enfermería especificando el motivo y en la hoja de incidencias si procede.
- ✓ Cuando se administre un medicamento «según necesidades previa indicación médica», anotar el motivo de la administración.
- ✓ No olvidar nunca la responsabilidad legal.



14. No administrar medicamentos bajo órdenes verbales. Las ordenes siempre deben estar por escrito con la firma del médico tratante antes de administrar cualquier fármaco, en caso de tratarse de una urgencia el fármaco se administrará y se anotará en la hoja de enfermería y se deberá conseguir la firma del médico tratante lo antes posible.



15. Educar al paciente y su familia sobre el fármaco que se administra. Aprovechar la instancia de internación para resaltar la necesidad de una administración "constante y oportuna".



5.1.2. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS: INSUFICIENCIA RESPIRATORIA- NEUMONÍA - BRONQUIECTASIA

INFECTADA-ASMA - EPOC-TBC (CODIGO: PCEP-02)

I. ASPECTOS GENERALES:

a. Insuficiencia Respiratoria:

es la incapacidad del sistema respiratorio de cumplir su función básica, que es el intercambio gaseoso de oxígeno y dióxido de carbono entre el aire ambiental y la sangre circulante, ésta debe realizarse en forma eficaz y adecuada a las necesidades metabólicas del organismo, teniendo en cuenta la edad, los antecedentes y la altitud en que se encuentra el paciente.

- ✓ **Signos y Síntomas:** hipoxemia, cianosis, cefalea, desorientación temporoespacial, incoordinación motora, disminución de la capacidad intelectual, bradipsiquia, irritabilidad, ansiedad, somnolencia, estupor o coma, ashenia, taquicardia, hipertensión arterial y oliguria.

b. Neumonía:

Es la inflamación de las vías respiratorias bajas que afectan el parénquima pulmonar, incluyendo alvéolos y estructuras de soporte. Pueden deberse a una amplia variedad de agentes etiológicos, incluyendo bacterias, virus, hongos y micro bacterias.

Su clasificación indica en el lugar donde se adquiere:

- ✓ NEUMONÍA ADQUIRIDA EN LA COMUNIDAD (NAC).
- ✓ NEUMONÍA ADQUIRIDA EN EL HOSPITAL (NIH).
- ✓ **Signos y Síntomas:** Tos, fiebre, expectoración, tos productiva; dolor torácico (aumento con los movimientos de la respiración).

c. Bronquiectasia infectada:

Es la dilatación crónica de los bronquios caracterizada por la destrucción de los elementos elásticos y, musculares bronquiales está precedida por infección respiratoria que produce que la mucosa bronquial sea reemplazada por tejido fibrótico cicatrizal.

- ✓ **Signos y Síntomas:** Muy característicos tales como tos constante y duradera (crónica) o ataques de tos periódicos con grandes cantidades de expectoraciones purulentas y de olor desagradable.

d. Asma:

El asma es una enfermedad crónica obstructiva reversible, caracterizada por un aumento de respuesta e inflamación de las vías respiratorias bajas manifiesta por respiraciones laboriosas, disnea y tos irritante, debido a una reducción del diámetro de las vías aéreas (bronquios) esto causa una disminución del flujo de aire que entra y sale de los pulmones. Los síntomas pueden sobrevenir varias veces al día o a la semana, y en algunas personas se agravan durante la actividad o por la noche.

- ✓ **Signos y Síntomas:** Tos, disneas, sibilancias bilaterales.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

e. Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC):

También se la conoce como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquitis crónica o isquemia se caracteriza por la presencia de un proceso inflamatorio crónico irreversible que afecta las vías aéreas, el parénquima y la circulación pulmonar; disminuye la elasticidad de los pulmones, puede conducir a insuficiencia respiratoria aguda.

- ✓ **Signos y Síntomas:** puede provocar disnea, producción moco, tos, silbido al respirar, presión en el pecho, color azul en los labios o los lechos ungüales (cianosis), falta de energía, pérdida de peso involuntaria (en los estadios más avanzados), hinchazón en los tobillos, los pies o las piernas.

f. Tuberculosis:

Es una enfermedad infecciosa pulmonar y extra pulmonar crónica adquirida por inhalación en el interior de la estructura alveolar del pulmón.

- ✓ **Signos y Síntomas:** Tos intensa que dura 3 semanas o más, dolor en el pecho, tos con sangre o esputo (flema desde el fondo de los pulmones), debilidad cansancio, pérdida de, de apetito, escalofríos, fiebre, sudor durante la noche.

II. POBLACION OBJETIVA:

- ✓ Pacientes adultos que acuden al Servicio de Hospitalización Medicina de Adultos con Patologías Respiratorias: Insuficiencia respiratoria, Neumonía, Bronquiectasia Infecciosa, Asma, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), Tuberculosis.

III. OBJETIVOS:

- ✓ Brindar atención oportuna, segura, integral y de calidad para mejorar el estado de salud del paciente adulto, beneficiando la permeabilidad de las vías aéreas.
- ✓ Garantizar la calidad de intervención de Enfermería en forma efectiva y humanística programada.
- ✓ Unificar criterios de atención de Enfermería a pacientes con Patologías Respiratorias.

IV. PERSONA RESPONSABLE

- ✓ Licenciadas (o) en Enfermería.



PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES. r/c: ✓ Desequilibrio ventilo perfusión. ✓ Cambios en la membrana alveolo capilar. Evidenciado por: ✓ Hipoxemia. ✓ taquicardia. ✓ respiratorio anormal, aleteo nasal. ✓ Color de la piel anormal. ✓ Ph arterial anormal. Dominio 03: ✓ Eliminación e intercambio. Clase 04: ✓ Función respiratoria.	Código: (0402) ✓ Estado Respiratorio: Intercambio gaseoso: Código: (0408) ✓ Perfusion tisular pulmonar: ✓ Adecuado intercambio gaseoso.	(3140) MANEJO DE LAS VÍA AEREA: ✓ Valore el nivel de conciencia con la Escala Niveles de Conciencia. (anexo 8). ✓ Valore el Nivel de Sedación con la Escala RASS. (anexo 9). ✓ Valore patrón respiratorio y riesgo de aspiración. (anexo 10). ✓ Ausculte sonidos respiratorios; observando las áreas de disminución o ausencias de ventilación y la presencia de sonidos adventicios. ✓ Administre broncodilatadores según prescripción. ✓ Administre O2 humidificados según corresponda (CBN, MV, MIR). ✓ Coloque al paciente en una posición que alivie la disnea. ✓ Vigile el estado respiratorio de oxigenación. ✓ Monitoree la P/A, FC, T° y FR. ✓ Valore la necesidad de ventilación mecánica y tener en operativo el Ventilador Mecánico y la bolsa de reanimación. ✓ Mantenga normas universales de bioseguridad. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Trastorno sensorial. ✓ Hipoxemia. ✓ paro cardio respiratorio.	✓ 040210 Ph arterial. ✓ 040208 PaO2. ✓ 040209 Paco2. ✓ 040211 Saturación de O2. ✓ 040206 Cianosis ✓ 040815 Frecuencia respiratoria ✓ 040814 ritmo respiratorio.

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00032 PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/c: ✓ Hiperventilación y síndrome hipo ventilación. ✓ Ansiedad, fatiga y dolor. ✓ Deformidad de la pared torácica. ✓ Lesión neurológica. ✓ Inmadurez neurológica. ✓ Lesión de la medula espinal. Evidenciado por: ✓ Alteración de frecuencia y ritmo. ✓ Respiratoria anormal. ✓ Disnea, hiperventilación, taquipnea Patrón 04: ✓ Actividad – ejercicio Dominio 4: ✓ Actividad – Reposo.	Código (0415) ✓ Estado Respiratorio: Código: (0403) ✓ Estado respiratorio: Ventilación.	(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de respiración. ✓ Ausculte los sonidos respiratorios anotando las áreas de disminución o ausencia de ventilación y presencia de ruidos adventicios o respiración ruda. ✓ Observe si aumenta la intranquilidad, ansiedad o falta de aire. ✓ Registre los movimientos torácicos (simetría, músculos accesorios y retracciones de músculos intercostal y supraclavicular). ✓ Observe si hay disnea y si hay mejoría o empeoran, llenado capilar. ✓ Monitoree los signos vitales: (Frecuencia Cardíaca, frecuencia respiratoria, Presión Arterial y, saturación de Oxígeno). (3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Coloque en Posición adecuada al paciente (fowler, semi fowler). ✓ Elimine secreciones bucales. ✓ Administre oxígeno complementario según prescripción. ✓ Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial).	✓ Paro respiratorio. ✓ Hipoxemia. ✓ Insuficiencia respiratoria aguda ✓ Hiperventilación. ✓ Trastorno sensorial.	✓ 041501 frecuencia respiratoria. ✓ 041508 saturación de oxígeno. ✓ 041532 vías aéreas permeables.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Clase 4 ✓ Respuesta cardiovascular/pulmonar		✓ Estimule la tos. ✓ Observe signos de hipo ventilación inducida por oxígeno. ✓ Observe signos de toxicidad por oxígeno y atelectasia por absorción. (1400) MANEJO DE DOLOR. ✓ Evaluó el nivel del dolor con Escala de EVA. (anexo 11). ✓ Canalicé una vía periférica venosa con catéter de número 16 - 18, según guía de procedimientos ✓ Administre analgésico según prescripción. ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (anexo 6). ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VIAS AEREAS. r/c: ✓ Mucosidad excesiva. ✓ Cuerpo extraño en vías aéreas. ✓ Retención de secreciones bronquiales y vía aérea artificial. ✓ Infección del tracto respiratorio. Evidenciado por: ✓ Sibilantes. ✓ Roncantes. ✓ Agitación ✓ Ausencia de tos. ✓ Cianosis ✓ Disnea. ✓ Ruidos respiratorios adventicios. ✓ Tos inefectiva. Dominio 11: ✓ Seguridad - Protección. Clase 2: ✓ Lesión Física.	Código: (0410) ✓ Estado respiratorio: ➢ Permeabilidad de las vías respiratorias.	(3160) ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS: ✓ Determine la necesidad de aspiración. ✓ Ausculte los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ✓ Disponga precauciones universales: guantes, gafas y mascarar. ✓ Realice aspiración a libre demanda. ✓ Hiperoxigene con oxígeno al 100% durante menos 30 segundos mediante la utilización del ventilador o bolsa de reanimación manual antes de cada aspiración. ✓ Monitoree el estado de oxigenación del paciente. ✓ Cuantifique, observe: el color, cantidad y consistencia de secreciones. ✓ Recolecte muestras de secreciones para su cultivo. ✓ Monitoree el estado de oxigenación del paciente del paciente (niveles de SpO2), estado neurológico, estado hemodinámico, antes y después de cada aspiración. ✓ Detenga la aspiración traqueal y suministrar oxígeno suplementario si el paciente experimenta bradicardia, aumento de extrasístoles ventriculares y lo desaturación. ✓ Mantenga normas universales de bioseguridad por parte del personal de salud.	✓ Paro cardio respiratorio. ✓ Insuficiencia respiratoria aguda. ✓ Obstrucción vía aérea.	✓ 041012 capacidad de eliminar secreciones. ✓ 041019 tos. ✓ 041004 frecuencia respiratoria. ✓ 041005 ritmo respiratorio.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES: ✓ Controla periódicamente de FR, FC, P/A, T°, oximetría de pulso, (AGA) y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría). (7690) INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO: ✓ Coordine la toma de Radiografías. ✓ Coordine la toma de muestras de análisis por laboratorio (hemogramas y bioquímica). (3200) PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN: ✓ Realice aspiración de secreciones a demanda. ✓ Valore la permeabilidad de la vía aérea. ✓ Coloque oxígeno según requerimiento. ✓ Realice nebulizaciones según prescripción médica. ✓ Realice cambios posturales. (anexo 4). ✓ Realice Fisioterapia respiratoria (respiraciones profundas, vibraciones y espiraciones forzadas) para movilizar secreciones. ✓ Mantenga un ambiente ventilado y sin corrientes artificiales de aire.		



PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		✓ Registre en la hoja de evolución de enfermería (0403) ESTADO RESPIRATORIO: VENTILACIÓN ✓ Mantenga al paciente hidratado para facilitar la expulsión de secreciones. ✓ Administre medicación: terapia - inhalatoria. Según prescripción médica. ✓ Destete de la ventilación mecánica. ✓ Monitoree periódicamente la frecuencia y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría), SAT02, disnea. (3230) FISIOTERAPIA TORÁCICA: ✓ Administre oxigenoterapia en forma continua. ✓ Nebulice con broncodilatadores o suero fisiológico según indicación. ✓ Realice fisioterapia respiratoria (Drenaje postural, percusión y vibración) después de cada nebulización. ✓ Estimule la ingesta de líquidos tibios, excepto cuando exista contraindicaciones. ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica (anexo 6). ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.		

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 000298 DISMINUCION DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c: ✓ Desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno. ✓ Deterioro de la movilidad física. ✓ Disminución de la fuerza muscular Evidenciado por: ✓ Cambios electrocardiograma ✓ Frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad. Dominio 4: ✓ Actividad - reposo Clase 4: ✓ Respuestas: Cardiovascular/pulmonar.	Código: (0005) ✓ Tolerancia de la actividad.	(3350) MONITORIZACION RESPIRATORIA: ✓ Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ✓ Monitoree los patrones de respiración. Bradipnea, taquipnea, hiperventilación. (3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Mantenga la permeabilidad de las vías aéreas. ✓ Administre oxígeno suplementario según corresponda. ✓ Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsímetro gasometría arterial, según corresponda). ✓ Compruebe la capacidad del paciente para tolerar la suspensión de la administración de oxígeno mientras come. (0200) FOMENTO DEL EJERCICIO: ✓ Acompañe al paciente durante periodos agudos de falta de aire. ✓ Eduque al paciente las técnicas respiratorias eficaces como respiración diafragmática y con los labios fruncidos. ✓ Limite las visitas si es necesario.	✓ Ansiedad. ✓ Desaturación. ✓ Disnea.	✓ 000501 saturación de oxígeno en respuesta a la actividad. ✓ 000507 color de piel. ✓ 000508 esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad.



PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00146 ANSIEDAD r/c: ✓ Dolor, estresores, uso inadecuados de sustancias, trastornos mentales. Evidenciado por: ✓ Falta de aire y temor a la muerte. ✓ Disnea al esfuerzo Dominio 9: ✓ Afrontamiento/tolerancia al Estrés Clase 2: ✓ Respuestas de afrontamiento.	Código: (1211) ✓ Nivel de Ansiedad	(4920) ESCUCHA ACTIVA: ✓ Valore el nivel de ansiedad del paciente, con la Escala de Hamilton. (anexo 12). ✓ Mostrar interés por el paciente. ✓ Estimule al paciente a plantear cuestiones y expresar sentimientos. ✓ Establecer el propósito de la interacción ✓ Identificar los temas predominantes. (5270) APOYO EMOCIONAL: ✓ Proporcione un ambiente tranquilo. ✓ Eduque sobre su enfermedad, tratamiento y procedimientos que se le realizarán. ✓ Proporcione apoyo emocional. ✓ Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. ✓ Animar al paciente a que exprese los sentimientos tales como la ansiedad, ira y tristeza ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Agitación. ✓ Estrés. ✓ Depresión. ✓ Bloqueo del pensamiento. ✓ hiperventilación. ✓ Inquietud.	✓ 121133 Nerviosismo. ✓ 121121 aumento de la frecuencia respiratoria. ✓ 121117 ansiedad verbalizada.

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PATOLOGÍAS RESPIRATORIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00039 RIESGO DE ASPIRACIÓN f/r: ✓ Disminución de la motilidad gastrointestinal ✓ Accidente cerebrovascular. ✓ Dificultad en la deglución. ✓ Disminución del nivel de consciencia. ✓ Limpieza ineficaz de las vías aéreas. ✓ Traqueotomía.	Código: (1935) ✓ Control del riesgo: aspiración Código: (0410) ✓ Estado Respiratorio: ➢ Permeabilidad de la Vía Aérea.	(3200) PRECAUCIONES PARA EVITAR LA ASPIRACIÓN. ✓ Valore el riesgo de aspiración. (anexo 10). (2620) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA: ✓ Vigile el nivel de conciencia. (anexo 8). (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA. ✓ Monitoree parámetros hemodinámicos; FR, SAT02, FC. (3140) MANEJO DE VÍA AÉREA: ✓ Emplear precauciones universales de bioseguridad. ✓ Ausculte ruidos respiratorios y presencia de sonidos adventicios. ✓ Coloque al paciente en posición semi fowler para facilitar la aspiración. ✓ Realice aspiración secreciones de tubo oro traqueal, traqueotomía si es necesario. ✓ Vigile el estado respiratorio y oxigenación según corresponda.	✓ Insuficiencia respiratoria complicada ✓ Distrés respiratorio.	✓ 193502 identifica los factores de riesgo de aspiración. ✓ 193504 notifica a otros sobre sus dificultades para tragar. ✓ 193503 reconoce los factores de riesgo personal de aspiración.

Dominio 11:

✓ Seguridad - Protección.

Clase 2:

✓ Lesión Física.



 HEAV HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación - 2021-2023 - editado por: T. Heather Herdman, phd, RN, FNI y Shigemi Kam'rtsuru phd, RN, FNI.12ª edición 2022.
2. Clasificación de resultados de enfermería NOC-medición de resultados en salud, sexta edición-editado Sue Moorhead.Elizabeth Swanson. Marion Johnson.2018
3. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC, séptima edición editado por Howard Butcher, Gloria M. Bulechek.2018.
4. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
5. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2021 - 2023.
www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_mc.
6. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE AUDITORÍA DE LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN SALUD - NTS N 029-MINSA/D1GEPRES-V.02.
7. NORMA TÉCNICA DE SALUD DE LA GESTIÓN PARA LA HISTORIA CLÍNICA - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.02.
 - a. ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.
8. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<http://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
9. Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31>
10. Escalas de sedación y analgesia. Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación / sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.





PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital Vitarte

ANEXO. 07

IDENTIFICACIÓN Y REGISTRO DE RIESGOS

NOMBRE DEL PACIENTE:

EDAD: GRADO DE DEPENDENCIA: I II III IV

MEDICO TRATANTE:

Lic. ENFERMERÍA:

TEC EN ENFERMERÍA:

VALORACION DE DOLOR



VALORACION DE RIESGOS

	ALTO	MEDIO	BAJO
RIESGO DE ASPIRACION			
RIESGO DE LPP			
RIESGO DE CAIDA			



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

ANEXO. 08

VALORACIÓN DE NIVELES DE CONCIENCIA

Valoración del estado de conciencia:

La conciencia es el estado en que la persona se da cuenta de sí misma y del entorno que le rodea, está alerta, es decir despierto, con una actitud mental intelectual y afectiva suficiente para responder a los estímulos internos y externos.

La valoración del estado de conciencia es un examen del estado mental, trata de establecer posibles relaciones entre la disfunción neurológica y el grado de desarrollo del paciente, para determinar problemas reales y potenciales y poder desarrollar un plan de cuidados específicos para cada paciente.

CLASIFICACION DE LOS NIVELES DE CONCIENCIA	
CATEGORIA	CARACTERISTICAS
ALERTA	El paciente responde de manera natural a mínimos estímulos externos.
LETARGO	Paciente somnoliento e inactivo necesita en estímulo más intenso para despertar
EMBOTAMIENTO	Indiferencia a los estímulos externos, mantiene la respuesta fugazmente
ESTUPOR	Solo despierta con estímulos externos intensos y continuos.
COMA	La estimulación energética no produce ninguna respuesta nerviosa voluntaria.
Fuente: Urden linda D. Valoración Neurológica y Proceso Diagnostico, Cuidados Intensivos en Enfermería. 2da Ed. Harcourt Prace 1998.	



ANEXO. 09
ESCALA RASS DE SEDACIÓN - AGITACIÓN

La escala de la agitación y sedación Richmond (o RASS inglés Richmond Agitation - Sedation Scale") es una escala utilizada, por la medicina, para evaluar el grado de sedación y agitación de un paciente con necesidad de cuidados críticos o está bajo agitación psicomotora. Consiste en un método de evaluación de la agitación o la sedación de los pacientes que utilizan tres pasos claramente definidos que determinan una puntuación que oscila.

A diferencia de otras escalas la RASS utiliza como parámetro el tiempo que se mantiene el contacto visual con el paciente, para medir el nivel de sedación.

Escala DE RASS de Sedación - Agitación (de Richmond)	
+4	Combativo, ansioso, violento.
+3	Muy agitado, intenta retirarse los catéteres, el TET, 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 segundos.
-2	<u>Sedación ligera.</u> Despierta a la voz no mantiene los ojos abiertos más de 10 segundos.
-3	<u>Sedación moderada.</u> Se mueve y abre los ojos a la llamada, no dirige la mirada.
-4	<u>Sedación profunda.</u> No responde a la voz abre los ojos a la estimulación física.
-5	<u>Sedación muy profunda.</u> No responde a la estimulación física.





ANEXO. 10
VALORACIÓN RIESGO DE ASPIRACIÓN

CRITERIO DE EVALUACION	VARIABLES	PUNTAJE
DISMINUCION DEL NIVEL DE CONCIENCIA	SI _____	1
	NO	0
* TIPO DE CIRUGIA	CIRUGIA DE URGENCIA	1
	CIRUGIA ESÓFAGO, ABDOMINAL ALTA	1
	CIRUGIA O TRAUMATISMO FACIAL, ORAL O DE CUELLO	1
	NINGUNO	
DEFICIT NEUROMUSCULAR	ENFERMEDADES NEUROMUSCULARES	1
	DEPRESIÓN DE LOS REFLEJOS NAUSEOSOS Y TUSIGENO	1
	DETERIORO DE LA DEGLUCIÓN	1
DETERIORO DE LA FUNCION DIGESTIVA	NINGUNO	
	AUMENTO DE LA PRESIÓN INTRAGÁSTRICA	1
	RETRASO DEL VACIADO GÁSTRICO	1
	NORMAL	0
POSICION	SITUACIONES QUE IMPIDEN LA ELEVACIÓN DE LA PARTE SUPERIOR DEL CUERPO	1
	REPOSO ABSOLUTO POSTRADO	1
	TRANQUILIZANTES, SEDANTES	1
MEDICAMENTOS	ANTICOLINERGICOS	1
	ANTIPARKINSONIANOS, ANTIDEPRESIVOS, OTROS	1
	NINGUNO	
MECANISMOS INVASIVOS	PRESENCIA DE TUBO DE TRAQUEOTOMIA O ENDOTRAQUEAL	1
	PRESENCIA DE SONDAS GASTRICAS	1
ALIMENTACIÓN	NPO (NADA POR VÍA ORAL)	0
	ALIMENTACION POR Sonda	1
	ALIMENTACION POR Sonda NASOGASTRICA	1
OTRAS ENTIDADES		1
TOTAL PUNTAJE		



ANEXO. 11

ESCALA VISUAL ANALÓGICA DEL DOLOR (EVA)

La Escala Visual Analógica (EVA) permite medir la intensidad del dolor que describe el paciente con la máxima reproducibilidad entre los observadores.

Consiste en una línea horizontal de 10 centímetros, en cuyos extremos se encuentran las expresiones extremas de un síntoma. En el izquierdo se ubica la ausencia o menor Intensidad y en el derecho la mayor Intensidad. Se pide al paciente que marque en la línea el punto que indique la intensidad y se mide con una regla milimetrada. La intensidad se expresa en centímetros o milímetros.

La valoración será:

- ✓ **Dolor leve:** Si el paciente puntúa el dolor como menor de 3.
- ✓ **Dolor moderado:** Si la valoración se sitúa entre 4 y 7.
- ✓ **Dolor severo:** Si la valoración es igual o superior a 8.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	--	--

ANEXO. 12

ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON

Se trata de una escala hetero administrada por un clínico tras una entrevista. El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (Ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (Ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13). Es aconsejable distinguir entre ambos a la hora de valorar los resultados de la misma. No existen puntos de corte. Una mayor puntuación indica una mayor intensidad de la ansiedad. Es sensible a las variaciones a través del tiempo o tras recibir tratamiento.

Instrucciones para el profesional:

Seleccione para cada ítem la puntuación que corresponda según su experiencia. Las definiciones que siguen al entintado del ítem son ejemplos que sirven de guía.

Marque en el casillero situado a la derecha la cifra que defina mejor la intensidad de cada síntoma en el paciente.

Todos los ítems tienen ser puntuados.

Escala de Ansiedad de Hamilton

Indique la intensidad con que se cumplieron o no durante el último mes. Los síntomas que se describen en cada uno de los 14 ítems:

0. Ausente
1. Intensidad ligera
2. Intensidad media
3. Intensidad elevada
4. Intensidad máxima (invalidante)



ANEXO. 13
VALORACION DE LOS SINTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD

SÍNTOMAS DE LOS ESTADOS DE ANSIEDAD		Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy grave/ Incapacitante
1	ESTADO DE ÁNIMO ANSIOSO Preocupaciones, anticipación de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	0	1	2	3	4
2	TENSION. Sensación de tensión imposibilidad de relajarse, reacciones con sobresalto, llanto fácil, temblores, sensación de inquietud.	0	1	2	3	4
3	TEMORES A la oscuridad, a los desconocidos, a quedarse solo, a los animales grandes, al tráfico, a las multitudes.	0	1	2	3	4
4	INSOMNIO. Dificultad para dormirse, sueño interrumpido, sueño insatisfactorio y cansancio al despertar.	0	1	2	3	4
5	INTELLECTUAL (COGNITIVO) Dificultad para concentrarse, mala memoria.	0	1	2	3	4
6	ESTADO DE ANIMO DEPRIMIDO. Pérdida de interés, insatisfacción en las diversiones, depresión, despertar prematuro, cambios de humor durante el día.	0	1	2	3	4
7	SINTOMAS SOMATICOS GENERALES (MUSCULARES) Dolores y molestias musculares, rigidez muscular contracciones musculares sacudidas clónicas, crujidos de dientes, voz temblosa.	0	1	2	3	4
8	SÍNTOMAS SOMATICOS GENERALES (SENSORIALES) Zumbidos de oídos, visión borrosa, sofocos y escalofríos, sensación de debilidad sensación de hormigueo.	0	1	2	3	4
9	SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES. Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho latidos vasculares, sensación de desmayo, extrasístole.	0	1	2	3	4



10.	SINTOMAS RESPIRATORIOS. Opresión o constricción en el pecho sensación de ahogo suspiros, disnea.	0	1	2	3	4
11	SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES. Dificultad para tragar, gases, dispepsia dolor antes y después de comer, sensación de ardor sensación de estómago lleno, vómitos acuosos, vómitos, sensación de estómago vacío, digestión lenta, borborigmos (ruido intestinal), diarrea, pérdida de peso, estreñimiento.	0	1	2	3	4
12	SÍNTOMAS GENITOURINARIOS. Micción frecuente, micción urgente, amenorrea, menorragia aparición de la frigidez eyaculación precoz, ausencia de erección, impotencia.	0	1	2	3	4
13	SINTOMAS AUTONOMOS. Boca seca, rubor, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefaleas de tensión, piloerección (pelos de punta)	0	1	2	3	4
14	COMPORTAMIENTO EN LA ENTREVISTA (GENERAL Y FISIOLÓGICO) Tenso, no relajado, agitación nerviosa: manos, dedos cogidos, apretados, tics, enrollar un pañuelo; inquietud; pasearse de un lado a otro, temblor de manos, ceño fruncido, cara tirante, aumento del tono muscular, suspiros, palidez facial. Tragar saliva, eructar, taquicardia de reposo, frecuencia respiratoria por encima de 20 res/min sacudidas enérgicas de tendones temblor pupilas dilatadas, exoftalmos (proyección anormal del globo del ojo), sudor, tics en los párpados.	0	1	2	3	4

Ansiedad psíquica	
Ansiedad somática	
PUNTUACIÓN TOTAL	

Si su puntaje es igual o mayor a 18 es aconsejable que
consulte con un especialista en Salud Mental
(Psiquiatra o Psicólogo) para que le realice una
evaluación diagnóstica ya que puede estar
padeciendo un Trastorno de Ansiedad.



5.1.3. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS: LEUCEMIA, LUPUS ERIEMATOSO SISTEMICO (LES), PANCITOPENIA, VIH Y SIDA (CODIGO: PCEP-03)

I. ASPECTOS GENERALES:

ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS:

Hemopatías malignas: Linfoma no Hodgkin, mieloma, leucemia, hemopatía no neoplásica: Aplasia medular, inmunodeficiencia, neutropenia.

ENFERMEDADES AUTOINMUNES:

Alzheimer, Parkinson, Esclerosis, Miastenia graves, Síndrome de Guillain Barre, Enfermedad celíaca, Artritis reumatoide, psoriasis, diabetes tipo I.

1. Artritis séptica:

Es la reacción inflamatoria de la superficie articular provocada por la presencia de diferente micro organismos. La artritis séptica está considerada como una emergencia reumatológica ya que puede conducir a la rápida destrucción articular y pérdida funcional irreversible.

2. Leucemia:

La leucemia consiste en la proliferación incontrolada de una población anómala de células de la sangre. Estas células anómalas infiltran la médula ósea, impidiendo la producción de las restantes células normales, e invaden la sangre y otros órganos. La leucemia puede afectar uno de los dos tipos principales de glóbulos blancos: las células linfoides o las células mieloides.

3. Lupus eritematoso sistémico (LES):

Es una enfermedad autoinmune crónica. En el lupus, el sistema inmunológico ataca a las células del organismo y los tejidos, se caracteriza por la presencia de episodios periódicos de inflamación y daños en las articulaciones, los tendones, otros tejidos conjuntivos y determinados órganos, entre los que se incluyen el corazón, los pulmones, los vasos sanguíneos, el cerebro, los riñones y la piel.

4. Pancitopenia:

Es una enfermedad en la que el paciente tiene bajo los niveles de glóbulos rojos, glóbulos blancos y plaquetas. La pancitopenia tiene muchas causas posibles y es muy importante determinar la causa en cada caso para elegir, el tratamiento adecuado.

5. VIH y SIDA:

El VIH significa "virus de la inmunodeficiencia humana". El VIH es diferente a la mayoría de los virus porque ataca el sistema inmunitario. El VIH encuentra y destruye un tipo particular de glóbulos blancos (las células T o CD4). El término SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA representa la etapa final de la infección por el VIH.

II. CUADRO CLINICO

Síntomas de las autoinmunes:

- ✓ Cambio de humor: irritabilidad, desaliento.
- ✓ Inflamación articular.
- ✓ Dolor.
- ✓ Rigidez.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

- ✓ Deformación.
- ✓ Fatiga.
- ✓ Pérdida de fuerza: debilidad muscular.
- ✓ Parálisis de músculo respiratorio.
- ✓ Diarrea.
- ✓ pérdida de peso.
- ✓ Pérdida de apetito.

Síntomas de las hemáticas.

- ✓ Pérdida de peso.
- ✓ Fiebre.
- ✓ Cansancio.
- ✓ Debilidad.
- ✓ Cefalea.
- ✓ Parestesia.
- ✓ Confusión.
- ✓ Disminución del grado de conciencia.
- ✓ Vértigo.
- ✓ Sangrado: epistaxis.
- ✓ Insuficiencia cardíaca congestiva.
- ✓ Dolor esternal.
- ✓ Disnea.
- ✓ Metrorragia.
- ✓ Artritis.
- ✓ Artralgia.
- ✓ Dolor.

III. POBLACIÓN OBJETIVO:

Pacientes jóvenes, adultos, adultos mayores que acuden al servicio de Hospitalización Medicina con Enfermedades Hematológicas o Inmunitarias: Leucemia, Lupus Eritematoso Sistémico (LES), Pancytopenia, VIH y SIDA.

IV. OBJETIVO:

- ✓ Establecer Cuidados de Enfermería a los Pacientes con Enfermedades Hematológicas e Inmunitarias.
- ✓ Brindar atención de Enfermería en forma integral, aplicando principios éticos y bioéticos durante las intervenciones.
- ✓ Reducir riesgo de complicaciones.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

Licenciada(o) en Enfermería.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00002) DESEQUILIBRIO NUTRICIONAL: Inferior a las necesidades corporales r/c: ☒ Aporte nutricional inadecuado. ☒ Alteración de la percepción del gusto. ☒ Cavidad bucal lesionada Evidenciados por: ☒ Diarrea, letargia, dolor abdominal. ☒ Hipotonía muscular. ☒ Palidez de mucosas.	Código (1009) Estado Nutricional: ☒ Ingestión de nutrientes.	(CÓDIGO (1160)) MONITORIZACIÓN NUTRICIONAL: ☒ Pesar al paciente. ☒ Identifique anomalías de la piel (hematomas, mala cicatrización de las heridas y hemorragia). ☒ Observe la presencia de náuseas y vómitos. ☒ Identifique anomalías de la defecación (diarrea sangre, moco y defecación irregular y doloroso). ☒ Monitoree la ingesta calórica y dietética. ☒ Determine patrones de comida (gustos). ☒ Evalúe la deglución. ☒ Identifique anomalías de la cavidad oral. ☒ Evalúe el estado mental. ☒ Monitoree pruebas de laboratorio. ☒ Registre en las notas de evolución de enfermería.	☒ Desnutrición. ☒ Hipoglucemia.	☒ 100901 Ingestión calórica. ☒ 100902 Ingestión proteico. ☒ 100904 ingestión de hidratos de carbono. ☒ 100905 Ingesta de vitaminas.
Domino:02 ☒ Nutrición				
Clase: 01 ☒ Ingestión.				



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00025) RIESGO DE DESEQUILIBRIO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS f/r: ✓ Pérdida activa del volumen de líquidos. ✓ Alteración de la ingesta de líquidos. ✓ Régimen terapéutico. ✓ Pérdida excesiva de líquidos a través de las vías normales.	CÓDIGO (0601) ✓ Equilibrio hídrico. CODIGO (0602) ✓ Hidratación.	CÓDIGO (460) MANEJO DE LA DIARREA: ✓ Determine la historia de la diarrea. ✓ Eduque al paciente el uso correcto de los medicamentos antidiarreicos. ✓ Solicite al paciente/familiares que registren el color, volumen, frecuencia y consistencia de las deposiciones. ✓ Identifique los factores (medicamentos, bacterias y alimentación por sonda) que puedan ocasionar o contribuir la existencia de la diarrea. ✓ Observe si hay signos y síntomas de diarrea. ✓ Ordene al paciente que notifique al personal cada episodio de diarrea que se produzca. ✓ Observe la turgencia de la piel con regularidad. ✓ Observe la piel perianal para ver si hay irritación o ulceración. ✓ Cuantifique la producción de diarrea/defecación. ✓ Notifique al médico cualquier aumento de frecuencia o tono de los sonidos intestinales.	✓ Shock ✓ Desequilibrio hidroelectrolítico. ✓ Sequedad de las mucosas.	✓ 060117 humedad de membranas mucosas ✓ 060101 presión arterial. ✓ 060118 Electrolitos séricos.
Domino: 02 ✓ Nutrición.				
Clase: 05 ✓ Hidratación.				



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		CÓDIGO (4180) MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA: ✓ Pese a diario al paciente. ✓ Monitoree el estado hemodinámico, incluyendo frecuencia cardíaca, PA, PAM, PVC, según disponibilidad. ✓ Monitoree los signos de deshidratación (p. ej., escasa turgencia cutánea, retraso del relleno capilar, pulso débil/filiforme, sed intensa, sequedad de mucosas y oliguria). ✓ Vigile las fuentes de pérdida de líquido (p. ej., hemorragia, vómitos, diarrea, diaforesis, taquipnea). ✓ Monitoree las entradas y salidas. ✓ Monitoree el sitio de inserción del dispositivo de acceso vascular en busca de infiltración, flebitis e infección, según corresponda. ✓ Monitoree la presencia de datos laboratorio de hemorragia (hemoglobina, hematocrito, pruebas de sangre oculta en heces), si están disponibles. ✓ Monitoree la presencia de datos de laboratorio y clínicos de insuficiencia renal aguda inminente (aumento creatinina, disminución del FG, mioglobinemia y oliguria). ✓ Fomente la ingesta de líquidos por vía oral es decir, distribuir los líquidos durante 24 horas y administrar líquidos con las comidas), salvo contra indicación.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		✓ Mantenga un acceso I.V. permeable. ✓ Administre soluciones isotónicas I.V. prescritas. ✓ Administre las suspensiones de coloides prescritas (albúmina o fracción proteica plasmática) para la reposición del volumen intravascular, según corresponda. ✓ Administre los hemoderivados prescritos para aumentar la presión oncótica plasmática y reponer la volemia, según corresponda. ✓ Monitoree la presencia de datos de hipovolemia y de edema pulmonar durante la rehidratación I.V. ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (anexo 6). ✓ Registre en las notas de evolución de Enfermería.		



 HEAV HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CODIGO (00007) HIPERTERMIA r/c: ✓ Deterioro del estado de salud. ✓ Sepsis ✓ Traumatismo ✓ deshidratación Evidenciado por: ✓ piel caliente al tacto. ✓ Taquicardia, vasodilatación. Domino: 11 ✓ Seguridad/protección. Clase: 06 ✓ Termorregulación.	CODIGO (0800) ✓ TERMORREGULACIÓN. CODIGO (802) ✓ SIGNOS VITALES	CODIGO (3740) TRATAMIENTO DE LA FIEBRE: ✓ Controle la temperatura y otros signos vitales. ✓ Observar el color y la temperatura de la piel ✓ Administre medicamentos o líquidos av. (p.ej. antipiréticos.) ✓ Fomente el consumo de líquidos. ✓ Aplique un baño tibio con esponja. ✓ Garantice que se apliquen las medidas de seguridad si el paciente desarrolla agitación o delirio. CODIGO (3786) TRATAMIENTO DE LA HIPERTERMIA: ✓ Asegurar la permeabilidad de las vías aéreas. ✓ Monitorizar la temperatura corporal. ✓ Aflojar y quitar la ropa. ✓ Administrar líquidos i.v. usado soluciones enfriadas, según corresponda ✓ Registre en las notas de evolución de enfermería.	✓ Deshidratación. ✓ Convulsión.	✓ 080018 disminución de la temperatura cutánea. ✓ 080012 frecuencia del pulso radial. ✓ 080013 frecuencia respiratoria.



GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00047) RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA r/c ✓ Con factores mecánicos, (tracción), Inmovilización física. ✓ Humedad, hipertermia ✓ Malnutrición, edema	CÓDIGO (1101) ✓ Integridad tisular: piel, membranas mucosas.	CÓDIGO (0840) CAMBIO DE POSICIÓN ✓ Coloque sobre un colchón/cama terapéuticos adecuados. ✓ Explique que se le va a cambiar de posición ✓ Anime al paciente a participar en el cambio de posición, según corresponda. (Anexo 4, 5) ✓ Inmovilice o apoye la parte corporal afectada. ✓ Ponga apoyos en las zonas edematosas. ✓ Evite colocar al paciente en una posición que le aumente el dolor. ✓ Realice giros según lo indique el estado de la piel. CÓDIGO (3590) VIGILANCIA DE LA PIEL ✓ Valore riesgos de deterioro de Integridad de la Piel. (Anexo 2, 3) ✓ Observe si hay enrojecimiento, calor extremo, edema en la piel. ✓ Observe si hay zonas de presión y fricción. ✓ Documente los cambios en la piel y las mucosas. ✓ Registre en las notas de evolución de enfermería.	✓ Lesión por presión.	✓ 110111 Perfusion tisular. ✓ 110104 hidratación. ✓ 110113 Integridad de la piel.
Domino:11: ✓ Seguridad/protección. Clase: 02 ✓ Lesión física.				

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES HEMATOLOGICAS E INMUNITARIAS

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00004) RIESGO DE INFECCIÓN f/r: ✓ Alteración de las defensas primarias, secundarias inadecuadas. ✓ Inmunosupresión y procedimientos invasivos. ✓ Leucopenia, anemia, afección crónica.	CÓDIGO (703) ✓ Severidad de la infección.	CÓDIGO (6540) CONTROL DE LAS INFECCIONES ✓ Mantenga técnicas de aislamiento apropiada. ✓ Limite el número de visitas. ✓ Higiene de manos antes y después de cada actividad con cuidados de pacientes. ✓ Ponga en prácticas precauciones universales. ✓ Cambie los sitios de las vías EV periférica y central de acuerdo con las directrices. ✓ Garantice una manipulación aséptica de las vías EV. ✓ Fomente una ingestión nutricional adecuada. ✓ Fomente el reposo en cama. ✓ Administre tratamiento antibiótico según prescripción. ✓ Registre en las notas de evolución de enfermería.	✓ Shock séptico. ✓ Disminución de las defensas del sistema inmunitario.	✓ 070307 fiebre. ✓ 070326 aumento de leucocitos. ✓ 070311 malestar general.

Domino: 11

✓ Seguridad/protección.

Clase: 01

✓ Infección.



 HEAV HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación - 2021-2023 - editado por: T. Heather Herdman, phd. RN, FNI y Shigemi Kamrtsuru phd. RN, FNI. 12ª edición 2022.
2. Clasificación de resultados de enfermería NOC-medición de resultados en salud, sexta edición- editado Sue Moorhead, Elizabeth Swanson. Marion Johnson. 2018
3. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC, séptima edición editado por Howard Butcher, Gloria M. Bulechek. 2018.
4. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA, NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
5. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2021 - 2023.
www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_mc.
6. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud - NTS N 029- MINSA/D1GEPRES-V.O2.
7. Norma técnica de salud de la gestión para la historia clínica - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.O2. escala de ansiedad de hamilton
http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf.
8. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<http://empenium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
9. Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31>
10. Escalas de sedación y analgesia. Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación / sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.



5.1.4. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES: SICA - IMA - TSV – ICC (CODIGO: PCEP-04)

1. ASPECTOS GENERALES:

✓ INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO (IMA):

Infarto significa "necrosis por falta de riego sanguíneo". **Agudo** se refiere a "súbito". **Mio** se refiere a "músculo" Cardio a "corazón". El infarto agudo de miocardio, conocido también como ataque al corazón, es la necrosis o muerte de una porción del músculo cardíaco que se produce cuando se obstruye completamente el flujo sanguíneo en una de las arterias coronarias.

Signos y Síntomas: El síntoma más frecuente del IMA es el dolor torácico presentado de manera repentina y percibida como una presión intensa, pudiendo irradiar hacia brazos, hombros, espalda, cuello y mandíbula. También se incluyen otros síntomas como el dolor epigástrico y la disnea, pudiendo estar acompañados de diaforesis, náuseas o síncope. El IMA también puede presentarse con taquicardia y parada cardiorrespiratoria. Los síntomas del IMA tienen duración mayor de 30 minutos (a diferencia de la angina de pecho que no suele durar más de 20 minutos) y no cesan con el reposo ni la nitroglicerina sublingual.

✓ **SÍNDROME ISQUEMICO CORONARIO AGUDO (SICA):** El Síndrome Coronario agudo es el desbalance entre la suplencia de oxígeno en el Miocardio, ocasionado por un súbito deterioro del flujo sanguíneo coronario que lleva a la isquemia, desarrollado comúnmente por la formación de un trombo sanguíneo sobre la ruptura de una placa aterosclerótica, produciendo obstrucción total o parcial de la luz arterial.

CLASIFICACIÓN:

"IAM con elevación del segmento ST" (IAMCEST) en dos o más derivaciones contiguas o bloqueo de rama izquierda del Haz de His nuevo o presumiblemente nuevo.

"IAM sin elevación del segmento ST" (IAMSEST): depresión del segmento ST o Inversión de la Onda T. Pseudo normalización de la onda o no cambios en EKG; **ANGINA INESTABLE** (no elevación de marcadores de necrosis Miocárdica (CPK, Troponina); IMA SIN ELEVACIÓN DEL ST (elevación de marcadores de necrosis miocárdica).

Signos y Síntomas: Dolor torácico opresivo, intermitente prolongado (mayor 20seg.), irradiado a brazo izquierdo, mandíbula, espalda o epigastrio, Diaforesis, Mareos, Náuseas, Disnea, Síncope.

✓ **TAQUICARDIA SUPRAVENTRICULAR (TSV):** Ocurre cuando el corazón late a una frecuencia de aproximadamente 130 a 250 latidos por minuto. La TSV es un tipo de arritmia (ritmo cardíaco irregular). Es causada por señales eléctricas anormales en el corazón y con frecuencia afecta a personas jóvenes y sanas, (de origen Sinauricular, de origen auricular, de origen aurículoventricular).

Signos y Síntomas: Palpitaciones precordiales, Mareos, o sensación de desmayo, dificultad respiratoria, ansiedad, Dolor de pecho o sensación de presión, debilidad muscular en especial en las piernas, Adormecimiento u hormigueo en las extremidades.

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

Pacientes adultos y adultos mayores que padecen de enfermedades cardiovasculares. (SICA, IMA, TSV, ICC).

III. OBJETIVO

- ✓ Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes con enfermedades cardiovasculares.
- ✓ Ofrece una planificación estándar de cuidados de enfermería apropiada a pacientes que hayan sufrido una enfermedad cardiovascular, y que sirva de guía para proporcionar cuidados de calidad.

IV. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada en Enfermería.



PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00029) DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO r/c: ✓ Alteración de la poscarga. ✓ Alteración de la precarga. ✓ Alteración de la contractibilidad. ✓ Alteración del ritmo cardiaco. ✓ Alteración del volumen de eyección. Evidenciado por: ✓ Piel fría, sudorosa. ✓ Falta de aliento. ✓ Disnea. ✓ Prolongación del tiempo de llenado capilar. ✓ Edema, fatiga ✓ Taquicardia, bradicardia ✓ Alteración de la tensión arterial. ✓ Disminución de los pulsos periféricos.	Código: (0400) ✓ Efectividad de la bomba cardiaca: Código: (0401) ✓ Estado circulatorio:	(4040) CUIDADOS CARDIACOS: ✓ Evalúe dolor torácico con la escala de EVA (intensidad, localización, radiación, duración y factores precipitadores y de alivio). (Anexo 11). ✓ Monitorizar la aparición de cambios del segmento ST en el ECG. ✓ Monitorizar los signos vitales con frecuencia ✓ Observar los signos y síntomas de disminución del gasto gasto cardiaco. ✓ Monitorizar el equilibrio hídrico. ✓ Documentar las arritmias cardiacas. ✓ Administre terapia anti arritmica según prescripción médica indicada. (4066) CUIDADOS CIRCULATORIOS: Insuficiencia Venosa. ✓ Realice una valoración global de la circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edemas, recambio capilar, color y temperatura). ✓ Evalúe los edemas y los pulsos periféricos. ✓ Enseñe al paciente la importancia de la terapia de compensación. ✓ Administre medicación anti plaquetaria o anticoagulante, según prescripción médica. ✓ Administrar agentes inotrópicos positivos, según prescripción médica. ✓ Controle diuresis horaria.	✓ Shock Cardiogénico. ✓ Paro ✓ Cardiorrespiratorio. ✓ Arritmias. ✓ Edema agudo del pulmón ✓ Bloqueos AV	✓ 040002 frecuencia cardiaca. ✓ 040006 pulsos periféricos. ✓ 040012 angina. ✓ 040010 arritmia.

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Dominio 4: ✓ Actividad/ reposo Clase 4: ✓ Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares		(4044) CUIDADOS CARDIACOS: AGUDOS. ✓ Monitoree el ritmo y la frecuencia cardíaca. ✓ Ausculte ruidos cardíacos. ✓ Ausculte los pulmones para ver si hay sonidos precipitantes o adventicios. ✓ Monitorizar el estado neurológico. ✓ Monitorizar la función renal (creatinina y urea) ✓ Extraer muestras para enzimas cardíacas. ✓ Monitoree EKG (Electrocardiograma) de 12 derivaciones. ✓ Controle electrolitos que pueden aumentar el riesgo de disritmias (potasio y magnesio en suero). ✓ Eduque al paciente a que evite actividades que produzcan la maniobra de valsalva. ✓ Evite la formación de trombos periféricos (cambios de posición cada 2 horas). ✓ Administración de anticoagulantes en dosis bajas según prescripción médica.		

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(4254) MANEJO DEL SHOCK: CARDIACO. ✓ Ausculta sonidos pulmonares (presencia de crepitantes y sonidos adventicios). ✓ Anote signos y síntomas de disminución del gasto cardíaco. ✓ Administre fármacos vasoactivos y líquidos cristaloides, según prescripción médica. ✓ Controle las tendencias de los parámetros hemodinámicos. ✓ Monitoree síntomas de perfusión arterial coronaria inadecuada (cambios del segmento ST en EKG, enzimas cardíacas elevadas). ✓ Mantener una vía IV permeable. ✓ Balance Hidroelectrolítico.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA: ✓ Reconoce alteraciones en la presión sanguínea. ✓ Ausculta los pulmones (d/c crepitos y otros) ✓ Eleva la cabecera (30° - 45°). ✓ Administra fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores según prescripción médica. ✓ Coloca un sondaje vesical.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

GUIA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/c: ✓ Fatiga ✓ Ansiedad. ✓ Deterioro muscular esquelético. Evidenciado por: ✓ Hipoxemia, hipoventilación. ✓ Esfuerzo respiratorio, aleteo nasal. ✓ Taquipnea, hiperventilación. Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4 ✓ Respuestas Cardiovascular/ pulmonar.	Código: (0402) ✓ Estado respiratorio: ventilación	(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo en las respiraciones. ✓ Observe si hay fatiga muscular diafragmática. ✓ Compruebe la capacidad del paciente para toser eficazmente. ✓ Anote cambios en la SatO2, y CO2, así como los cambios en gases arteriales. ✓ Instaurar tratamiento de terapia respiratoria. (3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Prepare el equipo oxigenado y administrar a través de un sistema humidificado. ✓ Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsometría, gasometría de sangre arterial) ✓ Observe si hay signos de hipo ventilación inducida por el oxígeno. (3140): MANEJO DE LA VÍA AÉREA: ✓ Coloque la paciente en posición sem Fowler. ✓ Ausculte sonidos respiratorios, denotando presencia, ausencia o disminución de sonidos adventicios. ✓ Eduque al paciente durante los ejercicios de espirómetro. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Insuficiencia respiratoria. ✓ Paro Cardiorrespiratorio	➤ 040301 Frecuencia respiratoria. ➤ 040302 Ritmo respiratorio. ➤ 040303 Profundidad de la respiratoria. ➤ 040309 Utilización de los músculos accesorios. ➤ 040313 Disnea de reposo.

 HEAV HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITarte	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00132 DOLOR AGUDO R/C: ✓ Agentes lesivos biológicos. Evidenciado por: ✓ Incremento de la presión vascular. ✓ Interrupción brusca del aporte de oxígeno a las células miocárdicas. Dominito 12: ✓ Confort Clase 1: ✓ Confort físico.	Código: (1605) ✓ Control del Dolor. Código: (2102) ✓ Nivel del Dolor.	(2300) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ✓ Aplique los 11 principios correctos de administración de medicamentos. (Anexo 6) ✓ Vigile los signos vitales y valores de laboratorio antes y después de la administración de los medicamentos si requiere (1400) MANEJO DEL DOLOR: ✓ Observe las claves no verbales de molestias. ✓ Realice una valoración exhaustiva del dolor con la escala de EVA: localización, características, aparición, duración, frecuencia. (Anexo 11) (6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES: ✓ Controle periódicamente la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio. ✓ Realice EKG, de ser necesario. ✓ Controle periódicamente los ritmos cardíacos, tono y frecuencia.	✓ Desmayos. ✓ Alteración de la presión arterial. ✓ Shock neurológico. ✓ Ansiedad. ✓ Agitación psicomotriz.	✓ 160511 refiere dolor controlado. ✓ 160514 describe el dolor. ✓ 210206 expresiones faciales de dolor.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00200 RIESGO DE DISMINUCION DE LA PERFUSION CARDIACA F/c ✓ Hipovolemia, hipoxia. ✓ Hipertensión, diabetes mellitus. ✓ Espasmo de la arteria coronaria ✓ Cirugía cardiovascular ✓ hiperlipidemia Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuestas Cardiovasculares/pulmonares	Código: (0405) ✓ Perfusion tisular: cardiaca	(4044): CUIDADOS CARDIACOS: AGUDOS. ✓ Monitoree el ritmo y la frecuencia cardiaca. ✓ Ausculte los sonidos cardiacos. ✓ Monitoree la eficacia de la oxigenoterapia. ✓ Monitoree los factores determinantes del aporte de oxígeno (niveles de hemoglobina y gasto cardiaco). ✓ Evite la formación de trombos periféricos mediante cambios posturales cada dos horas y Administre anticoagulantes en pocas cantidades según prescripción médica. ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción. (Anexo 6) ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Infarto del miocardio. ✓ Muerte cardiaca súbita. ✓ Infarto cerebral	✓ 040519 presión arterial media. ✓ 040510 enzimas cardiacas. ✓ 040509 hallazgos de electrocardiograma.

 HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00026 EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS. r/c: ✓ Desviaciones que afectan la eliminación de líquidos. ✓ Ingesta excesiva de líquidos. ✓ Ingesta excesiva de sodio Evidenciado por: ✓ Oliguria, alteración del estado mental, aumento de peso en un corto tiempo ✓ Edemas, disminución de los niveles de hemoglobina sérica. Dominio 2: ✓ Nutrición. Clase 5: ✓ Hidratación.	Código: (0601) ✓ Equilibrio Hídrico	(4120) MANEJO DE LÍQUIDOS: ✓ Pese a diario y controlar la evolución. ✓ Realice Balance Hidroelectrolítico (registro preciso de entradas y salidas). ✓ Monitoree el estado hemodinámico, incluidos los niveles de PVC, PAM, PAP, y PECP, según disponibilidad. ✓ Evalúe la ubicación características y extensión del edema. (2020) MONITORIZACIÓN DE ELECTROLITOS: ✓ Vigile el nivel sérico de electrolitos. ✓ Observe el electrocardiograma para ver si hay cambios relacionados con niveles anormales de potasio, calcio y magnesio. ✓ Mantenga la solución intravenosa. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Edema pulmonar.	✓ 050432 Edema. ✓ 050418 Aumento de peso. ✓ 050402 Balance de ingesta y diuresis en 24 horas. ✓ 060319 Disminución de la diuresis. ✓ 060116 Hidratación cutánea.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00146 ANSIEDAD R/C: ✓ Dolor ✓ estresores. ✓ Trastornos mentales. Evidenciado por: ✓ Expresa tensión, angustia ✓ nerviosismo. ✓ Informa palpitaciones cardiacas. Dominio 9: ✓ Afrontamiento/Tolerancia al estrés. Clase 2: ✓ Respuestas de afrontamiento.	Código: (1211) ✓ Nivel de ansiedad.	(5820) DISMINUCIÓN DE LA ANSIEDAD: ✓ Evalué nivel de ansiedad según escala de Hamilton. (Anexo 12) ✓ Crear un ambiente que facilite la confianza. ✓ Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. ✓ Escuchar con atención. ✓ Eduque al paciente sobre uso de técnicas de relajación, (respiratorias y de posición anatómica). ✓ Comprenda al paciente sobre la situación estresante. ✓ Proporcione información objetiva respecto al diagnóstico, tratamiento y pronóstico. (6480) MANEJO AMBIENTAL: ✓ Identifique las necesidades de seguridad del paciente, según función física. ✓ Controle evitar ruidos indeseables. ✓ Limite las visitas. (2380) MANEJO DE LA MEDICACION: ✓ Administre medicamentos según prescripción médica y 11 correctos. (Anexo 6)	✓ Desmayos. ✓ Alteración de la presión arterial. ✓ Dolor. ✓ Crisis de ansiedad.	✓ 121133 nerviosismo. ✓ 121121 aumento de la frecuencia respiratoria ✓ 121129 trastorno del sueño. ✓ 121117 ansiedad verbalizada.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(6040) TERAPIA DE RELAJACIÓN: ✓ Cree un ambiente tranquilo, sin interrupciones. ✓ Eduque sobre las técnicas de relajación simple. ✓ Recomiende al paciente que se relaje y deje que las sensaciones sucedan espontáneamente. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 000298 DISMINUCION DE LA TOLERANCIA A LA ACTIVIDAD r/c: ✓ Desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno. ✓ Deterioro de la movilidad física. ✓ Disminución de la fuerza muscular Evidenciado por: ✓ Cambios electrocardiograma ✓ Frecuencia cardiaca anormal en respuesta a la actividad. Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares	Código: (0002) ✓ Conservación de la energía. Código: (0005) ✓ Tolerancia de la actividad.	(1800) AYUDA EN EL AUTOCUIDADO: ✓ Compruebe la capacidad del paciente para ejercer autocuidado. ✓ Ayude al paciente en las necesidades de dependencia. ✓ Aliente a la recuperación del autocuidado. ✓ observe las respuestas emocionales, físicas, sociales y espirituales. (4046) CUIDADOS CARDIACOS; REHABILITACIÓN ✓ Compruebe la tolerancia a la actividad del paciente. ✓ Mantenga un programa de deambulación a tolerancia. ✓ Instruya al paciente y familia sobre las limitaciones para levantar peso. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Arritmias. ✓ Cambios en la presión arterial. ✓ Disnea. ✓ Fatiga. ✓ Dolor torácico.	✓ 000501 saturación de oxígeno en respuesta a la actividad. ✓ 000507 color de piel. ✓ 000508 esfuerzo respiratorio en respuesta a la actividad.

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON PROBLEMAS CARDIOVASCULARES

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00303 RIESGO DE CAIDAS DEL ADULTO f/r: ✓ Agitación confusional. ✓ Trastornos mentales. ✓ Enfermedades musculoesqueléticas. ✓ Deterioro del equilibrio postural. Dominio 11: ✓ Seguridad/protección Clase 2: ✓ Lesión física.	Código: (1939) ✓ Control de riesgo caídas	(6486) MANEJO AMBIENTAL: SEGURIDAD. ✓ Identifique las necesidades de seguridad, (función física y cognoscitiva). ✓ Elimine factores de peligro del ambiente. ✓ Ayude la paciente a construir un ambiente seguro. (6490) PREVENCIÓN DE CAÍDAS: ✓ Valore riesgos de caídas. (Anexo 14, 15, 16 y 17) ✓ Controle la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulación. ✓ Instruya al paciente a que pida ayuda rara moverse. ✓ Eduque al paciente a usar dispositivos de ayuda. (6650) VIGILANCIA: SEGURIDAD. ✓ Observe si hay alteraciones de la función física. ✓ Vigile el ambiente: ver si hay peligro potencial para su seguridad. ✓ Comunique acerca de la situación del paciente en su situación de riesgo. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Lesiones Físicas.	✓ 193904 reconoce las posibles consecuencias de las caídas. ✓ 193902 Identifica los factores de riesgo para evitar caídas.

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	--	--

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación - 2021-2023 - editado por: T. Heather Herdman, phd. RN, FNI y Shigemi Kamrtsuru phd. RN, FNI.12ª edición 2022.
2. Clasificación de resultados de enfermería NOC-medición de resultados en salud, sexta edición- editado Sue Moorhead.Elizabeth Swanson. Marion Johnson.2018
3. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC, séptima edición editado por Howard Butcher, Gloria M. Bulechek.2018.
4. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
5. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2021 - 2023.
[www.educsa.es.aplicación nanda noc_mc](http://www.educsa.es/aplicación%20nanda%20noc_mc).
6. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud - NTS N 029-MINSA/D1GEPRES-V.02.
7. Norma técnica de salud de la gestión para la historia clínica - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.02. escala de ansiedad de Hamilton
[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala de ansiedad de hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala%20de%20ansiedad%20de%20hamilton.pdf).
8. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<http://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
9. Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31>
10. Escalas de sedación y analgesia, Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación / sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.



Anexo. 14
**VALORACIÓN DE RIESGO DE CAIDAS
(J.H DOWNTON)**

PARÁMETROS	CRITERIOS	PUNTOS
Caídas previas	Si	0
	No	1
Medicamentos	Ninguno	0
	Tranquilizantes o sedantes	1
	Diuréticos	1
	Hipotensores (no diuréticos)	1
	Antiparkinsonianos	1
	Antidepresivos	1
	Otros medicamentos	1
Deficiencias sensoriales	Ninguna	0
	Alteraciones visuales	1
	Alteraciones auditivas	1
	Extremidades (ictus, etc.)	1
Estado mental	Orientado	0
	Confuso	1
Deambulación	Normal	0
	Segura con ayuda	1
	Insegura con/sin ayuda	1
	Imposible	1
TOTAL		


Puntuación final y nivel de Riesgo:

Se suman los puntajes de los ítems y se documenta en la Historia Clínica. Se identifica el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas Según el riesgo:

- 3 o más puntos : Riesgo alto
- 1 - 2 puntos : Riesgo mediano.
- 0 - 1 puntos : Sin riesgo aparente.



INSTRUCTIVO DE LLENADO DE VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDA**PUNTUACION FINAL Y NIVEL DE RIESGO**

Se suman los puntajes de los 7 ítems y se documenta en la historia clínica. Se identifica el nivel de riesgo de caídas y las acciones recomendadas según el riesgo:

- Menor de 7 puntos = SIN RIESGO APARENTE
- Entre 7-11 puntos = RIESGO BAJO
- Mayor de 12 puntos = RIESGO ALTO

Instructivo:

La Escala de Humpty Dumpty es una herramienta rápida y simple para evaluar la probabilidad de caídas en niños. Los puntajes se asignan de acuerdo a las siguientes definiciones:

1. Edad

- Se asigna 4 puntos si el niño es menor de 3 años
- Se asigna 3 puntos si la edad está entre 3 a 7 años
- Se asigna 2 puntos si la edad está entre 7 a 13 años
- Mayor de 13 años se le asigna 1 punto.

2. Género

- Se asigna 2 puntos si es hombre y 1 punto si es mujer.

3. Diagnóstico

Si presenta más de un diagnóstico, se calificará teniendo en cuenta el motivo de ingreso.

- Se califica 4 puntos si se presenta problemas neurológicos, convulsiones, ataxias, problemas cerebrales, etc. o neuroquirúrgicos.
- Se califica con 3 puntos si el niño presenta alteraciones de la oxigenación tales como: problemas respiratorios por diferentes causas (cardíacas, ascitis), anemia, deshidratación, anorexia, vértigo, síncope.
- Se califica con 2 puntos si el diagnóstico médico es de trastornos psíquicos o de conducta.
- Se califica con 1 punto si el diagnóstico no está en los anteriores puntos, como cirugías, tratamientos, etc.

4. Deterioro cognitivo

- Se asigna 3 puntos si no se conoce sus limitaciones, por ejemplo, si el niño no es capaz de reconocer que no puede mover el brazo donde tiene el catéter venoso.
- Se asigna 2 puntos si se le olvidan las limitaciones, por ejemplo, a niños que se les ha explicado que no muevan el brazo, sin embargo, se les olvida y lo mueve a su conveniencia.
- Se asigna 1 punto si está orientado en sus propias capacidades, entiende las recomendaciones y es capaz de saber que puede y que no puede hacer.

5. Factores ambientales.

Si se da más de una situación, seleccionar la de mayor puntuación.

- Se asigna 4 puntos si el bebé o niño se ha caído de la cuna o de la cama
- Se asigna 3 puntos si necesitan dispositivos de ayuda en la cuna o cama, como iluminación, muebles, barandillas, etc.





- Se asigna 2 puntos si el niño permanece en cama, o necesita ayuda para movilizarse o trasladarse a la silla.
- Se asigna 1 punto si el niño camina libremente por la unidad o fuera de ella.

6. Cirugía o sedación anestésica.

- Se asigna 3 puntos, si la valoración de riesgo de caídas se realiza dentro de las 24 horas postquirúrgicas.
- Se asigna 2 puntos, si la valoración de riesgo de caídas se realiza dentro de las 48 horas postquirúrgicas.
- Se asigna 1 punto, si la valoración de riesgo de caídas se realiza pasadas las 48 horas postquirúrgicas o en el caso que el ingreso no sea quirúrgico.

7. Medicación

- Se asigna 3 puntos si al niño se le administra más de dos de los siguientes medicamentos: Hipnóticos, barbitúricos, fenotiazinas, antidepresivos, laxantes, diuréticos o narcóticos.
- Se asigna 2 puntos si se administra uno de los medicamentos del punto anterior.
- Se asigna 1 punto si no se administra ninguno de los medicamentos del primer punto.



Anexo. 15

SEMAFORIZACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

Para una monitorización visual diaria en el cuidado del paciente hospitalizado se aplicará o asignará a cada paciente como resultado de la valoración de riesgo realizado al inicio de cada turno y/o cuando la condición clínica del paciente lo requiera, una señalización basada en tres colores que corresponde a cada nivel de cada categoría de riesgo.



Anexo. 16

NOTIFICACION DEL EVENTO ADVERSO DE CAIDA DE PACIENTE		
DEFINICIÓN Estrategia que permite la recolección de datos sobre eventos adversos producidos en la institución de salud.		
OBJETIVO Implementar una cultura de reporte a través de la notificación y registro de evento adverso en la caída de pacientes, que permita realizar el seguimiento y mejora del indicador		
ALCANCE Todos los servicios de hospitalización, emergencia y cuidados críticos		
PASOS	DESCRIPCION DE ACCIONES	RESPONSABLES
1	La enfermera valorará el nivel de la caída	Enfermera
2	Solicitará inmediatamente evaluación médica de ser necesaria.	
3	Comunicará el acontecimiento al jefe inmediato superior y/o Supervisora de turno.	
4	Realizará el registro y elevará un informe en el formato de notificación según norma institucional.	
5	Registrará el evento y las acciones realizadas en la historia clínica del paciente.	
6	Controlará el estado del paciente en las horas siguientes, con monitoreo permanente si fuera el caso.	
7	Realizar un análisis del evento adverso para aplicar medidas preventivas y curativas.	Enfermera Jefe Enfermera Supervisora
8	El Jefe de Servicio de Enfermería consolida la información y emite un informe a la Supervisora del área.	
9	La Enfermera Supervisora consolida, evalúa y eleva un informe mensual con notificaciones de dichos eventos adversos a la Jefatura de Enfermería.	Enfermera Supervisora
10	La Jefatura de Enfermería envía el consolidado con un informe a la Oficina de Gestión de la Calidad y a la Oficina de Estadística de la Institución.	Jefatura de Enfermería
11	La Oficina de Gestión de la Calidad consolida y evalúa la información.	Oficina de Gestión de la Calidad



Anexo. 17
FORMATO DE RECOLECCIÓN DE DATOS DE CAIDAS

Nombre del paciente:

N°. De seguro..... Servicio..... N° de cama.....

N°. Historia Clínica..... Edad..... Sexo.....

N°. Caídas previas..... Fecha..... Hora.....

Diagnostico..... G. de dependencia.....

Sujeción Mecánica: SI () Extremidades..... Tronco..... NO ()

Escala de valoración de riesgo de caída de (Downton).....

Circunstancias de caída	En cama	Deambulando	
	Camilla	Andador	
	Sentado	Protección	
	En el baño	Acompañado	
	Silla de ruedas	Otros	
Motivo de caída...			
FACTORES RELACIONADOS			
Factores del entorno	Freno de cama puesto	Suelo mojado/deslizante	
	Uso de barandillas	Desorden	
	Iluminación inadecuada	Ropa/calzado inadecuados	
	Timbre de llamada accesible	Otros..	
Factores del paciente	Alteración en la marcha	Postoperatorio inmediato	
	Inmovilización prolongada	Sedación	
	Alteraciones oculares o sensitivas	Alteraciones respiratorias (especificar)	
	Mareo		
	Alcoholismo o drogadicción	Alteraciones neurológicas (especificar)	
	Ausencia de colaboración		
	Agresividad	Alteraciones cardíacas (especificar)	
	Hipo/hiperglicemia		
	Confusión, Desorientación	Alteraciones tensionales (especificar)	
	Ansiedad		
Dispositivos de apoyo	Medicación (especificar):	Dispositivos que dificultan la movilidad	
	Medidas de protección	Otros.	
	Reposo en cama- ayuda enfermera	Muletas – bastón - andador	
Consecuencias de caída	Accesorios	Ninguno	
	Sin lesiones	Herida contusa	
	Pérdida de conciencia	Fractura	
	Hematoma	Otros	



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	--	--

	Herida incisa	Zona afectada.....
	Cura simple	Profilaxis antitetánica
	Vendaje	Se avisa al médico
	Sutura	Otros:

ENFERMERA QUE REPORTA
CEP.

FIRMA Y SELLO



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

S.1.5. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORRESPIRATORIO (CODIGO: PCEP-05)

I. ASPECTOS GENERALES

- ✓ La Parada Cardiorrespiratoria (PCR):
Se define como una situación clínica que cursa con interrupción brusca, inesperada y potencialmente reversible, de la actividad mecánica del corazón y de la respiración espontánea.
- ✓ La Resucitación Cardiopulmonar Básica (RCPB/BLS):
Agrupa un conjunto de conocimientos y habilidades para identificar a las víctimas con posible paro cardíaco y/o respiratoria, alertar a los sistemas de emergencia y realizar una sustitución (aunque precaria) de las funciones respiratoria y circulatoria, hasta el momento que la víctima pueda recibir el tratamiento calificado.
- ✓ La Resucitación Cardiopulmonar Avanzada (RCPA/ACLS):
Agrupa el conjunto de conocimientos, técnicas y maniobras dirigidas a proporcionar el tratamiento definitivo a las situaciones de PCR. Optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen.
- ✓ Causas:
 - Cardiovasculares: IMA, Disritmias. (FV/TVSP, bradicardias, Bloqueos A-V II y II grado). Embolismo Pulmonar, Taponamiento Cardíaco.
 - Respiratorias: Obstrucción de la vía aérea. Depresión del Centro Respiratorio, Bronco aspiración, Ahogamiento o asfixia, Neumotórax a tensión, Insuficiencia respiratoria.
 - Metabólicas: Hipertotasemia, Hipopotasemia.
 - Traumatismo: Craneoencefálico, Torácico, Lesión de grandes vasos, Hemorragia Interna o externa.
 - Shock.
 - Hipotermia.
 - Iatrogénicas
 - Sobredosificación de agentes anestésicos.

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

Toda persona que en el servicio de hospitalización medicina haga Paro Cardiorrespiratorio

III. OBJETIVO:

Unificar criterios para la atención de Enfermería en pacientes con Paro Cardiorrespiratorio.

IV. PERSONA RESPONSABLE

Licenciadas (o) en Enfermería



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00033 DETERIORO DE LA VENTILACION ESPONTANEA r/c ✓ Fatiga de los músculos respiratorio. Evidenciado por: ✓ Disminución del volumen corriente. ✓ Disminución de la presión parcial de oxígeno. Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuestas cardiovasculares/pulmonares.	Código: (0403) ✓ Estado respiratorio: ventilación.	(6320) REANIMACIÓN: ✓ Evalúe la respuesta del paciente. ✓ Pida ayuda (sistema de alarma). ✓ Asegure la vía aérea permeable. ✓ Proporcione dos ventilaciones manuales tras las 30 compresiones. ✓ Aspire secreciones. ✓ Ayude a la intubación. ✓ Evalúe pasaje de aire en ambos campos pulmonares. ✓ Coordine toma de Radiografía de tórax después de la intubación. (3140) MANEJO DE LA VIA AEREA: ✓ Valore permeabilidad de la vía aérea. ✓ Coloque en Posición semifowler al paciente. ✓ Ausculte ambos campos pulmonares. ✓ Aspire secreciones a demanda. ✓ Administre tratamiento prescrito. ✓ Administre oxígeno húmedo. ✓ Valore resultados de gasometría. ✓ Administre oxígeno según necesidad y valorando AGA.	✓ Paro respiratorio. ✓ Distrés respiratorio. ✓ Muerte. ✓ Daño neurológico. ✓ Hipo perfusión tisular. ✓ Isquemia celular	✓ 040301 frecuencia respiratoria. ✓ 040302 ritmo ✓ 040324 volumen corriente.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	--	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Vigile F.R, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones. ✓ Evalué el movimiento torácico, observando simetría, uso de músculos accesorios. ✓ Monitoree patrones de respiración. ✓ Monitoree saturación de oxígeno ✓ Registre en la nota evolución de enfermería. (3120) INTUBACION Y ESTABILIZACION DE LA VIA AEREA. ✓ Aspirar la boca y la orofaringe. ✓ Ayudar en la inserción del tubo endotraqueal reuniendo el equipo de intubación y el equipo de emergencia. (3180) Manejo de las vías aéreas artificiales. (3320) Oxigenoterapia. (6200) Cuidados en la emergencia.		

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código:00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO r/c ✓ Alteración de la frecuencia y ritmo cardíaco. ✓ Alteración de la Precarga, Poscarga. ✓ Alteración de la contractibilidad. ✓ Alteración del volumen de eyección. Evidenciado por: ✓ Piel fría, sudorosa. ✓ Falta de aliento. ✓ Disnea. ✓ Prolongación del tiempo de llenado capilar. Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuestas Cardiovasculares/ pulmonares	(0400) ✓ Efectividad de la bomba cardíaca: (0414) ✓ Estado cardiopulmonar:	(6140) MANEJO DE LA PARADA CARDIORRESPIRATORIA. ✓ Evalúe el nivel de conciencia y la respuesta del paciente para determinar las acciones apropiadas. (Anexo 8) ✓ Solicite ayuda si el paciente no respira, no lo hace con normalidad y no ofrece respuesta. ✓ Establezca el aviso de parada cardiorrespiratoria según protocolo y obtener un Desfibrilador Externo Automático (DEA). ✓ Aseguro permeabilidad de la vía aérea. ✓ Realice RCP, centrándose en las compresiones. ✓ Colabore en la cardioversión. ✓ Monitoree la calidad de RCP. ✓ Conecte el monitor cardíaco y determine el ritmo. ✓ Colabore en la intubación. ✓ Coloque una vía de buen calibre y administrar epinefrina y terapéutica según prescripción. ✓ Asegure los cuidados después de la parada cardíaca (soporte cardiopulmonar, neurológico, evitar la Hiperventilación.	✓ Paciente en muerte cerebral. ✓ Paciente declarado fallecido.	✓ 040002 frecuencia cardíaca. ✓ 040006 pulsos periféricos. ✓ 041405 ritmo cardíaco.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA: ✓ Compruebe P.A, PAM, F.C, pulso, PVC. ✓ Determine el estado de volumen (hipovolemia, normovolemia). ✓ Administre retos de fluidos según prescripción médica. ✓ Administre medicamentos inotrópicos, vasopresores, anti arritmicos, etc. según prescripción médica. ✓ Titule drogas administradas. ✓ Valore respuesta del paciente al vasopresor. ✓ Administre hemoderivados según prescripción médica. ✓ Ausculte ruidos cardiacos. ✓ Valore diuresis. ✓ Valore electrolitos. ✓ Valore estado Acido - Base. ✓ Coloque sonda vesical. ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 6) ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON PARO CARDIORESPIRATORIO

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00200 RIESGO DE DISMINUCION DE LA PERFUSION TISULAR CARDIACA. t/r: ✓ Hipotensión. ✓ Hipovolemia. ✓ Hipoxia. ✓ Hipoxemia. ✓ Sepsis. Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuestas Cardiovasculares/pulmonares	Código: (0405) ✓ Perfusión tisular: cardiaca	(6200) CUIDADOS DE EMERGENCIA: ✓ Activar el sistema de urgencia médica. ✓ Evaluar los signos y síntomas de la parada cardíaca. ✓ Realizar una reanimación cardiopulmonar que se centre las compresiones torácicas y ventilaciones en los adultos o pediátricos. (6320) REANIMACION ✓ Asegurarse que la vía aérea del paciente este abierto. ✓ Minimizar el intervalo entre interrupciones de las compresiones. ✓ Conectar el DEA y llevar a cabo las acciones especificadas. ✓ Canalizar vía periférica o intraosea y administrar medicación según orden médica 6680 MONITORIZACION DE SIGNOS VITALES	✓ Shock - Cardiogénico, distributivo, multifactorial. ✓ Hipoperfusión. ✓ Falla multiorgánica.	✓ 040509 hallazgos del electrocardiograma. ✓ 040520 arritmias. ✓ Restauración de la función cardiorrespiratoria.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación -2018-2020 - editado THeather Herdman. PhD. RN. FNI y Shigemi Kamitsuoj PhD RN. FNI.
2. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
3. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2021 - 2023.
www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_mc.
4. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud - NTS N 029-MINSA/D1GEPRES-V.02.
5. Norma técnica de salud de la gestión para la historia clínica - NTS N 022-MINSA/DGSP-V.02. escala de ansiedad de Hamilton
[http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala de ansiedad de hamilton.pdf](http://www.hvn.es/enfermeria/ficheros/escala_de_ansiedad_de_hamilton.pdf).
6. Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Primera Edición, 2001 D.R. © Secretaría de Salud Lleja 7. Col. Juárez 06695 México D.F.
7. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<http://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
8. Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31>
9. Escalas de sedación y analgesia. Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación / sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

5.1.6. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CODIGO: PCEP-06)

I. ASPECTOS GENERALES

La diabetes es una de las enfermedades de tipo crónico más frecuentes del mundo. Es una enfermedad metabólica que se caracteriza por el aumento de la concentración de glucosa en sangre, debido a que el páncreas no produce insulina o no la usa de manera adecuada. La diabetes de adulto nunca va sola, tiene enfermedades asociadas: Hipertensión, Obesidad, Hiperlipidemia. Las tres guardan relación con la alimentación y la vida sedentaria.

✓ Complicaciones agudas:

- Hiper glucemia: Aumento excesivo de la cantidad de glucosa en sangre.

Tipos:

- Hiper glucemia simple: Incremento de glucemia mayor igual a 200 mg/dl. Requiere atención en urgencias.
- Cetoacidosis diabética: Glucemias elevadas por encima de 250 mg/dl con producción de cuerpos cetónicos en sangre y orina. Más frecuente en la Diabetes Mellitus tipo 1 y 2.
- Coma hiper osmolar no cetónico: Complicación grave en la DM2 (Osmolaridad, deshidratación e hiperglucemia). En las personas mayores con DM2 es muy importante asegurar la ingesta hídrica, especialmente con fiebre, diarreas y otros procesos intercurrentes. La persona diabética y la familia han de saber que una enfermedad cardiovascular, traumatismo, etc.) Pueden descompensar su diabetes.
- Hipoglucemia: Descenso de la glucemia en cifras inferiores a 60 mg/dl.

Tipos:

- Leve: Temblor, sudoración fría, palpitaciones, ansiedad, sensación de hambre, irritabilidad.
- Moderada: Falta de concentración, visión borrosa, somnolencia, alteraciones del lenguaje. Durante este episodio el paciente puede auto tratarse o solicitar ayuda.
- Grave: Alteraciones del comportamiento, pérdida de conciencia y convulsiones. En estos casos el paciente necesitará siempre la ayuda de otra persona para la superación de la hipoglucemia.
- El pie diabético: Manifestación de la neuropatía diabética agravada por la insuficiencia vascular y la infección. Traumatismos repetidos de calzado estrecho, así como la carga anormal de peso, que producen heridas cutáneas, úlceras, necrosis de los tejidos (gangrena), hace que evolucione a este tipo de pie. La edad, duración y mal control de la diabetes, la hipertensión arterial y las cifras elevadas de colesterol, así como el tabaquismo y los escasos cuidados en la higiene diaria, son los factores de riesgo en relación con el desarrollo del pie diabético.

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

Pacientes con diagnóstico de Diabetes y con Complicaciones.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

III. OBJETIVO:

- ✓ Unificar criterios de Enfermería en la atención de Pacientes que son hospitalizados en el servicio de medicina con enfermedad Diabética y sus complicaciones.
- ✓ Brindar cuidado de enfermería óptimo y oportuno de acuerdo a los trastornos fisiopatológicos que se asocian a la enfermedad.
- ✓ Disminuir las complicaciones del paciente con diabetes.

IV. PERSONA RESPONSABLE:

- ✓ Lic. Enfermería



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CODIGO: PCEPD-06)

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00179 RIESGO DE NIVEL DE GLUCEMIA INESTABLE f/r: ✓ Conocimiento insuficiente sobre manejo de la diabetes. ✓ Control inadecuado de glucemia. ✓ Manejo ineficaz de medicación. Dominio 2: ✓ Nutrición. Clase 4: ✓ Metabolismo.	Código: (2300) ✓ Nivel de glicemia.	(2120) MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA: ✓ Vigilar la glucemia si está indicado ✓ Observar los signos de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia. ✓ Monitorizar el balance hídrico. ✓ Mantener una vía intravenosa, si es preciso. ✓ Administrar líquidos i.v. ✓ Administrar insulina, según prescripción. ✓ Administrar potasio i.v según prescripción. (2130) MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA: ✓ Vigile los niveles de glucosa en sangre. ✓ Identifique las causas posibles de la hipoglucemia. ✓ Fomente el autocontrol de los niveles de glucosa en sangre. ✓ Potencie la ingesta oral de líquidos. ✓ Corrija la terapéutica de la glucosa en sangre ✓ (Administración de insulina en caso de Hiperglucemia, administración de dextrosa al 33% en caso de hipoglucemia) (1160) MONITORIZACION NUTRICIONAL: ✓ Evalúe estado conciencia. ✓ Pesar al paciente, evalúe turgencia y movilidad. ✓ Observe presencia de náuseas y vómitos ✓ Monitoree la ingesta calórica y dietética. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Acidosis metabólica ✓ Hipoglucemia ✓ Hiperglucemia	✓ 230001 concentración sanguínea de glucosa. ✓ 230007 glucosa en orina. ✓ 230008 cetonas en orina.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CODIGO: PCEPD-06)

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código:00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c: ✓ Fracaso de los mecanismos reguladores. ✓ Pérdida importante del volumen de líquidos. Evidenciado por: ✓ Aumento de la concentración de orina. ✓ Sed. ✓ Aumento de frecuencia del pulso. ✓ Disminución de la diuresis. ✓ Sequedad de lengua, piel y mucosas. ✓ Cambios del estado mental. ✓ Disminución de la turgencia de la piel. Dominio 2: ✓ Nutrición. Clase 5: ✓ Hidratación.	Código: (0601) ✓ Equilibrio hídrico. Código: (0602) ✓ Hidratación.	(6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES: ✓ Monitoreo signos vitales: T°, FC, S02, F.R, Presión arterial. (4120) MANEJO DE LÍQUIDOS: ✓ Pese a diario y controle evolución. ✓ Realice un registro preciso de ingesta y eliminación (orina, heces, etc.) ✓ Realice balance hídrico estricto ✓ Observe si hay indicios de sobrecarga/retención de líquidos. ✓ Vigile el estado de hidratación (membranas mucosas húmedas, pulso adecuado), según sea el caso. ✓ Vigile la respuesta del paciente a la terapia de electrolitos. (4200) TERAPIA INTRAVENOSA: ✓ Verifique la indicación prescrita de terapia intravenosa. ✓ Reponga volumen a volumen según prescripción médica y los correctos en la administración de medicamentos. (Anexo 6) ✓ Titule terapia de insulina según prescripción médica. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Deshidratación severa. ✓ Edema Cerebral. ✓ Disminución del estado mental.	✓ 060101 presión arterial. ✓ 060116 hidratación cutánea. ✓ 060126 función renal.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CODIGO: PCEPD-06)

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO r/c: ✓ Alteración de la postcarga. ✓ Alteración de la contractibilidad. ✓ Alteración del volumen de eyección. Evidenciado por: ✓ oliguria. ✓ Piel fría y sudorosa ✓ Color de la piel anormal. ✓ Disminución de los pulsos periféricos. ✓ Prolongación del tiempo de llenado capilar. Patrón 4: ✓ Actividad/ejercicio Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuesta cardiovascular/pulmonar	Código: (400) ✓ Efectividad de la bomba cardíaca	(6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES: ✓ Monitoreo signos vitales: ✓ T°, F.C., S02, F.R., presión arterial. (4150) REGULACIÓN HEMODINÁMICA: ✓ Evalúe el estado hemodinámico. ✓ Observe la presencia de signos y síntomas (alerta indicativos de un compromiso del sistema hemodinámico). ✓ Determine el estado de perfusión. ✓ Ausculte ruidos cardíacos. ✓ Ausculte sonidos pulmonares. ✓ Administre fármacos vasodilatadores o vasoconstrictores prescritos ✓ Evalúe efectos de fluidoterapia. (2300) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos. (Anexo 6) ✓ Registre la administración de la medicación. (1920) MONITORIZACIÓN DEL EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO. ✓ Analice las tendencias de PaCO2, PO2, HCO3, PH, para determinar tendencias. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Falla cardíaca. ✓ Fatiga. ✓ Paro Cardíaco.	✓ 040002 frecuencia cardíaca. ✓ 040006 pulsos periféricos. ✓ 040020 gasto urinario.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CODIGO: PCEPD-06)

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00205) RIESGO DE SHOCK f/r: ✓ Volumen de líquidos insuficiente. ✓ Pérdida de líquidos no hemorrágicos. Patrón 4: ✓ Actividad – ejercicio. Dominio 11: ✓ Seguridad - protección. Clase 2: ✓ Lesión física.	Código: (0419) Severidad del shock: hipovolémico. Código: (1902) ✓ Control de riesgo.	4260) PREVENCIÓN DEL SHOCK: ✓ Compruebe el estado circulatorio: presión sanguínea, color y temperatura de la piel sonidos cardíacos, frecuencia y ritmo cardíaco, presencia y calidad de los pulsos periféricos. ✓ Observe si hay signos de oxigenación tisular inadecuada y estado respiratorio. ✓ Mantenga permeabilidad de las vías aéreas. ✓ Canalice y mantenga una vía periférica ✓ Administre oxígeno y ventilación mecánica, según prescripción. (4250) MANEJO DEL SHOCK: ✓ Administre líquidos IV mientras se controlan las presiones hemodinámicas y la diuresis según prescripción médica. ✓ Administre líquidos EV. u orales, según prescripción médica. ✓ Compruebe los valores de laboratorio, los niveles de Hgb y Hct, perfil de coagulación, niveles de gases y electrolitos en sangre arterial. ✓ Administre antibioticoterapia según indicación y los correctos en la administración. (Anexo 6) ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Paro Cardíaco. ✓ Acidosis metabólica.	✓ 041905 retraso en el relleno capilar ✓ 041921 confusión. ✓ 041915 piel fría y húmeda ✓ 190220 identifica los factores de riesgo.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CÓDIGO: PCEPD-06)

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOQ)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00033) DETERIORO DE LA VENTILACIÓN ESPONTÁNEA r/c: ✓ Factores metabólicos Evidenciado por: ✓ Aumento del uso de músculos accesorios. ✓ Aumento de la tasa metabólica. Dominio 4: ✓ Actividad/reposo. Clase 4: ✓ Respuestas cardiovasculares - pulmonares.	Código: (0403) ✓ Estado Respiratorio:	(6680) MONITORIZACIÓN DE LOS SIGNOS VITALES ✓ Monitoree signos vitales: T°, FC, SO ₂ , FR, presión arterial. (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Controle el esquema de respiración, taquipnea, hiperventilación, y respiraciones de Kussmaul. ✓ Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones (3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Administre oxígeno suplementario según prescripción ✓ Vigile el flujo de litro de Oxígeno. ✓ Controle la eficacia de la oxigenoterapia (pulsioximetría, gasometría arterial) ✓ Mantenga permeabilidad de vía aérea. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Síndrome de distrés respiratorio. ✓ Insuficiencia Cardíaca Congestiva.	✓ D41502 ritmo respiratorio. ✓ D41508 saturación de oxígeno



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTE DIABÉTICO Y COMPLICACIONES (CODIGO: PCEPD-06)

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: (00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c: ✓ Ventilación- perfusión. Evidenciado por: ✓ Gasometría arterial anormal. ✓ Respiración anormal (respiración Kussmaul). Dominio 3: ✓ Eliminación e intercambio. Clase 4: ✓ Función respiratoria.	Código: (0402) ✓ Estado respiratorio: Intercambio gaseoso	(3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Controle Saturación de O₂ y el ritmo respiratorio (profundidad y simetría) ✓ Controle las funciones vitales. ✓ Observe color de piel y llenado capilar. ✓ Ausculte ambos campos pulmonares. ✓ Registre los cambios de gases arteriales. (1910) MANEJO DEL EQUILIBRIO ACIDO BÁSICO: ✓ Mantenga un acceso endovenoso permeable. ✓ Monitoree las tendencias de PH arterial ✓ Monitoree el patrón respiratorio (3140) MANEJO DE LA VÍA AÉREA: ✓ Coloque al paciente en la posición que permita maximizar el potencial de ventilación. ✓ Vigile el estado respiratorio y oxigenación. ✓ Registre en la nota evolución de enfermería.	✓ Acidosis metabólica. ✓ Hipoxemia. ✓ Paro Cardíaco.	✓ 040208 presión parcial del oxígeno en la sangre arterial PaO₂. ✓ 040211 saturación de oxígeno.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA Internacional. Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación -2018-2020 - editado THEATHER HERDMAN. PhD. RN. FNI y Shigemi Kamitsuoj PhD RN. FNI.
2. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
3. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2021 - 2023.
www.educsa.es.aplicaciónnanda.noc.mc.
4. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud - NTS N 029- MINSA/D1GEPRES-V.02.
5. R.D Nº 261 -2014/11- HCH/06- Hospital Cayetano Heredia - guía de intervención de Enfermería - Prevención de Riesgos: de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
6. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<http://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.11.3>.
7. Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31>
8. Escala nivel de conciencia consistente.
<http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>



5.1.7. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK: HIPOVOLÉMICO CARDIOGÉNICO DISTRIBUTIVO (CODIGO: PCEP-7)

I. ASPECTOS GENERALES:

El shock es un estado fisiopatológico que reúne una cantidad de síntomas y signos, los cuales manifiestan una inadecuada perfusión tisular.

Todos los tipos de shock pueden producir alteración de la perfusión tisular y desarrollar insuficiencia circulatoria aguda o síndrome de shock, este último es una respuesta sistémica generalizada a una perfusión tisular inadecuada. El tratamiento de los pacientes con shock se centra en favorecer el transporte, la entrega y la utilización del oxígeno.

CLASIFICACIÓN:

- ✓ **Hipovolémico:** Inadecuado aporte en el volumen de líquidos en el espacio intravascular, esta es la forma más común del shock.
- ✓ **Cardiogénico:** Se produce cuando el corazón no puede bombear con eficacia la sangre, produciéndose por alteración del ventrículo derecho, izquierdo o ambos.
- ✓ **Distributivo:**
 - **Séptico:** Es una manifestación fisiopatológica de la enfermedad inflamatoria multisistémica, y que habitualmente se acompaña de falla orgánica múltiple.
 - **Neurogénico:** Es el resultado de la pérdida o supresión del tono simpático.
 - **Anafiláctico:** Se produce por una reacción de hipersensibilidad inmediata, es un proceso grave que requiere una pronta intervención, la respuesta antígeno-anticuerpo provoca una disminución de la perfusión tisular a partir de cualquier sustancia; estas sustancias conocidas como antígenos pueden ser introducidas por inyección, ingestión, a través de la piel o del tracto respiratorio.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS:

Manifestaciones clínicas varían en función de los factores etiológicos y de la fase del shock. Tanto la causa del shock como la respuesta general de los pacientes están relacionadas:

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presión arterial sistólica menor de 90 mm/Hg. ✓ Frecuencia cardíaca mayor de 100 pulsaciones por minuto pulso débil y filiforme. ✓ Disminución de los ruidos cardíacos. ✓ Hipertermia, piel fría, pálida, húmeda. ✓ Volumen Urinario menor de 30 ml/h. ✓ Dolor torácico. ✓ Arritmias. ✓ Taquipnea. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Crepitaciones. ✓ Disminución del GC. ✓ Respiratoria: Nudo faríngeo, disfagia, ronquidos, estridor, sibilancias, estertores. ✓ Cutáneas: Prurito, eritema, urticaria, angioedema. ✓ Neurológicas: Somnolencias, inquietud, miedo, ansiedad, disminución del nivel de conciencia. ✓ Gastrointestinales: Náuseas, vómitos y diarrea. ✓ Genitourinarias: Incontinencia, metrorragias. |
|---|---|

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

II. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes adultos que son hospitalizados en el servicio de medicina; con diferentes Tipos de Shock: Hipovolémico, Cardiogénico, Distributivo

III. OBJETIVO:

Unificar Criterios de intervenciones que la enfermera (o) debe realizar a los pacientes que presentan este estado para prevenir complicaciones sobre agregadas.

IV. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada (o) en Enfermería.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CODIGO: 00027 DÉFICIT DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS r/c: ✓ Pérdida activa de volumen sanguíneo. ✓ Aumento de la permeabilidad capilar. ✓ Vasodilatación. Evidenciado por: ✓ Aumento en la concentración de orina. ✓ Cambio en el estado mental. ✓ Disminución de diuresis. ✓ Disminución de la turgencia de la piel. ✓ Sequedad de las mucosas y piel. Dominio 02: ✓ Nutrición Clase 05: ✓ Hidratación	Código: (0601) ✓ Equilibrio hídrico: Código: (0602). ✓ Hidratación.	(4180) MANEJO DE HIPOVOLEMIA: ✓ Mantenga vía IV permeable ✓ Observe niveles de hematocrito y hemoglobina ✓ Vigile pérdidas de líquidos (hemorragias, vómito, diarrea y transpiración) ✓ Administre soluciones cristaloides y coloides, según prescripción médica. ✓ Vigile estado hemodinámico. (4200) TERAPIA INTRAVENOSA: ✓ Canalice 2 vías de gran calibre. (N° 16-18) ✓ Administre terapia de reposición de las pérdidas. ✓ Utilice técnica aséptica. ✓ Registre el procedimiento. (2314) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: INTRA VENOSA. ✓ Administre según prescripción médica. ✓ Inicie tratamiento vasopresor. ✓ Disponga de Bombas de Infusión. ✓ Monitoree funciones vitales cada 5 minutos. ✓ Monitoree las tendencias hemodinámicas (PVC, PAM, presión capilar pulmonar) ✓ Monitoree los parámetros de laboratorio. ✓ Administre vasopresores según prescripción médica.	✓ Trastorno-hidroelectrolítico. ✓ Lesión renal. ✓ Paro cardio respiratorio	✓ 060116 hidratación cutánea. ✓ 060117 humedad de membranas mucosas.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		✓ Administre tratamiento según prescripción médica. ✓ Administre coloides según prescripción médica. ✓ Monitoree BHE. (4140) REPOSICIÓN DE LÍQUIDOS: CRISTALOIDES: ✓ Administre líquidos según prescripción médica. ✓ Administre hemoderivados según prescripción médica. ✓ Monitoree el estado de oxigenación. ✓ Monitoree la eliminación de líquidos corporales (orina, drenaje nasogástrico y tubo torácico) según corresponda. ✓ Monitoree respuesta hemodinámica. ✓ Monitoree presencia de edema y características. ✓ Observe sobrecarga de líquidos. 4210) MONITORIZACION HEMODINÁMICO INVASIVO: ✓ Asista en la entubación oro traqueal. ✓ Asista en la colocación del catéter venoso central. ✓ Disponga de un coche de paro. ✓ Disponga de aspirador de secreciones. ✓ Aplique las medidas de bioseguridad. ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



 HOSPITAL EMERGENCIA ATE VITARTE	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO:00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO r/c ✓ Alteración de la postcarga. ✓ alteración de la contractilidad del miocardio. Evidenciado por: ✓ Palpitaciones. ✓ Taquicardia. ✓ Bradicardia. ✓ Hipotensión. ✓ Cianosis distal. ✓ Oliguria. Dominio 04: ✓ Actividad/reposo Clase 04: ✓ Respuestas cardiovasculares/pulmonares.	CODIGO (0400) ✓ Efectividad de la bomba cardiaca.	(2314) ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN: IV. FLUIDOS: ✓ Administración de Fluidos según prescripción médica. ✓ Disponga de 2 vías de grueso calibre ✓ Controle y registre los ingresos y egresos del paciente. ✓ Reponga volumen a volumen las pérdidas gastrointestinales. (3140) MANEJO DE LA VÍA AÉREA: ✓ Administre oxígeno. ✓ Valore Saturación de Oxígeno. ✓ Valore estado de sensorio. ✓ Mantenga en posición supina. ✓ Revise cavidad oral. ✓ Retire prótesis dental. ✓ Coloque cánula de Guedel. ✓ Aspire secreciones (4044) CUIDADOS CARDIACOS: AGUDOS. ✓ Evalúe dolor torácico (intensidad, localización, radiación, duración). ✓ Tome EKG. (electrocardiograma). ✓ Mantenga en reposo absoluto. ✓ Administre morfina según prescripción médica. ✓ Valore circulación periférica.	✓ Arritmias. ✓ Shock cardiogénico. ✓ Hipoxia. ✓ PCR.	✓ 040006 pulsos periféricos. ✓ 040020 gasto urinario

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(4090) MANEJO DE LA ARRITMIA: ✓ Administre, inotrópicos según prescripción médica. ✓ Administración fibrinolíticos según prescripción médica. ✓ Monitoree funciones vitales. ✓ Tome EKG seriados. ✓ Disponga de bombas de infusión. ✓ Disponga de un coche de paro. ✓ Mantenga al paciente en reposo absoluto. ✓ Administre oxígeno suplementario de ser necesario.		
		(4180) MANEJO DE LA HIPOVOLEMIA: ✓ Administre Drogas vasopresoras según prescripción médica. ✓ Aplique los correctos en enfermería. ✓ Realice Balance hídrico estricto. ✓ Controle funciones vitales, PAM, PVC. ✓ Coloque Sonda vesical. ✓ Valore flujo urinario. ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO: (00204) RIESGO DE DISMINUCION DE LA PERFUSIÓN TISULAR CARDIACA F/c: ✓ Espasmo de arterias coronaria. ✓ Hipoxemia. ✓ Hipovolemia. ✓ hipoxia Patrón 04: ✓ Actividad/ejercicio Dominio: 04 ✓ Actividad/reposo. Clase: 04 ✓ Respuestas cardiovasculares/ respiratorias.	CÓDIGO: (0405) ✓ Perfusion tisular: cardiaca.	(4040): CUIDADOS CARDIACOS: ✓ Valoró circulación periférica (comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar, color y temperatura de las extremidades). ✓ Monitoree la aparición de arritmias cardíacas, alteración del ritmo. ✓ Monitoree resultados de laboratorio (enzimas cardíacas, valores de laboratorio). ✓ Controle EKG. ✓ Mantenga en reposo absoluto (4254) MANEJO DEL SHOCK: CARDIACO. ✓ Verifique disponibilidad de Coche de paro. ✓ Monitoree Funciones Vitales. ✓ Administre medicamentos inotrópicos y vaso activos según prescripción médica. ✓ Evaluó la terapia de líquidos. ✓ Mantenga precarga óptima por administración de líquidos intravenosos o diuréticos según prescripción médica. ✓ Realice balance hídrico estricto. ✓ Valore estado de sensorio. ✓ Valore estado de la piel: fría, cianótica, húmeda. ✓ Valore llenado capilar, pulsos periféricos.	✓ Infarto de miocardio. ✓ Paro cardíaco respiratorio.	✓ 040517 presión arterial sistólica. ✓ 040519 presión arterial media. ✓ 040510 enzimas cardíacas.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(3320) OXIGENOTERAPIA: (3180) MANEJO DE LAS VÍAS AÉREAS ARTIFICIALES: ✓ Administre oxígeno suplementario. ✓ Monitoree la eficacia de la administración de oxígeno [pulsioximetría, gasometría arterial] ✓ Maneje vía aérea artificial. ✓ Maneje y aspire secreciones. (2620) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA: ✓ Controle y monitoreo de pupilas, (tamaño, forma, simetría y capacidad de reacción de las pupilas. ✓ Evalúe según escala de Glasgow. (Anexo 18) ✓ Evalúe nivel de conciencia. (Anexo 8) ✓ Vigile reflejo corneal. ✓ Valore simetría facial. ✓ Valore trastornos visuales (diplopia, nistagmo, escotomas visuales, visión borrosa, y agudeza visual. ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00030) DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c: ✓ Desequilibrio perfusión. ✓ Cambios en la Membrana Alveolo Capilar. Evidenciado por: ✓ Desaturación, disnea al esfuerzo. ✓ Hipoxia. ✓ Hipoxemia Domnio: 03 ✓ Eliminación e intercambio. Clase: 04 ✓ Función respiratoria.	Código :{0402} ✓ Estado respiratorio: Intercambio gaseoso.	(3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Mantenga permeabilidad de vía aérea ✓ Prepare equipo de oxígeno. ✓ Administre oxígeno suplementario ✓ Observe aumento de ansiedad. ✓ Valore respuesta a la administración de Oxígeno. ✓ Proporcione reposo absoluto. ✓ Valore coloración de la piel y mucosas. ✓ Eduque al paciente a inhalar lentamente mientras se moviliza. (3350): MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio. ✓ Ausculte ambos campos pulmonares y valorar presencia de estertores. ✓ Valore de resultados de AGA. ✓ Mantenga en reposo absoluto. ✓ Valore coloración de piel y mucosas. Cianosis. ✓ Ayude al paciente a que adopte una posición cómoda ✓ Tenga disponible coche de paro ✓ Registre en la evolución de enfermería.	✓ Hipoxia ✓ Desequilibrio ácido base. ✓ Gasto cardíaco inadecuado. ✓ Insuficiencia respiratoria.	➤ 040211 saturación de O2. ➤ 040210 Ph arterial. ➤ 040208 presión parcial de oxígeno en la sangre.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00031) LIMPIEZA INEFICAZ DE VÍAS AÉREAS r/c ✓ Disminución del sensorio, reflejo tusígeno. ✓ secreciones viscosas.	CÓDIGO (0410) ✓ Estado respiratorio: Permeabilidad vías aéreas. CÓDIGO (1918) ✓ Prevención de la aspiración.	(3140): MANEJO DE LA VÍA AÉREA: ✓ Asista en la colocación de tubo oro faríngeo. ✓ Participe en entubación oro traqueal. ✓ Coloque Sonda nasogástrica a Gravedad. ✓ Valore estado del sensorio ✓ Retire prótesis dentales ✓ Coloque cánula de Guedel de ser necesario. (3160): ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS: ✓ Ausculte sonidos respiratorios antes y después de la aspiración. ✓ Disponga precauciones universales; guantes, gafas y mascarilla. ✓ Hiperoxigene al 100% antes de la aspiración. ✓ Aspire secreciones a demanda. ✓ Monitoree la hemodinamia del paciente. ✓ Registre tipo y cantidad de secreciones obtenidas. ✓ Mantenga en posición semi fowler ✓ Registre en la evolución de enfermería.	✓ Disnea. ✓ Asfixia.	✓ 041019 Tos. ✓ 041005 ritmo respiratorio. ✓ 041004 frecuencia respiratorio.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00032) PATRÓN RESPIRATORIO INEFICAZ r/c: ✓ Secreciones excesivas. ✓ Depresión del SNC. ✓ Edema de vías aéreas superiores. ✓ Perforación inadecuada de los músculos respiratorios. Evidenciado por : ✓ Esfuerzo respiratorio. ✓ Disnea al esfuerzo. Patrón: 04 ✓ Actividad/ejercicio DOMINIO: 04 ✓ Actividad / reposo Clase: 04 ✓ Respuesta cardiovascular/respiratoria	CÓDIGO (0403): ✓ Estado respiratorio: Ventilación.	(3350): MONITORIZACION RESPIRATORIA: ✓ Vigile frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo respiratorio. ✓ Monitoree Oximetría. ✓ Valore gasometría Arterial (AGA). ✓ Valore estado del sensorio. ✓ Mantenga en posición semi fowler. (3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Prepare el equipo de oxígeno y administrar a través de un sistema humidificado. ✓ Controle la eficacia de la oxigenoterapia. ✓ Observe signos de hipoventilación. (6680): MONITORIZACION DE LOS SIGNOS VITALES: ✓ Controle Funciones Vitales. ✓ Observe fatiga muscular ✓ Observe tipo de respiración ✓ Monitoree ritmo y frecuencia. ✓ Monitoree ruidos pulmonares. ✓ Observe si se presenta la triada de Cushing (aumento de la tensión arterial, bradicardia y alteración en la respiración).	✓ Insuficiencia respiratoria. ✓ Paro cardio respiratorio.	➢ 040301 frecuencia respiratorio. ➢ 040302 ritmo respiratorio. ➢ 040303 profundidad de la respiración



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERIA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(3300) MANEJO DE VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA. ✓ Controle condiciones que indican soporte ventilatorio. ✓ Monitoree parámetros del ventilador mecánico (modo, frecuencia, sensibilidad, PEEP, fio2). ✓ Verifique alarmas del ventilador. ✓ Administre sedo analgesia prescrita. ✓ Vigile sincronización paciente/ventilador. ✓ Utilice técnicas antisépticas y de Bioseguridad en el manejo de ventilador mecánico. ✓ Vigile la cantidad, color y consistencia de secreciones pulmonares y documentar mediante registro y balance hídroelectrolítico. ✓ Establezca el cuidado bucal de forma rutinaria con antisépticos de succión suave. ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (07) HIPERTERMIA r/c: ✓ sepsis. ✓ Deshidratación. ✓ Isquemia. Evidenciado por: ✓ taquicardia. ✓ Vasodilatación. ✓ Piel caliente al tacto. Dominio: 11 ✓ Seguridad/protección. Clase: 06 ✓ Termorregulación.	CÓDIGO (0800) ✓ Termorregulación.	(3900) REGULACIÓN DE LA TEMPERATURA ✓ Administre antipiréticos según prescripción médica. ✓ Administre medios físicos, (agilizar prendas y cubiertas de camas, colocar cubiertas húmedas). ✓ Administre antibióticos según prescripción médica. ✓ Fomente el consumo de líquidos. ✓ Monitoree temperatura corporal. ✓ Valore signos de hipotermia después de la administración de antipiréticos endovenosos. ✓ Valore signos neurológicos de alarma.	✓ Convulsiones.	➤ 080015 comodidad térmica referida. ➤ 080018 disminución de la temperatura cutánea.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIFERENTES TIPOS DE SHOCK

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
CÓDIGO (00004) RIESGO DE INFECCION: f/r: ✓ Procedimientos invasivos. ✓ Respuesta inmune disminuida Domino: 11 ✓ Seguridad/Protección Clase: 01 ✓ Infección	CÓDIGO (1902) ✓ Control del riesgo.	CÓDIGO (6540) CONTROL DE INFECCIONES: ✓ Aplique las medidas universales de bioseguridad. ✓ Aplique las guías de procedimientos invasivos, curación y cambios de equipos y catéteres. ✓ Valore el estado de los invasivos en cada turno. ✓ Registre la colocación de los dispositivos invasivos en la historia clínica CÓDIGO (6550) PROTECCIÓN CONTRA LAS INFECCIONES: ✓ Observe signos y síntomas de infección sistémica y localizada. ✓ Observe grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones. ✓ Mantenga las normas de asepsia. ✓ Limite el número de visitas. ✓ Proporcione cuidados adecuados a la piel edematosa. ✓ Inspeccione el estado de la piel en las zonas de inserción, drenajes, heridas. ✓ Administre los antibióticos en los horarios establecidos. ✓ Valore intensidad del dolor.	✓ Flebitis. ✓ Sepsis, infecciones sobre agregadas.	➤ 190220 Identifica los factores de riesgo.



Anexo. 18
ESCALA DE COMA DE GLASGOW

Glasgow, es el nombre que identifica a una escala de aplicación neurológica que permite medir el nivel de conciencia en pacientes. Se emplea durante las veinticuatro horas siguientes al episodio y evalúa tres parámetros; la capacidad de apertura ocular, la reacción motora y la capacidad verbal.

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
PARAMETROS	RESPUESTA OBSERVADA	PUNTAJE
APERTURA OCULAR	ESPONTANEO	4
	AO ESTIMULO VERBAL	3
	AO ESTIMULO DOLOROSO	2
	NINGUNA	1
RESPUESTA VERBAL	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALABRAS INAPROPIADAS	3
	SONIDOS INCOMPRESIBLES	2
	NINGUNO	1
RESPUESTA MOTORA	OBEDECE ORDENES	6
	LOCALIZA DOLOR	5
	MOVIMIENTO DE RETIRADA	4
	FLEXION ANORMAL (DECORTICACIÓN)	3
	EXTENSION ANORMAL (DESEREBRACIÓN)	2
	NINGUNA	1

TRAUMA LEVE	TRAUMA MODERADA	TRAUMA GRAVE
13 - 15	9 - 12	3 - 8
Perdida de conciencia < minutos	Perdida de conciencia > minutos	Perdida de conciencia > horas



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación - 2021-2023 - editado por: T. Heather Herdman, phd, RN, FNI y Shigemi Kam'rturu phd, RN, FNI. 12ª edición 2022.
2. Clasificación de resultados de enfermería NOC-medición de resultados en salud, sexta edición- editado Sue Moorhead.Elizabeth Swanson. Marion Johnson.2018
3. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC, séptima edición editado por Howard Butcher, Gloria M. Bulechek.2018
4. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
5. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2021 - 2023.
www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_mc.
6. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud - NTS N 029- MINSA/D1GEPRES-V.02.
7. Programa de Acción Enfermedades Cardiovasculares e Hipertensión Arterial Primera Edición. 2001 D.R. © Secretaría de Salud Lijja 7, Col. Juárez 06696 México, D.F.
8. R.D Nº 261 -2014/11- HCH/06- Hospital Cayetano Heredia - guía de intervención de Enfermería - Prevención de Riesgos: de Aspiración, Caídas, de desarrollar Úlceras por Presión.
9. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<http://empendium.com/manualmibe/chapter/834.ii.3>.
10. Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31>
11. Escalas de sedación y analgesia. Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación/sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.
<http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/sedoanalgesia/escalaseaoanalgesiahtml>
12. La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia consistente ...
<http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.p>



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

5.1.8. PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS: TEC- ACV - HSD - SINDROME GUILLAIN BARRE - TETANOS - SINDROME CONVULSIVO (CODIGO: PCEP-08)

1. ASPECTOS GENERALES:

✓ TRAUMATISMO ENCEFALO CRANEANO:

Es una lesión física o deterioro funcional de contenido craneal secundario a un intercambio brusco de energía mecánica.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Dificultad para despertar, para hablar, confusión, cefalea intensa, vómitos, debilidad generalizada.

CLASIFICACIÓN:

- Leve: (Glasgow: 14 - 15) Los pacientes experimentan pérdida de la conciencia menor a quince minutos y presentan dolor de cabeza, confusión y amnesia, existe una recuperación neurológica completa a pesar de que algunos de estos pacientes tienen dificultades de concentración o memoria pasajeras.
- Moderado: (Glasgow 9 - 13) El paciente se encuentra letárgico o estuporoso. Clínicamente, los pacientes con TEC moderado requieren hospitalización y pueden necesitar una intervención neuroquirúrgica además están asociados con una mayor probabilidad de hallazgos anormales en las técnicas de neuroimagen. Estos pacientes también pueden desarrollar un síndrome post conmoción (estado de inestabilidad nerviosa después de un TEC leve o moderado). Las características principales son fatiga, mareo, cefalea y dificultad para la concentración.
- Grave: Pupila anisocórica, un signo de un daño cerebral grave, el TEC grave o severo (Glasgow: 3 - 8) el paciente tiene un estado comatoso, no puede abrir sus ojos, seguir órdenes y sufre de lesiones neurológicas significativas. Por lo general tiene una neuroimagen anormal, se observa fractura del cráneo o hemorragia intracraneal. Se debe tomar medidas urgentes para el control de la vía aérea, ventilación mecánica, evaluación o intervención neuroquirúrgica y monitorización de la presión intracraneal (PIC). La recuperación es prolongada y generalmente incompleta. Un porcentaje significativo de pacientes con TEC grave no sobrevive más de un año.

✓ ACCIDENTE CEREBROVASCULAR:

Es la aparición de déficit neurológico relacionado con la disminución del flujo sanguíneo cerebral producido por la oclusión o estenosis de los vasos sanguíneos por embolia, trombosis o hemorragia, lo que causa isquemia cerebral.

CLASIFICACIÓN:

- ACV isquémico: Es el más común, el suministro de sangre se detiene debido a un coágulo de sangre.
- ACV Hemorrágico: Un vaso sanguíneo debilitado se rompe y produce daños cerebrales, provocando hemorragia.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Los síntomas más comunes son: Inicio súbito de hemiparesia, monoparesia o cuadriparesia, déficit hemisensitivo, pérdida de la visión monocular o binocular, déficit del campo visual, diplopía, disartria, ataxia, vértigo, afasia, disminución repentina en el nivel de conciencia.

✓ HEMATOMA SUBDURAL:

Es una acumulación de sangre entre la cubierta del cerebro (duramadre) y la superficie del cerebro, con frecuencia de origen venoso. La causa más común es un traumatismo o está relacionado con tendencias hemorrágicas y ruptura de Aneurisma.

CLASIFICACIÓN: Puede ser:

- Agudo (Lesión Cefálica Mayor).
- Sub agudo (Secuela de Contusión menos grave).



➤ **Crónica** (lesión menor en la cabeza)

MANIFESTACIONES CLÍNICAS: Lenguaje confuso o mal pronunciado, Dificultad con el equilibrio o la marcha, Dolor de cabeza, Falta de energía o confusión, Convulsiones o pérdida del conocimiento, Náuseas y vómitos, Debilidad o entumecimiento, Problemas visuales.

✓ **SÍNDROME GUILLAIN BARRE (POLINEURITIS INFECCIOSA AGUDA):**

Es un cuadro inflamatorio y degenerativo de las raíces nerviosas periféricas y craneales de etiología desconocida, precedida por infección vírica o bacteriana. **MANIFESTACIONES CLÍNICAS:** Los primeros síntomas consisten en debilidad y hormigueo, que suelen empezar en las piernas y pueden extenderse a los brazos y la cara, en algunos casos puede producir parálisis de las piernas, los brazos o los músculos faciales. En los casos graves pueden verse afectadas el habla y la deglución.

✓ **TÉTANOS:**

Es una enfermedad del sistema nervioso caracterizada por espasmos y aumento del tono muscular debido al tétano espasmínico que es una potente toxina proteica elaborada por el *CLOSTRIDIUM TETANI*, se presenta con actividad intensa de las neuronas motoras.

✓ **SÍNDROME CONVULSIVO:**

Las crisis convulsivas son episodios de actividad motora, sensorial autónoma o psíquica (o combinación de ambas) que resulta de la descarga excesiva y repentina de las neuronas cerebrales. Las crisis pueden ser parciales (afectando solo una parte del Cerebro) o generalizadas (afectación cerebral total).

II. POBLACIÓN OBJETIVA:

Pacientes que son hospitalizados en el servicio de medicina con Enfermedades Neurológicas: Traumatismo Encefalo craneano, Accidente cerebrovascular, Síndrome Guillain Barre, Tétanos - Síndrome Convulsivo.

III. OBJETIVO:

- ✓ Brindar atención integral, oportuna y efectiva a los pacientes con enfermedades Neurológicas.
- ✓ Estandarizar Cuidados de Enfermería a Pacientes con enfermedades Neurológicas.

IV. PERSONAL RESPONSABLE:

Licenciada (o) en Enfermería.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código :00201 RIESGO DE PERFUSION TISULAR CEREBRAL INEFICAZ r/c ✓ Lesiones cerebrales ✓ Tumor cerebral. ✓ Fibrilación auricular	Código (0912) ✓ Estado neurológico:	(2620) MONITORIZACIÓN NEUROLÓGICA: ✓ Evalúe el estado de conciencia por medio de la escala de Glasgow. (Anexo 18) ✓ Mantenga cabecera elevada a 30 - 45°. ✓ Examine pupilas, observar tamaño simetría, reacción a la luz ✓ Vigile reflejo corneal. ✓ Monitoree simetría facial. ✓ Compruebe reflejo tusígeno. ✓ Observe si hay trastornos visuales: diplopía, nistagmo, visión borrosa. ✓ Observe si hay parestesias, entumecimiento y hormigueos. ✓ Vigile respuesta de Babinski. ✓ Observe adopción de posturas anómalas indicadoras de decorticación o descerebración. ✓ Observe drenaje de cualquier tipo por nariz u oídos ✓ Prevenga la aparición de convulsiones, suministrando anticonvulsivantes según prescripción médica.	✓ Isquemia Cerebral. ✓ Hipertensión Intracraneana. ✓ Hipoxemia.	✓ 090901 conciencia. ✓ 090908 tamaño pupilar. ✓ 090924 capacidad cognitiva.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Domnio 04: ✓ Actividad - reposo. Clase 04: Respuestas cardiovasculares / pulmonares		(2550) MEJORA DE LA PERFUSIÓN CEREBRAL ✓ Induzca una hipertensión mediante la expansión de volúmenes o agentes inotrópicos ó vasoconstrictores según prescripción. ✓ Administre expansores de volumen intravascular (coloídes, hemoderivados y cristaloides). Según prescripción médica. ✓ Administre manitol según prescripción médica. ✓ Administre tratamiento indicado ✓ Monitoree el estado neurológico y respiratorio. ✓ Monitoree entradas y salidas. ✓ Realice balance hídrico. (2540) TRATAMIENTO DEL EDEMA CEREBRAL: ✓ Observe si hay signos de confusión, cambios del nivel de conciencia, signos de mareo y síncope. ✓ Monitoree signos vitales. ✓ Monitoree PVC. ✓ Disminuir los estímulos ambientales. ✓ Suministre sedación si es necesario. ✓ Evite maniobras de valsalva. ✓ Administre agentes bloqueadores neuromusculares según prescripción. ✓ Monitoree valores de laboratorio (Na, K, osmolaridad sérica y urinaria.)		

	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(2380) MANEJO DE LA MEDICACIÓN: ✓ Administre medicamentos según prescripción. ✓ Administre y vigile los efectos de los diuréticos osmóticos. ✓ Administre anticoagulantes según prescripción. ✓ Observe el manejo terapéutico de la medicación en el paciente. ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 6) ✓ Registre en la nota evolución de Enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00030: DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES r/c ✓ Desequilibrio ventilación perfusión. Evidenciado por: ✓ Hipoxia. ✓ Hipoxemia ✓ Cambios en la membrana alveolo - capilar. Dominio 03: ✓ Eliminación e Intercambio. Clase 04: ✓ Función respiratoria	Código: (0402) ✓ Estado Respiratorio: intercambio gaseoso:	(3140) MANEJO DE LA VÍA AÉREA: ✓ Apertura la vía aérea, mediante la técnica de elevación de barbilla o pulsión mandibular. ✓ Identifique al paciente que requiera de manera real/potencial la intubación de vías aéreas. ✓ Asiste en la colocación de una vía aérea oral o nasofaríngea, según prescripción médica ✓ Realice la aspiración endotraqueal o nasotraqueal según corresponda. (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Vigile la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones ✓ Observe si se producen respiraciones ruidosas, como estridor o ronquidos. ✓ Monitoree los patrones de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación, respiraciones de Kussmaul, respiraciones de Cheyne-Stokes, respiración apnéustica, Biot y patrones atóxicos. (3320) OXIGENOTERAPIA: ✓ Elimine las secreciones bucales, nasales y traqueales según corresponda. ✓ Prepare el equipo de oxígeno y administre a través de un sistema humidificado. ✓ Administre oxígeno según requerimientos y resultados de AGA.	✓ Alcalosis. ✓ Hipoxemia. ✓ Insuficiencia respiratoria aguda.	✓ 040214 equilibrio entre ventilación y perfusión. ✓ 040211 saturación de O2





	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		✓ Vigile el flujo de litros de oxígeno. ✓ Observe signos de hipoventilación y toxicidad por el oxígeno. ✓ Controle la eficacia de la oxigenoterapia (Pulsioximetría y gasometría arterial). (3300) MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: Invasiva. ✓ Evalúe patrón respiratorio, frecuencia, movimientos torácicos, hiperventilación, o respiración atóxica o apneustica. ✓ Revise ventilador mecánico, alarmas, parámetros y conexiones ✓ Compruebe la colocación del TET. ✓ Verifique la elevación de la caja torácica, [auscultar murmullo vesicular igual en los dos hemitórax]. ✓ Compruebe regularmente todas las conexiones del ventilador. ✓ Observe si se producen efectos adversos de la ventilación mecánica. (infección, barotrauma y disminución del gasto cardíaco).		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS. r/c ✓ Incapacidad para controlar las secreciones. ✓ Secuenciales a disfunción neuromuscular. ✓ Hiperplasia de las paredes bronquiales. Evidenciado por: ✓ Presencia de secreciones. Dominio 11: ✓ Seguridad/protección. Clase 2: ✓ Lesión física.	Código (0410) ✓ Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias.	(3120) INTUBACIÓN Y ESTABILIZACIÓN DE LA VÍA AÉREA: ✓ Utilice implementos de Protección Personal – EPP. ✓ Seleccione el tamaño adecuado del tubo endotraqueal según indicación. ✓ Asiste en la Intubación Endotraqueal. ✓ Marque la posición del TET. ✓ Verifique la permeabilidad del TET. ✓ Monitoree el estado respiratorio según corresponda. (3350) MONITORIZACIÓN RESPIRATORIA: ✓ Monitoree movimiento torácico: simetría, uso de músculos accesorios y retracción de músculos intercostales y a que tosa al final de la exhalación. ✓ Observe si hay disnea y sucesos que la mejoran o la empeoran. (3160) ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS: ✓ Realice higiene de manos según norma. ✓ Use el Equipo de protección personal. ✓ Tome precauciones universales. ✓ Informe al paciente y familiar sobre aspiración. ✓ Registre el tipo y cantidad de la aspiración oral y/o traqueal.	✓ Neumonía aspirativa. ✓ Insuficiencia Respiratoria Aguda. ✓ Paro respiratorio por Obstrucción de la Vía Aérea.	✓ 041004 Ritmo respiratorio. ✓ 041012 capacidad de eliminar secreciones. ✓ 041019 tos.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		✓ Envíe las secreciones para test de cultivo y de sensibilidad, si procede. (3300) MANEJO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA: INVASIVA. ✓ Evalúe patrón respiratorio, frecuencia, movimientos torácicos, hiperventilación, o respiración atóxica o apneustica. ✓ Revise ventilador mecánico, alarmas, parámetros y conexiones. ✓ Compruebe la colocación del TET. ✓ Verifique la elevación de la caja torácica, (auscultar murmullo vesicular igual en los dos hemitórax). ✓ Valore la sedación con Escala RASS. (Anexo 9) ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 6) ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00129. CONFUSIÓN CRÓNICA. r/c ✓ Enfermedades del sistema nervioso central. ✓ Trastorno neurocognitivo. ✓ Accidente cerebrovascular. Evidenciado por: ✓ Alteración de la personalidad. Dominio 05: ✓ Percepción/Cognición. Clase 04: ✓ Cognición.	Código (0912) ✓ Estado neurológico:	(4820) ORIENTACIÓN DE LA REALIDAD: ✓ Proporcione ambiente físico consecuente y una rutina diaria. ✓ Utilice señales ambientales (signos, cuadros, relojes, calendarios y codificación en color del paciente) para estimular la memoria, reorientar y fomentar una conducta adecuada. ✓ Fomente el uso de dispositivos de ayuda que aumenten la estimulación sensorial (gafas, audífonos, prótesis dentales, etc.). ✓ Permita el acceso a las noticias de la actualidad, cuando corresponda. ✓ Identifique al paciente por su nombre y acercarse lentamente, sin prisas. ✓ Hable con suavidad y a un volumen adecuado. (6450) MANEJO DE LAS IDEAS DELIRANTES: ✓ De al paciente la oportunidad de discutir sus ilusiones con el cuidador. ✓ Disponga comodidad y seguridad ✓ Establezca actividades recreativas y de diversión que requieran atención o habilidad. ✓ Vigile estado psíquico del paciente. ✓ Compruebe la capacidad de cuidados en sí mismo. ✓ Registre en la evolución de enfermería.	✓ Agitación. ✓ Alucinaciones. ✓ Intranquilidad. ✓ Disminución de la escala de Glasgow.	✓ 090901 conciencia.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00051 DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN VERBAL r/c ✓ Alteración del sistema nervioso. ✓ Disminución de la circulación cerebral. ✓ Tumor cerebral. ✓ Alteración del Sistema Nervioso Central. ✓ Debilitamiento del sistema músculo esquelético. Evidenciado por: ✓ disartria. ✓ Deterioro de la habilidad para hablar Dominio 05: ✓ Percepción/Cognición Clase 05: ✓ Comunicación.	Código: (0902) ✓ Comunicación:	(4920) ESCUCHA ACTIVA: ✓ Muestre interés en el paciente. ✓ Haga preguntas o utilice frases que animen a expresar sentimientos y preocupaciones. ✓ Escuche por sí hay mensajes y sentimientos no expresados, así como el contenido de la conversación. (7840) USO DE OTRO TIPO DE COMUNICACIÓN: ✓ Observe e intente comprender sus gesticulaciones y expresiones corporales. (4976) MEJORAR LA COMUNICACIÓN: DÉFICIT DEL HABLA: ✓ Escuche con atención. ✓ Utilice palabras simples y frases cortas. (5520) FACILITAR EL APRENDIZAJE: ✓ Use palabras sencillas y formar frases cortas. ✓ Permanezca frente al paciente al hablarle. ✓ Mantenga el tono de voz adecuado. ✓ Refuerce la comunicación verbal con la no verbal. ✓ Registre en la evolución de enfermería.	✓ Dificultad para mantener comunicación.	✓ 090202 utilización el lenguaje hablando



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00085 DETERIORO DE LA MOVILIDAD FÍSICA. <i>r/c.</i> ✓ Alteración neurológica. ✓ Deterioro neuromuscular. ✓ Intolerancia a la actividad o disminución de la fuerza o resistencia. ✓ Deterioro cognitivo. ✓ Disminución de la fuerza, control o masa muscular. ✓ Rigidez o contracturas articulares.	Código: (0208) ✓ Movilidad:	(0224) TERAPIA DE EJERCICIOS: Movilidad articular. ✓ Coordine terapia de Ejercicio con Rehabilitación. ✓ Realice ejercicios pasivos y activos según la tolerancia. (1800) AYUDA CON EL AUTOCUIDADO: ✓ Determine las necesidades de ayuda del paciente con las actividades instrumentales de la vida diaria. ✓ Aliente la actividad independiente. ✓ Proporcione técnicas que fomenten la capacidad cognitiva (horas de medicación, relojes visibles etc.). (6490) PREVENCIÓN DE CAÍDAS: ✓ Valore riesgos de Caídas. (Anexo 14, 15) ✓ Ayude a la deambulación de persona inestable. ✓ Coloque barandas y apoye manos visibles. ✓ Proporcione una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad. (6650) VIGILANCIA: SEGURIDAD. ✓ Coloque al paciente en un ambiente menos restrictivo que permita el nivel necesario de observación.	✓ Inmovilidad Física.	✓ 020809 coordinación. ✓ 020810 marcha.

Evidenciado por:

- ✓ Alteración de la marcha.
- ✓ Inestabilidad postural.

Dominio 4:

- ✓ Actividad/Reposo

Clase 2:

- ✓ Actividad - Ejercicio.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		✓ Determinar el grado de vigilancia requerido por el paciente en función del nivel de funcionamiento y de los peligros presentes en el ambiente. ✓ Identifique las actividades que puede realizar de forma autónoma. ✓ Proporcione sistemas de ayuda para la movilización, (andador, multas, bastones) ✓ Fije sondas, drenajes, tubos de modo que no interfieran con la movilización. ✓ Deje al alcance del paciente un sistema de llamada que pudiera utilizar. ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00044 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD TISULAR <i>r/c</i> ✓ Deterioro de la Circulación. ✓ Deterioro de la Movilidad por factores Mecánicos (p.ej., presión, cizallamiento, fricción). ✓ inmovilización Evidenciado por: ✓ Disminución de la fuerza muscular. Domino:11: ✓ Seguridad/protección. Clase: 02 Lesión física.	Código:(1101) ✓ Integridad tisular: Piel y membranas mucosas.	(0840) CAMBIO DE POSICIÓN: ✓ Coloque sobre un colchón /cama terapéuticos. ✓ Aplique cambios de posición cada 2 horas. (Anexo 4, 5) ✓ Vigile el estado de oxigenación antes y después del cambio de posición. ✓ Explicar al paciente que se le va a cambiar de posición, según corresponda (3500) MANEJO DE PRESIONES: ✓ Coloque almohadillas en los bordes de yesos ásperos y las conexiones de tracción. ✓ Mantenga en todo momento una posición funcional, cuerpo alineado y extremidades apoyadas. ✓ Valore estado de la piel en las prominencias Oseas ✓ Cambie de posición cada 2 horas. (Anexo 4, 5) ✓ Realice masajes suaves en la zona afectada.	✓ Ulceras por presión.	✓ 110113 Integridad de la piel. ✓ 110111 perfusión tisular.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00047 RIESGO DE DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA. <i>f/r</i> ✓ Factor mecánico. ✓ Disminución del nivel de consciencia. ✓ Inmovilización. Dominio 11: ✓ Seguridad/Protección. Clase 02: ✓ Lesión física.	Código: 1902 ✓ Control del riesgo:	(3540) PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN: ✓ Valoración de factores de riesgo. (Anexo 1, 2, 3) Vigile cualquier zona enrojecida. ✓ Aplique barreras de protección como cremas o compresas absorbentes para eliminar el exceso de humedad. ✓ Vigile fuentes de presión y de fricción. ✓ Registre el estado de la piel durante el ingreso y luego a diario.	✓ Ulceras por presión.	✓ 190220 identifica los factores de riesgo.
		(3590) VIGILANCIA DE LA PIEL: ✓ Observe su color, calor, pulso, textura y si hay inflamación edemas y úlceras en las extremidades. ✓ Observe si hay erupciones y abrasiones en la piel. ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00132 DOLOR AGUDO r/c ✓ Agente Lesivo Físico. Evidenciado por: ✓ Facies de dolor. Dominio 12: ✓ Confort. Clase 01: ✓ Confort Físico.	Código: (1605) ✓ Control del dolor:	(1400) MANEJO DEL DOLOR: ✓ Realice una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición, duración, frecuencia, calidad, intensidad o severidad del dolor y factores desencadenantes. (Anexo 11) ✓ Asegure de que el paciente reciba los cuidados analgésicos prescritos. ✓ Evalúe las experiencias pasadas con el dolor que incluya a la historia individual y familiar de dolores crónicos. (2210) ADMINISTRACIÓN DE ANALGÉSICOS: ✓ Elige la vía IV, en vez de la IM, para inyecciones frecuentes de medicación contra el dolor. ✓ Instruya para que se solicite la medicación PRN para el dolor antes de que el dolor sea severo. ✓ Evalúe y registre el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos. (Anexo 9) ✓ Administre los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia, especialmente con el dolor severo.	✓ Dolor Agudo. ✓ Taquicardia.	✓ 160516 describe el dolor.



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(2380) MANEJO DE LA MEDICACIÓN: ✓ Determine los fármacos necesarios y administre de acuerdo con la prescripción médica y/o el protocolo. ✓ Observe los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente. ✓ Aplique los 11 correctos en la administración de medicamentos previa prescripción médica. (Anexo 6) ✓ Registre en la evolución de enfermería.		

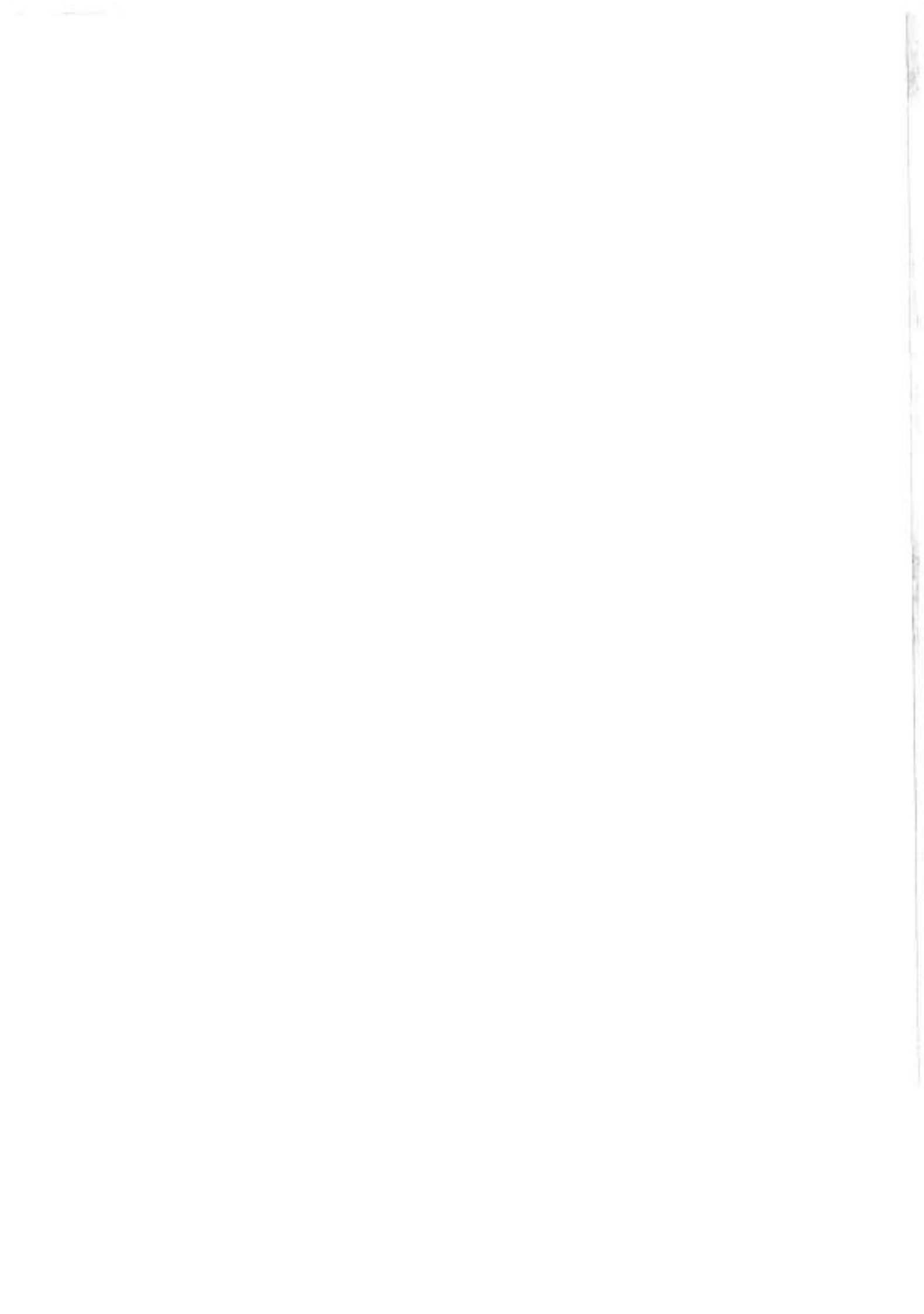


	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
---	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
Código: 00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA r/c ✓ Deterioro sensitivo motor. EVIDENCIADO POR: ✓ Disminución del flujo urinaria. Domnio 03: ✓ Eliminación e intercambio. Clase 01: ✓ Función Urinaria.	Código:(0503) ✓ Eliminación urinaria.	(0590) MANEJO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA: ✓ Observe signos y síntomas de retención Urinaria. ✓ Valore ingesta de líquidos. ✓ Valore eliminación urinaria, flujo y características. (0580) SONDAJE VESICAL: solo si corresponde: ✓ Realice el procedimiento con técnica aséptica. ✓ Explique el procedimiento al paciente. ✓ Registre el procedimiento en la HC. (2380) MANEJO DE LA MEDICACIÓN: ✓ Administre diuréticos previa prescripción. ✓ Verifique efectividad del medicamento. ✓ Determine un horario de administración que interfiera con el descanso. (4120) MANEJO DE LÍQUIDOS: ✓ Registre los Ingresos y Egresos. ✓ Vigile estado de hidratación (mucosa húmeda, pulso adecuado y presión arterial ortostática). ✓ Valore sobrecarga de líquidos (Crepitantes, elevación de la PVC.) ✓ Controle ingesta de líquidos. ✓ Realice balance hídrico estricto.	✓ Globo vesical. ✓ Retención urinaria. ✓ Edemas.	✓ 050301 patrón de eliminación. ✓ 050303 cantidad de orina.





	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización médica, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	---	--------------------------

PROTOCOLO DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ENFERMEDADES NEUROLÓGICAS

DIAGNOSTICO ENFERMERÍA	RESULTADOS ESPERADOS (NOC)	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA (NIC)	COMPLICACIONES	INDICADORES DE SEGUIMIENTO
		(6540) CONTROL DE INFECCIONES: ✓ Mantener adecuada Higiene Perianal. ✓ Mantenga ropa de cama y pañales secos ✓ Cambie la sonda vesical según protocolo. ✓ Realice higiene de manos. ✓ Observe características de la orina. ✓ Registre en la evolución de enfermería.		



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. NANDA Internacional Diagnósticos Enfermeros - Definiciones y Clasificación - 2021-2023 - editado por: T. Heather Herdman, phd. RN, FNI y Shigemi Kam'rturu phd. RN, FNI. 12ª edición 2022.
2. Clasificación de resultados de enfermería NOC-medición de resultados en salud, sexta edición- editado Sue Moorhead.Elizabeth Swanson. Marion Johnson.2018
3. Clasificación de intervenciones de enfermería NIC, séptima edición editado por Howard Butcher, Gloria M. Bulechek.2018
4. Bravo Peña, Mery. Guía Metodológica del PAE. Taxonomía NANDA; NOC NIC – Propuesta de Registro de Enfermería por Especialidades con SOAPIE - 4ta Edición - Asociación Peruana de Diagnósticos de Enfermería - ASPEDEN.
5. Aplicación EDUCSA NANDA/NOC/NIC 2021 - 2023.
www.educsa.es/aplicacion_nanda_noc_mc.
6. Norma técnica de salud de auditoría de la calidad de la atención en salud - NTS N 029- MINSA/D1GEPRES-V.02.
7. R.D Nº 261 -2014/11- HCH/06- Hospital Cayetano Heredia - guía de intervención de Enfermería - Prevención de Riesgos: de Aspiración, Caídas, de desarrollar Ulceras por Presión.
8. Medicina Interna Basada en Evidencias:
<http://empendium.com/manualmibe/chapter/B34.II.3>.
9. Los correctos en administración de medicamentos.
<https://es.slideshare.net/wildert31>
10. Escalas de sedación y analgesia. Ramsay. Escala de sedación. Riken. Escala agitación/sedación. RASS. Richmond Agitation Sedation Scale. MAAS.
<http://www.rccc.eu/ppc/protocolos/sedoanalgesia/escalaseaoanalgesiahtml>
11. La escala de coma de Glasgow es una valoración del nivel de conciencia.
<http://www.agapap.org/druagapap/system/files/EscalaGlasgow.pdf>



	Protocolo de cuidados de enfermería al paciente adulto en hospitalización medicina, del Departamento de Enfermería del Hospital Emergencia Ate Vitarte.	Versión: 01 Año: 2022
--	--	--

V. RESPONSABILIDADES.

6.1. Responsabilidad de la Jefa de Departamento de Enfermería

- La Jefa del Departamento está a cargo y es responsable de la orientación para el logro, Proactividad, Rigurosidad, Flexibilidad, Innovación, Toma de decisiones, Trabajo en equipo y compromiso para el logro de los objetivos del presente protocolo de cuidados de enfermería.
- Demás funciones establecidas en su perfil de puesto.

6.2. Responsabilidad de los supervisores y/o coordinadores de los servicios de enfermería:

El supervisor es responsable de hacer cumplir lo siguiente:

- Elaborar y remitir a la jefa del departamento de Enfermería los indicadores de seguimiento según anexos del presente protocolo de cuidados de enfermería.
- Registrar y reportar a la jefa del departamento de Enfermería, las acciones y ocurrencias ocasionadas en el proceso de gestión de los cuidados de enfermería hacia el paciente en emergencia.
- Participar en la elaboración, actualización e implementación del protocolo, a fin de brindar calidad en la atención del usuario.
- Implementar los procesos relacionados a un equipo de trabajo comprometido con los objetivos institucionales que estandariza los procedimientos administrativos.

6.3. Responsabilidad del Lic. de enfermería (a):

- Cumplir con rigurosidad los lineamientos del presente protocolo de cuidados a fin de brindar calidad en la atención del usuario.

VII. ANEXOS

N°	NOMBRE	Pág.
01	Flujograma de guía de procedimiento de valoración del riesgo de lesión por presión.	18
02	Instrumento de valoración de riesgo de lesión por presión (escala Braden Q.)	19
03	Identificación de posiciones para desarrollar lesiones por presión.	20
04	Reloj de cambios posturales para prevención de lesión por presión (LPP).	21
05	Ficha de evaluación de úlcera por presión.	22
06	Administración de medicamentos; aplicación de los 15 correctos.	23
07	Identificación y registro de riesgos.	42
08	Valoración de niveles de conciencia.	43



09	Escala RASS de sedación - agitación	44
10	Valoración riesgo de aspiración.	46
11	Escala visual analógica del dolor (EVA).	47
12	Escala de ansiedad de Hamilton.	48
13	Valoración de los síntomas de los estados de ansiedad.	49
14	Valoración de riesgo de caídas (J.H DOWNTON)	76
15	Semaforización de riesgo de caídas	79
16	Notificación del evento adverso de caída de paciente	80
17	Formato de recolección de datos de caídas	81
18	Escala de coma de GLASGOW	113



