

APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA NANDA NIC Y NOC DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN SALA DE OBSERVACIÓN Y/O SALA DE REANIMACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Juan Sebastián Cárdenas
John Alexander Garnica Torres
Diego Fernando Gordillo Charari
:

**Universidad De La Sabana
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Programa Especialización en Cuidado Crítico
Énfasis en Urgencias y trauma
Chía, Cundinamarca
2017**

APLICACIÓN DE LA HERRAMIENTA NANDA NIC Y NOC DENTRO DEL PLAN DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN EN SALA DE OBSERVACIÓN Y/O SALA DE REANIMACIÓN DEL SERVICIO DE URGENCIAS DE LA CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Juan Sebastián Cárdenas
John Alexander Garnica Torres
Diego Fernando Gordillo Charari

Docente Asesora
Myriam Abaunza De G

**Universidad De La Sabana
Facultad de Enfermería y Rehabilitación
Programa Especialización en Cuidado Crítico
Énfasis en Urgencias y trauma
Chía, Cundinamarca
2017**

Oración de la enfermería

Señor Jesús, quiero que seas luz en mis conocimientos profesionales y que sigas siendo el Señor de mi vida cuando tenga bajo mi cuidado esos seres humanos que necesitan de mi ayuda; gracias por hacer de mí un/una enfermero (a) dispuesto (a) a dar lo mejor de sí mismo (a).

Gracias por ser tú el maestro, mi fuente de inspiración, mi guía, mi Señor.

Dame Señor Jesús vida en la salud que llevo a los enfermos, esperanza en las palabras de consuelo, camino en mis pasos para aliviar el dolor del otro, mi prójimo, mi paciente, mi hermano en Jesús.

Gracias por esta felicidad que me embarga hoy, gracias por fortalecerme en los momentos difíciles, cuando me vi angustiado (a) y desesperado (a), gracias por tenderme tu mano y con tu mirada serena invitarme a intentarlo otra vez y a no desfallecer.

JESÚS enfermero de todos, yo te cuidaré en cada uno de los hermanos que sufren.

Bendice a todos los enfermos, fortalécelos en la enfermedad. Concédeme amar y ser generoso (a) cuando cuide de ellos, dadme paciencia para ayudar a los que sufren, fuerza y valor para ayudar a los que lloran, pero sobre todo continúa dándome amor y seguridad al ofrecer mi cuidado y por favor nunca permitas que por cansancio, negligencia o falta de gestión coloque en riesgo la vida de mi paciente.

Haz siempre Señor de mí un (a) enfermero (a) humilde, amorosa(o) de su profesión y de lo que hace. No olvides Señor que quiero tenerte siempre cerca de mí, sobre todo en las noches que pasaré al lado de mis enfermos, vela conmigo señor.

Bendice a mis enfermos, mis seres queridos, mis profesores, compañeros y amigos y bendíceme a mí, yo también te bendigo SEÑOR JESÚS por siempre.

“En agradecimiento a todos los profesionales de enfermería que participaron en este proyecto, a la Facultad de Enfermería y rehabilitación de la Universidad de la Sabana, a la Clínica Universidad de la Sabana, a nuestra docente Myriam Abaunza, a nuestras familias y a todas las personas del común que aportaron conocimiento, tiempo y apoyo para lograr esta meta”.

Contenido

INTRODUCCION.....	7
1. Plataforma de proyecto.....	8
1.1 Contexto Institucional.....	8
Clínica Universidad De La Sabana	8
Misión	8
Visión	8
Responsabilidad Social.....	8
Organigrama	9
Principios éticos	9
Valores Institucionales.....	10
Direccionamiento estratégico.....	10
Funciones del personal de enfermería en urgencias.....	11
1.2 Contexto del servicio de urgencias Clínica Universidad de la Sabana.....	12
2. Planteamiento del problema	13
2.1 Descripción del problema:	13
3. Arbol de problema	14
4. Justificación	15
5. Soporte Conceptual :	18
NANDA.....	18
NIC.....	18
NOC.....	18
Proceso de atención de enfermería	19
6. Soporte teórico:	20
Callista Roy:.....	20
Sistema Adaptativo Humano: SAH:	21
Ambiente	21
Nivel de adaptación	22
Modelo funcional Clínica Universidad de la Sabana:.....	22
7. Articulació PAE con el modelo de adaptacion de Callista Roy.	25
8. Objetivos	26
8.1 Objetivo general:	26

8.2 Objetivos específicos.....	26
9. Aspectos éticos:	27
10. Metodología:	28
10.1 Matriz del marco lógico:	30
10.2 Cronograma de actividades.	34
10.3 Plan de acción:	36
11. Resultados	41
Gráfica N°1:	41
Gráfica N°2:	42
Gráfica N°3:	43
Gráfica N°4:	44
Gráfica N°5:	45
Gráfica N°6:	46
12. Conclusiones:	47
13. Recomendaciones:	47
14. Bibliografía	48
Anexos.	53
Anexo 1: Guía para registros de enfermería en paciente no traumatizado.....	53
Anexo 2: Guía para registros de enfermería en paciente politraumatizado.....	57
Anexo 3. Instructivo para ingreso a la base de datos NNNConsult.....	61
Anexo 4. Planillas de asistencia capacitaciones grupo de enfermería urgencias.....	69
Anexo 5. Tabla de Diagnósticos de enfermería	71
00013 Diarrea	73
00016 Deterioro de la eliminación urinaria	75
00029 Disminución del gasto cardiaco	76
00030 Deterioro del intercambio de gases.....	78
00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.....	80
00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.....	81
00026 Exceso del volumen de líquidos.....	84
00027 Déficit del volumen de Líquidos.....	86

00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracraneal.....	87
00150 Riesgo de suicidio.....	88
00121 Trastorno de la identidad personal.....	90
00118 Trastorno de la imagen corporal.....	92
00004 Riesgo de infección.....	94
00007 Hipertermia.....	96
00046 Deterioro de la integridad cutánea.....	97
00132 Dolor agudo.....	99

INTRODUCCION

El servicio de urgencias de la Clínica Universidad de la Sabana es un escenario dinámico y exigente para el personal de enfermería que allí labora, dado, en primer lugar, por el elevado flujo de pacientes que requieren óptimos cuidados de enfermería bajo rigurosos estándares de calidad, y en segunda medida, por su localización geográfica que lo convierten en un servicio de alta complejidad, en donde el personal de enfermería se esfuerza por brindar un cuidado humanizado, de calidad y excelencia.

Para llevar a cabo la aplicación del cuidado de enfermería con enfoque humanizado desde el área de enfermería se hacen a diario múltiples esfuerzos para que la calidad del cuidado que se le brinda a cada uno de los usuarios que frecuenta la institución sea el mejor a través de estrategias como el modelo funcional que rige a enfermería “Compromiso y tono humano en el cuidado de enfermería para la adaptación del paciente y su cuidador durante la atención en la institución de salud”¹

“El modelo ha logrado ser referente por identificar los puntos en común entre la teoría de enfermería, orientada por el Modelo Conceptual de Adaptación de Callista Roy, en el cual se ve al paciente de forma holística, y la práctica con los pacientes, guiada con el desarrollo del Modelo Funcional, que permite aplicar la teoría a través de seis momentos del cuidado en los que se resignifican la condición y la adaptación de los pacientes: el ingreso, la valoración de enfermería, la asistencia a necesidades básicas, el cambio de turno, la administración de medicamentos y el egreso del paciente, teniendo como aspectos transversales la comunicación y la educación”¹

Siguiendo este tipo de iniciativas que hace la institución para hacer visible la labor del profesional de enfermería, surge la necesidad de implementar la estrategia NANDA NIC NOC a través de la herramienta NNNCONSULT a la cual tiene acceso y libre uso de la misma todo trabajador de la Clínica Universidad de la Sabana con el fin de enfocar y soportar científicamente las intervenciones que se llevan a diario en dicho servicio; específicamente en el área de reanimación y observación para así tener una visión holística de cada uno de los paciente internos en dicho servicio y garantizar que la calidad de cuidado brindado sea la mejor.

1. Plataforma de proyecto

1.1 Contexto Institucional

Clínica Universidad De La Sabana

Corporación civil sin ánimo de lucro, concebida como centro de docencia, asistencia e investigación de la Universidad de la Sabana, que proporciona servicios de atención integral en salud con proyección social, localizada en la Autopista Norte - Vía La Caro Km.21 en el municipio de Chía Cundinamarca.¹ Cuenta con los servicios de hospitalización, rehabilitación, urgencias, cirugía, laboratorio clínico, imágenes diagnósticas, diversas especialidades médicas, Consulta externa, preparación para exámenes, programa prevención y cuidado de lesiones en piel, farmacología, unidad de Cuidados Especiales.²

Misión

Somos un Centro Académico de Salud de alta complejidad, dedicado a la asistencia, la formación de personas y la investigación biomédica, que busca la excelencia, la promoción de la vida y la calidez en el servicio, en el marco de la visión cristiana de la persona humana.

Visión

Al año 2019, ser reconocidos como el Campus Biomédico de la Universidad de La Sabana, líder en el país, referencia en trauma y centro de excelencia en rehabilitación

Responsabilidad Social

La Responsabilidad social en la Clínica Universidad de La Sabana tiene tres dimensiones que surgen como en un diagrama centrífugo para lograr la proyección e impacto social, estas son la dignidad trascendente de la persona humana, la calidad y el trabajo bien hecho y Campus Biomédico³

¹ Clínica Universidad de la sabana. Código de ética y buen Gobierno. Direccionamiento estratégico. 2015. Documento tomado de la Web. Disponible en: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Clinica_Universitaria/2015/CODIGO_DE_ETICA_2015.pdf

² Clínica Universidad de la sabana. Portafolio de servicios. Documento Tomado de la Web. Disponible en: <http://www.clinicaunisabana.edu.co/la-clinica/servicios/portafolio-de-servicios/>

³ Clínica Universidad de la sabana. Misión y Visión. Documento tomado de la web. Disponible en: <http://www.clinicaunisabana.edu.co/la-clinica/quienes-somos/mision-y-vision/>

Organigrama

La organización institucional y distribución directiva se conforma de la siguiente manera: Dirección General, Dirección Administrativa, Dirección Médica, Dirección Enfermería, Dirección Desarrollo Humano y Dirección Financiera.



Imagen tomada de: Código de ética y buen gobierno. Direccionamiento estratégico. Clínica Universidad De La Sabana 2015

Principios éticos

La Clínica Universidad De La Sabana es una institución civil y no es oficiosamente religiosa; pero por ser fundada desde las necesidades misionales de formación de personas para las facultades de ciencias de la Salud de la Universidad De La Sabana; comparte integralmente el Proyecto Educativo Institucional de dicha Universidad.

El fundamento de sus principios radica, de manera permanente y universal, en la misión de la Clínica, en su identidad, en su inspiración cristiana y en los valores que la sustentan. Es así que se cuenta con cinco principios éticos

- La visión cristiana ilumina y orienta el quehacer diario
- Dignidad de la procreación humana

- Posición frente a la interrupción voluntaria del embarazo
- Enfoque frente al final de la vida
- Compromiso ético⁴

Valores Institucionales

Los valores de la Clínica Universidad De La Sabana fueron adoptados de los valores de la Universidad De La Sabana en 2008 y son seis, los cuales se subdividen en valores relacionados y estos a su vez, en comportamientos y competencias que hacen parte del modelo de competencias. Los valores institucionales son entonces:

- Respeto
- Prudencia
- Laboriosidad
- Solidaridad
- Transparencia
- Alegría

Direccionamiento estratégico

La clínica cuenta con unidades estratégicas organizadas así: Servicio de Urgencias, Hospitalización, Cirugía, Rehabilitación, Consulta Externa, Radiología, Unidad de Cuidado Neonatal y una Unidad de Cuidados Especiales: Unidad de Cuidado Intensivos Adultos con un total de 12 camas y 10 camas de Cuidado Intermedio, adicionalmente con un gran número de especialidades.

El mapa de procesos es una representación gráfica diseñada por La Clínica Universidad de la Sabana la cual lidera la planeación, divulgación, implementación y evaluación del direccionamiento estratégico a partir del análisis interno y del entorno a fin de: orientar la gestión de los procesos misionales y de apoyo, alinear la organización con los propósitos institucionales y alcanzar las metas propuestas promoviendo la sostenibilidad financiera y la satisfacción de los pacientes y su familia⁵

⁵ Clínica Universidad de la sabana. Código de ética y buen Gobierno. Direccionamiento estratégico. 2015. Pág. 38
Documento tomado de la Web. Disponible en:
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Clinica_Universitaria/2015/CODIGO_DE_ETICA_2015.pdf

El personal de enfermería está liderado por la Dirección de enfermería, se despliegan las coordinaciones de las unidades estratégicas así:

Unidad estratégica de urgencias

- Unidad estratégica de unidad de cuidados especiales.
- Unidad estratégica de hospitalización
- Unidad estratégica de salas de cirugía
- Unidad estratégica de consulta externa y rehabilitación.

En total la clínica universidad de la Sabana cuenta con 64 profesionales de enfermería y 132 auxiliares de enfermería.

Funciones del personal de enfermería en urgencias

Enfermera (o) Triage:

- Valoración inicial del paciente y clasificación según su prioridad
-

Enfermera (o) Ambulatorios:

- Cuidado del paciente de corta estancia, administración de medicamentos, toma de laboratorios y realización de procedimientos

Enfermera (o) Reanimación:

- Cuidados con el paciente crítico en urgencias, verificar funcionamiento de los equipos, inventario de carro de paro

Enfermera (o) Observación:

- Cuidados básicos con el paciente en observación, registro de enfermería, administración de turno y entrega de turno.

1.2 Contexto del servicio de urgencias Clínica Universidad de la Sabana.

El servicio de urgencias de la Clínica universidad de la Sabana estratégico como referencia de trauma en la sabana de Bogotá, el servicio de urgencias que están organizado de la siguiente manera:

Urgencias adulto

- 2 consultorios de triage
- 1 sala de espera pos
- 1 sala de espera vip
- 3 consultorios pos
- 1 consultorio vip.
- 1 sala enfermedad respiratoria aguda (ERA)
- 1 sala de rehidratación
- 1 sala de yesos
- 1 sala de procedimientos pos
- 1 sala de procedimientos vip
- 1 sala de reanimación
- 1 sala de observación pos (18 cubículos)
- 1 sala de observación vip. (4 cubículos)

Urgencias pediatría

- 1 consultorio de triage
- 3 consultorios
- 1 sala de reanimación
- 1 sala de procedimientos
- 1 sala era
- 1 sala de observación (10 Pacientes)
- 1 sala de yesos.

El servicio cuenta con personal capacitado para la atención humanizada de los pacientes distribuidos por turno así: 7 profesionales de enfermería por cada turno del día, 6 profesionales de enfermería por cada turno de la noche, 6 auxiliares de enfermería, 3 médicos generales para consulta adultos, 1 médico familiar para sala de reanimación, 1 médico general para consulta pediatría, 1 pediatra, 1 terapeuta respiratoria. Además cuenta con servicios de apoyo como son: radiología, laboratorio clínico, salas de cirugía, unidad de cuidado intermedio, unidad de cuidado intensivo.

2. Planteamiento del problema

2.1 Descripción del problema:

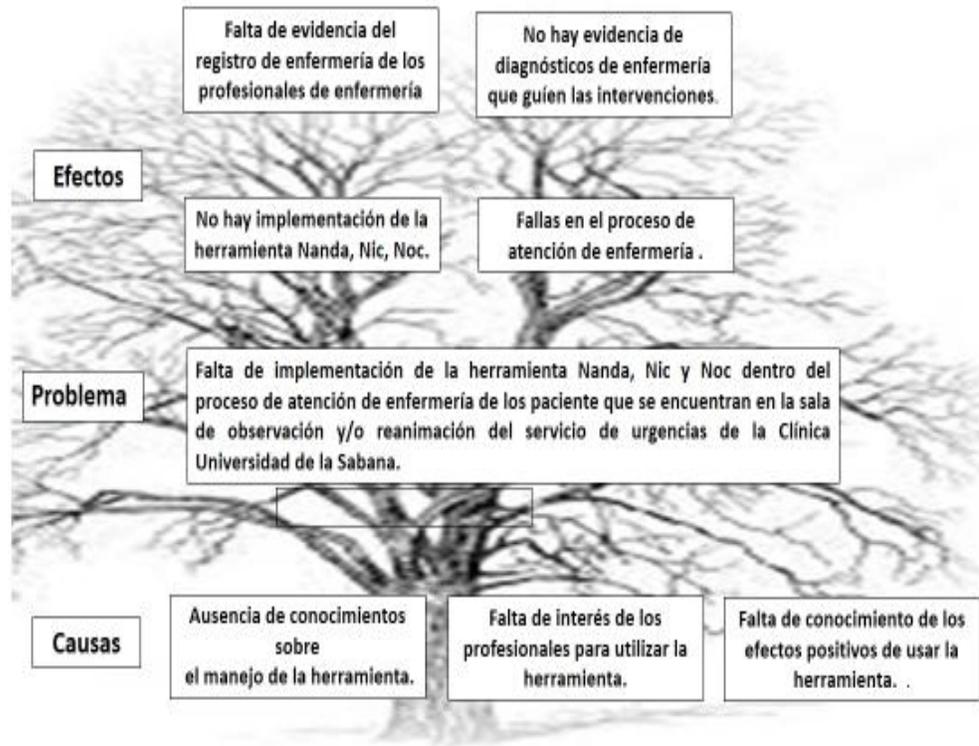
“La inquietud por parte de los profesionales de la salud por la calidad asistencial sigue siendo un tema prioritario. El afán por el trabajo realizado de manera satisfactoria y el hecho de poder proporcionar una excelente calidad en los cuidados a los usuarios, pacientes y familia, constituyen valores que se han integrado en el quehacer de los profesionales de enfermería, debido a la formación que han recibido y al hecho de que trabajar con vidas humanas supone que cualquier error, por mínimo que sea, puede tener consecuencias importantes en la calidad de vida de una persona”⁶, en la Clínica Universidad de la Sabana el plan proceso de cuidados de enfermería que hacen cada uno de los profesionales de enfermería que allí laboran, no están regidas por un lineamiento o directriz en común para su elaboración y evaluación optima, se ha evidenciado que los profesionales de enfermería no se encuentran sensibilizados con el planteamiento, ejecución y evaluación de diagnósticos de enfermería por desconocimiento en la elaboración de estos o por falta de interés, lo cual ha llevado a que los enfermeros realicen sus planes de cuidado de enfermería basados en diagnósticos médicos, es decir, que los profesionales dependen de un modelo medico generando pérdida de autonomía y criterio en las intervenciones a los pacientes que se encuentran bajo su cuidado, además enfermería es una profesión con cuerpos de conocimientos propios la cual permite a los profesionales de enfermería interactuar con otras profesiones en pro del mejoramiento y beneficio del paciente y su familia.

Por lo tanto, se considera que los profesionales de enfermería deben concientizarse sobre la importancia del planteamiento, ejecución y evaluación de los planes e intervenciones de enfermería, los cuales le van a permitir obtener autonomía, criterio y no depender del modelo médico que solamente se limita al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad; la elaboración de diagnósticos de enfermería le permite al profesional medir y evaluar la efectividad de las intervenciones de enfermería y de esta manera se puede generar nuevos conocimientos en los profesionales y por ende mejorar la calidad y efectividad de los cuidados e intervenciones de enfermería.

⁶ Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2015-2017). Barcelona: Elsevier; 2010. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2015-2017-9788490229514.html>

3. Arbol de problema

ARBOL DEL PROBLEMA



4. Justificación

Actualmente en la Clínica Universidad de la Sabana el profesional de enfermería tiene como guía el modelo de adaptación de Callista Roy, ya que este modelo abarca la humanización, como eje estructural de la atención en salud, es decir no solamente muestra al paciente dentro de sus alteraciones fisiológicas sino también tiene en cuenta su contexto social, educativo, ambiental y afectivo; lo cual muestra relación o similitud con los principios y valores institucionales de la clínica.

Sin embargo, según lo que se puede apreciar en la entrega y recibo de turno de los profesionales de enfermería que laboran en la Clínica Universidad de la Sabana en el área de urgencias, especialmente en el área de reanimación y observación, no plantean, diseñan o elaboran diagnósticos de enfermería acordes con el contexto del paciente, familia o comunidad. Las principales causas que probablemente que incide en la no realización de diagnósticos de enfermería con evaluación de sus intervenciones es el desconocimiento de los enfermeros que laboran en esta institución y por otro lado el alto flujo de pacientes los enfermeros consideran que la realización de los diagnósticos de enfermería con la evaluación de sus intervenciones probablemente va aumentar la sobrecarga laboral.

“El empleo del lenguaje estandarizado se vive como una oportunidad de aumentar el desarrollo de la propia disciplina enfermera, de unificar criterios y de identificar un campo propio de conocimiento.”⁷ “La unificación del lenguaje empleado, a la hora de identificar y registrar los juicios y actuaciones de las enfermeras, es un aspecto relevante en la asistencia clínica de la enfermería, además de la valoración y el seguimiento de los cuidados”⁹ lo cual “no solo permite la unificación de las intervenciones y objetivos de enfermería, facilita la informatización de las actividades”¹⁰⁹

Por lo tanto “La implementación y la posterior evaluación mediante indicadores de calidad aporta evidencia en la «manera de hacer» de la práctica clínica enfermera;

⁷ Cachón Pérez, Álvarez-López, & Palacios-Ceña. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: Abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 68-76 Disponible en : [https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399\(11\)00089-7&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES](https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399(11)00089-7&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES)

⁸ Luis Rodrigo MT, editor. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 8.a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/los-diagnosticos-enfermeros-9788445824047.html>

⁹ Gudmundsdottir E, Delaney C, Thoroddsen A, Karlsson T. Translation and validation of the Nursing Outcomes Classification labels and definitions for acute care nursing in Iceland. *J Adv Nurs*. 2004;46:292---302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066110>

permitiendo brindar cuidados a los pacientes con una mayor calidad y seguridad”¹⁵¹⁰ “Si no se hacen controles de calidad, no se detectan los errores, no se buscan soluciones y no se modifica ni actualizan los métodos de trabajo, con lo que la calidad tiende a deteriorarse”¹⁸¹¹ “ Para ello, es preciso utilizar una metodología que profundice en el significado, conteste a las preguntas «por qué lo hago» y «cómo lo hago» “¹¹

“Los registros enfermeros además de ser una herramienta de calidad son fundamentales para la unificación de criterios, mejora de atención y seguimiento, comunicación interprofesional, garantiza la seguridad del paciente, evita duplicidad de los cuidados y favorece la evaluación de la calidad de los cuidados y brinda una ayuda a la enseñanza y a la investigación enfermera”.¹⁵, “el proceso de cuidados enfermeros, entendido como el método sistemático y organizado para proporcionar cuidados enfermeros, orientado a la solución de los problemas identificados en la valoración al ingreso del paciente, permite crear planes de cuidados (PC) estandarizados y al mismo tiempo individualizados, así como adecuar procedimientos y protocolos asistenciales basados en la evidencia científica”¹⁶¹² es por esto que con implementación de la estrategia NANDA NNIC NOC, buscamos la unificación de conceptos y estandarización de lenguaje enfermero en la institución tanto en los registros magnéticos como en físico lo cual permitirá “la unificación de las intervenciones y objetivos de enfermería, facilita la informatización de las actividades “¹⁰¹³ con el fin “de aumentar el desarrollo de la propia disciplina enfermera, y de identificar un campo propio de conocimiento”¹²¹⁴ y lograr “un aumento de los niveles de cualificación profesional de las enfermeras”¹⁴, se ha evidenciado que “la integración de NANDA, NIC, NOC dentro de una plataforma digital, mejora la calidad de registro de la documentación de enfermería, contribuye a la investigación, la educación y reduce el estrés del trabajo diario de la enfermera”

¹⁰ Cuzco Cabellos, & Guasch Pomés. (2015). Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 26(4), 137-14 Disponible en: [https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399\(15\)00086-3&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES](https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399(15)00086-3&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES)

¹¹ Zimmerman JE, Alzola C, von Rueden KT. The use of benchmarking to identify top performing critical care units: A preliminary assessment of their policies and practices. *J Crit Care*. 2003;18:76--86 Disponible en: [http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(03\)70002-1/fulltext](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(03)70002-1/fulltext)

¹² Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Calid Asist*. 2001;16:199--207. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-linkresolver-las-vias-clinicas-basadas-evidencia-S1134282X01774052>

¹³ Gudmundsdottir E, Delaney C, Thoroddsen A, Karlsson T. Translation and validation of the Nursing Outcomes Classification labels and definitions for acute care nursing in Iceland. *J Adv Nurs*. 2004;46:292---302. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066110>

¹⁴ Cachón Pérez, Álvarez-López, & Palacios-Ceña. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en I as enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: Abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 68-76.

Además, la herramienta no solamente le permite a los enfermeros mejorar y evaluar las intervenciones sino también estarán altamente capacitado con cuerpos de conocimientos propios que le permitirán fundamentar y soportar su hacer diario y de esta manera lograr el reconocimiento social, político y cultural de que los profesionales de enfermería son indispensables en el equipo de salud que trabaja en el mejoramiento de la calidad de vida del individuo, familia y comunidad en general.

Con la concientización de los profesionales de enfermería se busca que a través de sus conocimientos y experiencias de cuidado plasmen y soporten el fundamento o la razón de ser de sus intervenciones, además le permitirá al profesional lograr criterio y autonomía en relación a sus intervenciones, lo cual va generar reconocimiento a nivel social y científico, con la implementación de esta herramienta, se ha demostrado “interrelación entre las respuestas humanas, el criterio de resultados empleados y las intervenciones establecidas estructurando la elección de intervenciones y vinculándolas a la respuesta humana y al resultado esperado para poder emitir el juicio clínico y el tratamiento.”¹⁵ Así como las ventajas de tener un lenguaje común para priorizar la planificación de los cuidados. Se ha detectado a lo largo del seguimiento un cambio sustancial en la elaboración de los diagnósticos al utilizar el pensamiento crítico y la reflexión alcanzando mayor autonomía y seguridad al hacer juicios clínicos sintiéndose más motivados al comprobar su utilidad”

Los efectos beneficiosos del proyecto es el inicio del abordaje del paciente a través de una mirada integral y no solo a través de un diagnóstico médico como por lo general estamos acostumbrados, gracias a esto, se lograra dirigir de forma orientada e individualizada un plan de atención de enfermería generando una mayor visibilidad de enfermería como disciplina en el equipo interdisciplinario de salud.

15 . *Escuela Universitaria de Enfermería Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. **Hospital Meixoeiro de Vigo. ***Profesora de Enseñanza Media. Vigo. Vigo. ***Profesora de Enseñanza Media. Vigo, ASUMIENDO COMPETENCIAS DESDE LA APLICACIÓN NANDA NIC NOC EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, noviembre 2007 Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24241/1/Asumiendo%20competencias%20desde%20la%20aplicacion%20NANDA%20NIC%20NOC%20en%20la%20practica%20clinica..pdf>

5. SOPORTE CONCEPTUAL:

NANDA: (*North American Nursing Diagnosis Association*): Juicio clínico sobre un problema de salud actual o potencial, de forma individual, familiar o comunitaria, que facilitan la elección de intervenciones y objetivos de enfermería, que la enfermera está capacitada para realiza ⁷¹⁶

NIC: (*Nursing Interventions Classification*): La Clasificación de Intervenciones Enfermeras recoge las intervenciones de enfermería en consonancia con el diagnóstico enfermero, adecuadas al resultado que esperamos obtener en el paciente, y que incluyen las acciones que se deben realizar para alcanzar dicho fin. La NIC utiliza un lenguaje normalizado y global para describir los tratamientos que realizan los profesionales de enfermería desde la base de que el uso del lenguaje normalizado no inhibe la práctica; sino que más bien sirve para comunicar la esencia de los cuidados de enfermería a otros y ayuda a mejorar la práctica a través de la investigación ⁷

NOC: (*Nursing Outcomes Classification*): La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC), incorpora una terminología y unos criterios estandarizados para describir y obtener resultados como consecuencia de la realización de intervenciones enfermeras. Estos resultados representan los objetivos que se plantearon antes de efectuar estas intervenciones. También hace uso de un lenguaje estandarizado de cara a universalizar el conocimiento enfermero. Facilita la comprensión de resultados y la inclusión de indicadores específicos para evaluar y puntuar los resultados obtenidos con el paciente., Su contenido favorece la optimización de la información para la evaluación de la efectividad de los cuidados enfermeros complementándose con la información aportada a través de otras clasificaciones ¹⁶

Herramienta Nanda Nic Noc: Instrumento que permite al profesional de enfermería incorporar y articular durante el proceso de atención de los pacientes desde la formulación de un diagnóstico de enfermería con base en la taxonomía NANDA, intervenciones NIC y puntos específicos a evaluar con NOC, producto de la valoración físico – fisiológica y psicosocial, realizada previamente con el fin de brindar cuidados específicos de manera integral para el enfocado en la necesidad o función más comprometida que tenga el paciente para así lograr la pronta adaptación del mismo¹⁷

¹⁶ Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2015-2017). Barcelona: Elsevier; 2010. Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2015-2017-9788490229514.html>

¹⁷ Juan Sebastián Cárdenas, John Alexander Garnica, Diego Fernando Gordillo.

Proceso de atención de enfermería: Conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo.¹⁸

¹⁸ Luis Rodrigo MT, editor. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 8.a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 20 Disponible en: <https://tienda.elsevier.es/los-diagnosticos-enfermeros-9788445824047.html>

6. Soporte teórico:

Callista Roy: Callista Roy nació el 14 de octubre de 1939 en los Ángeles California y en 1963 inició su carrera de enfermera.

Cuando empezó a trabajar como enfermera de pediatría, observo la gran capacidad de recuperación que tenían los niños y su capacidad para adaptarse a cambios fisiológicos y psicológicos importantes.

Sor Callista Roy estudio enfermería en 1963 en Mount Saint Mary's College en Los Ángeles y después en 1966 un realizo master en enfermería en la Universidad de California.

Más tarde inicio un master en sociología en el año 1973 y un doctorado en lo mismo en el año 1977 en la Universidad de California.

Cuando realizaba su master le pidió a Dorothy E. Johnson que desarrollaran un modelo conceptual de enfermería.

Comenzó a trabajar como enfermera en pediatría y ahí se dio cuenta de la gran capacidad que tenían los niños en adaptarse a cambios físicos y psicológicos importantes, esto la impacto de tal manera que lo considero como un marco conceptual para la enfermería.

Sor Callista Ruy puso en marcha su modelo en el año 1968, este se presentó por primera vez en el año 1970 en un artículo publicado en la Nursing Outlook fot Nursing.

Fue profesora en diversas Universidades.

Desde 1983 a 1985 trabajo como enfermera clínica especialista en neurología en la Universidad de California, San Francisco.

Realizo un gran número de libros, capítulos y artículos, los cuales los publico periódicamente, también impartió numerosas conferencias y talleres centrados en su teoría de la adaptación.

En 1981 recibe el premio National Founder's Award for Excellence in Fostering Professional Nursing Standards.

Fue admitida como miembro de la American Academy of Nurse en 1978.

En el año 2007 fue reconocida por la American Academy of Nurse como una Living Legend.

Es una teórica muy respetada. Enfermera, escritor, profesor, investigador y docente que actualmente ocupa el cargo de profesor y teórico de la enfermería en la Escuela de Enfermería de Boston College en Chestnut Hill, Massachusetts y realiza conferencias constantemente.¹⁹

El modelo de adaptación de Callista Roy es uno de los modelos conceptuales más utilizado en el área de enfermería ya que visualiza a las personas como seres holísticos, con partes que funcionan como unidad con algún propósito, no en una relación causa-efecto. Los sistemas humanos incluyen a las personas como individuos, grupos, familias, comunidades, organizaciones, y a la sociedad como un todo²⁰

En la clínica Universidad de la sabana, se tiene como referente de atención dicho modelo en sus aspectos más relevantes y significativos para el ambiente asistencial, a continuación se describirán algunos de ellos.

Sistema Adaptativo Humano: SAH:

Los seres humanos se adaptan a través de procesos de aprendizaje adquiridos mucho tiempo atrás; por esta razón, la enfermera debe considerar a la persona como un ser único, digno, autónomo y libre, que forma parte de un contexto del cual no se puede separar. Este concepto está directamente relacionado con el de adaptación, de tal forma que la percepción que tiene de las situaciones a las cuales se enfrenta son individuales y diferentes para cada uno.

Ambiente

“Son todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo y el comportamiento de los seres humanos como sistemas adaptativos, con particular consideración de la persona y de los recursos del mundo”. El ambiente es todo aquello que rodea a la persona y lo que está dentro de ella. El

¹⁹ blogspot [Internet] jueves 14 de junio del 2012. teoriasdeenfermeriauns [Consultado el 28-02-2018] disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/callista-roy.html>

²⁰ FACULTAD DE ENFERMERÍA, Grupo de estudio. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. **Aquichan**, [S.l.], v. 2, n. 1, mayo 2009. ISSN 2027-5374. Disponible en <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36.9>.

ambiente no se limita al entorno, está constituido además por sus experiencias y los aspectos que constituyen su ambiente interno.

Estímulos

En el modelo, Roy define los estímulos como “todo aquello que provoca una respuesta. Es el punto de interacción del sistema humano con el ambiente”. Ella los clasifica así:

- Estímulo focal. “Es el objeto o evento que está presente en la conciencia de la persona. La persona enfoca toda su actividad en el estímulo y gasta energía tratando de enfrentarlo”. Este estímulo es el factor que desencadena una respuesta inmediata en el paciente, que puede ser adaptativa o inefectiva, según si promueve o no la adaptación.
- Estímulos contextuales. Son todos aquellos que contribuyen al efecto del estímulo focal. Es decir, ayudan a mejorar o empeorar la situación.
- Estímulos residuales. Son factores ambientales dentro y fuera de los sistemas adaptativos humanos, cuyo efecto no es claro en la situación actual.

Nivel de adaptación

Según Roy, “el nivel de adaptación representa la condición del proceso vital y se describe en tres niveles: integrado, compensatorio y comprometido”.

El nivel de adaptación integrado Describe las estructuras y funciones de los procesos vitales que trabajan como un todo, para satisfacer las necesidades humanas. Este nivel puede observarse en una consulta de control de crecimiento y desarrollo.

En el nivel compensatorio: Los mecanismos reguladores y cognitivo se activan, como un reto de los procesos integrados para buscar respuestas adaptativas, procurando restablecer la organización del sistema.

El nivel de adaptación comprometido: Se presenta cuando las respuestas de los mecanismos mencionados son inadecuadas y, por lo tanto, resulta un problema de adaptación.

Modelo funcional Clínica Universidad de la Sabana:

El modelo funcional de enfermería de la Clínica Universidad de la Sabana “compromiso y tono humano para la adaptación de los sujetos de cuidado durante

la atención” tiene por objetivo expresar un conceso alrededor de lo esencial de la práctica que busca apoyar el proceso adaptativo en la experiencia de la salud del paciente para llevar el bienestar integral y al crecimiento del sujeto de cuidado, resinificar su autonomía y el rol del profesional de enfermería.”²¹

“El modelo de enfermería, se consolida en una guía teórica que orienta el pensamiento y acción para llevarla a la práctica donde se debe poder ver aplicado y evaluado, Este modelo es una expresión del compromiso de la enfermería con la institución y con la razón de ser la profesión, por lo cual ser implementado en los procesos de atención de la institución.”²¹

“Momentos de cuidado Clínica Universidad de la Sabana: La ruta del paciente va del ingreso programado o por urgencias hasta que recibe el alta hospitalaria. En ella la experiencia es compartida el paciente y su cuidador familiar. La ruta de atención de la enfermera coincide con la del paciente en varios momentos de encuentro que por lo general son: el ingreso, la valoración general y permanente del dolor, atención de necesidades básicas, el cambio de turno, la administración de medicamentos y el egreso. En cada uno de esos momentos hay encuentro de actividades de educación al paciente y la familia”.²¹

“Cuidado de enfermería: Para la Clínica universidad de la Sabana, el cuidado de enfermería se define como la disposición de servicio, de conocimiento y juicio crítico del personal de enfermería, en una relación interpersonal de respeto y acogida que se reconoce en el otro. Su finalidad es la adaptación de la persona, familia o cuidador, en la constante salud – enfermedad, donde se favorece la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad y la curación de la enfermedad, la rehabilitación y el alivio del dolor y del sufrimiento, para articular el concepto de cuidado con la práctica diaria.”²¹

“El momento del ingreso: Se ha definido como la acogida y bienvenida al paciente y su familia en el momento del ingreso a un servicio de internación, a fin de generar confianza y reducir la ansiedad propia de una hospitalización; se compone de cuatro fases”²¹

“Valoración: Incluye la recolección y organización de los datos que conciernen a la persona, familia y entorno, con información que se logra en primer lugar del paciente, la familia, la historia clínica o cualquier otra persona que brinde atención al paciente la identificación de los riesgos y necesidades de cuidado, esta es la base para la toma de decisiones y la resolución de problemas de cuidado.”²¹

²¹ Dirección de Enfermería – Docentes Facultad de Enfermería y Rehabilitación Universidad de la Sabana, MANUAL MODELO FUNCIONAL COMPROMISO Y TONO HUMANO, Abril 2017. Disponible en: <https://portalclinica.unisabana.edu.co/gestionCalidad/Misionales/DN.01.MA.01%20MANUAL%20MODELO%20FUNCIONAL%20COMPROMISO%20Y%20TONO%20HUMANO.pdf#search=modelo%20funcional>

“**La atención de necesidades básicas:** Como una función central de quehacer de la enfermera que incluye la higiene, el comer, el moverse, el vestirse e ir al baño, considera y busca mantener el nivel de independencia y satisfacer los requerimientos relacionados con las actividades de la vida diaria.”²¹

“**La administración de medicamentos:** En la Clínica Universidad de la Sabana adoptamos la administración de medicamentos como capítulo fundamental del proceso de atención de enfermería, en que se conjugan conocimiento, juicio crítico, disposición de cuidado, e interrelación con el paciente, con el médico tratante y con el equipo interdisciplinario, cobrando particular importancia como momento de cuidado.”²¹

“**El cambio de turno:** Momento inicial del turno y del trabajo de enfermería donde se reúne todo un equipo humano compuesto por persona calificadas, comprometidas en un propósito común, no solo para proveer información relacionada con el paciente si no para evaluar y garantizar la eficacia del servicio en términos de la mejor utilización de los recursos y la calidad en el logro de la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente.”²¹

“El **egreso:** Cuenta con mayor claridad conceptual y evidencia que soporta su necesidad como un factor de prevenir reingresos y complicaciones. La evidencia frente a las formas de hacerlo y su efectividad, son aún muy débiles.”²¹

MODELO FUNCIONAL: COMPROMISO Y TONO HUMANO

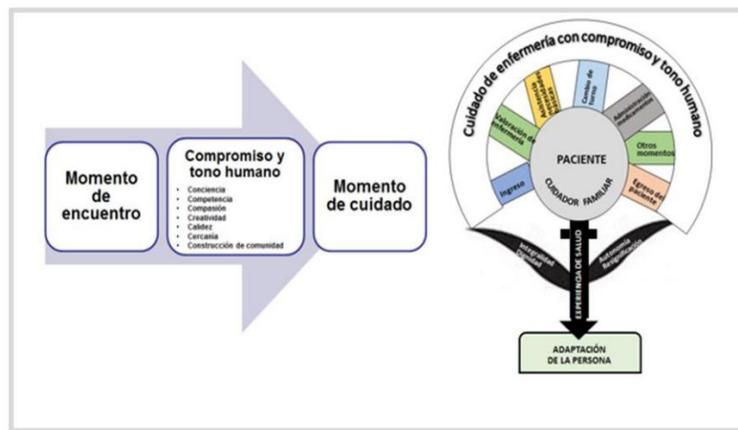


Imagen tomada de: MANUAL MODELO FUNCIONAL COMPROMISO Y TONO HUMANO. Disponible en: <https://portalclinica.unisabana.edu.co/gestionCalidad/Misionales/DN.01.MA.01%20MANUAL%20MODELO%20FUNCIONAL%20COMPROMISO%20Y%20TONO%20HUMANO.pdf#search=modelo%20funcional>

7. Articulacion plan de atencion de enfermeria en relacion con el modelo de adaptacion de Callista Roy.



Teniendo en cuenta las bases teóricas sobre las cuales la Clínica Universidad de la Sabana sustenta el quehacer diario de enfermería, hemos decidido implementar algunos elementos de la teoría de adaptación de Callista Roy como direccionamiento para la realización del plan de atención de enfermería, a partir de la valoración integral que este modelo ofrece con un abordaje a través de los modos psicosocial y físico – fisiológico, identificación de respuestas tanto efectivas como inefectivas, podremos lograr reconocer todos aquellos estímulos que condicionan el estado actual de salud del paciente logrando así generar a través de la NANDA un diagnóstico de enfermería prioritario del cual se desplegarán las intervenciones NIC y la evaluación NOC con el fin de lograr un estado de adaptación en el menor tiempo posible.

8. Objetivos

8.1 Objetivo general:

Implementar la herramienta Nanda Nic y Noc dentro del plan de atención de enfermería de los pacientes que se encuentran en sala de observación y/o sala de reanimación del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana.

8.2 Objetivos específicos

- Realizar jornadas de capacitación para educar a los profesionales sobre cómo usar los diagnósticos Nanda, asociar las intervenciones Nic y evaluar el cuidado con metas Noc así como los conceptos a utilizar del modelo de adaptación de Callista Roy para la unificación de conceptos.
- Digitalizar un documento con los diagnósticos de enfermería, las intervenciones y posibles evaluaciones con los diagnósticos de ingreso más frecuentes en el servicio de urgencias de la clínica Universidad de la Sabana.
- Enseñar a los profesionales como consultar la herramienta Nanda Nic Noc NNNConsult a través de la plataforma digital de la biblioteca de la Universidad de la Sabana.



9. Aspectos éticos:

“la ética se refiere a la disciplina filosófica que constituye una reflexión sobre los problemas morales. Moral, es el conjunto de principios, normas y valores que cada generación trasmite a la siguiente, en la confianza de que se trata de un buen legado de orientaciones sobre el modo de comportarse para llevar una vida “buena” y “justa”²².

Teniendo como base esta premisa, nuestro proyecto de gestión se diseñó y ejecutara bajo la perspectiva de la ética personalista principialista y las premisas registradas en el código de ontológico de enfermería colombiano (ley 911/2004) entre los cuales tenemos:

“El principio de autonomía: en el ámbito médico significa que los valores, criterios y preferencias del enfermo gozan de prioridad en la toma de decisiones, en virtud de su dignidad como sujeto. Este principio guarda inmediata relación con la cuestión del consentimiento informado de la persona actual o potencialmente enferma. Esto permite una relación más simétrica entre médico paciente, alejando así el antiguo paternalismo médico”²³

“Principio de beneficencia: compromete a proporcionar beneficios a los demás. Es decir, hacer todo el bien al paciente. Claro que el problema que se presenta aquí de inmediato es la variedad de concepciones acerca de lo que podemos entender por beneficio o perjuicio.”²³

“Principio de no maleficencia: nos obliga a no dañar a los demás. Clásicamente conocido como *primun non nocere*, es un principio prioritario.”²³

“Principio de Justicia: en el acto médico hay un tercer actor, la sociedad, en la que el médico y el paciente se insertan. En ella, todos los sujetos merecen el mismo respeto y deben reivindicar su derecho a la vida, a la salud y a la equidad en la distribución de los recursos sanitarios. El principio de justicia refiere a la obligación de igualdad en los tratamientos y, en lo que respecta al Estado, a la equitativa distribución de recursos para la sanidad, los hospitales, la investigación”²³

Cabe aclarar, que el contenido de este producto estará amparado bajo lo descrito por la ley 1407 del 2010 "por la cual se adiciona la ley 23 de 1982, sobre derechos

²² *Yolimar Vilchez. ÉTICA Y MORAL Una mirada desde la gerencia pública. Revista Formación Gerencial, Año 11 N° 2 Noviembre (2012) Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4192166>

²³ . JOSÉ JUAN GARCÍA Instituto de Bioética Universidad Católica de Cuyo (Argentina). BIOÉTICA PERSONALISTA Y BIOÉTICA PRINCIPALISTA. PERSPECTIVAS, Cuadernos de Bioética XXIV 2013/1ª Copyright Cuadernos de Bioética Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>

de autor al igual que los resultados arrojados por el mismo se verán amparados por un margen de confidencialidad y no divulgación de los mismos.

Por otro lado, se tomó elemento guía lo estipulado por “resolución nº 008430 de 1993 (4 de octubre de 1993) Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud.”

“ARTICULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.”

a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

c) Se realizará solo cuando el conocimiento que se pretende producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.

d) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos), los cuales no deben, en ningún momento, contradecir el artículo 11 de esta resolución.

f) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

g) Se llevará a cabo cuando se obtenga la autorización: del representante legal de la institución investigadora y de la institución donde se realice la investigación; el Consentimiento Informado de los participantes; y la aprobación del proyecto por parte del Comité de Ética en Investigación de la institución.²⁴

10. Metodología:

El marco lógico es una herramienta para facilitar el proceso de conceptualización, diseño, ejecución y evaluación de proyectos. Su propósito es brindar estructura al proceso de planificación y comunicar información esencial relativa al proyecto. Puede utilizarse en todas las etapas de preparación del proyecto: programación, identificación, orientación, análisis, presentación ante los comités de revisión, ejecución y evaluación ex-post. Debe elaborarse con la participación activa del

²⁴ 25. REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD, RESOLUCIÓN Nº 008430, (4 DE OCTUBRE DE 1993 Disponible en http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/

ejecutor, de sus consultores, del Equipo de Proyecto. Se modifica y mejora repetidas veces tanto durante la preparación como durante la ejecución del proyecto.

El método fue elaborado originalmente como respuesta a problemas comunes a proyectos.

1. Planificación de proyectos carente de precisión, con objetivos múltiples que no están claramente relacionados con las actividades del proyecto.
2. Proyectos que no se ejecutan exitosamente, y el alcance de la responsabilidad del gerente del proyecto no está claramente definida.
3. Aporta una terminología uniforme que facilita la comunicación y que sirve para reducir ambigüedades.
4. Suministra un temario analítico común que pueden utilizar el prestatario, los consultores y el equipo de proyecto para elaborar tanto el proyecto como el informe de proyecto;
5. Enfoca el trabajo técnico en los aspectos críticos y puede acortar documentos de proyecto en forma considerable;
6. Suministra información para organizar y preparar en forma lógica el plan de ejecución del proyecto;
7. Suministra información necesaria para la ejecución, monitoreo y evaluación del proyecto.
8. Proporciona una estructura para expresar, en un solo cuadro, la información más importante sobre un proyecto ²⁵

25. Universidad del Rosario [Internet]. n.d. MATRIZ DE MARCO LOGICO UNA HERRAMIENTA DE FORMULACION DE PROYECTOS, [Consultado el 28-02-2018] disponible en: <http://www.urosario.edu.co/Internacionalizacion/Oportunidades-Cooperacion-Internacional/Documentos/DOCUMENTO-BANCO-MUNDIAL.PDF>

10.1 Matriz del marco lógico:

	Lógica de intervención	Indicadores verificables objetivamente	Fuentes de verificación	Factores Externos
Objetivo general	Implementar la herramienta Nanda Nic y Noc dentro del plan de atención de enfermería de los pacientes que se encuentran en sala de observación y/o sala de reanimación del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana.	# de paciente a los cuales se les realizo diagnostico NANDA intervención NIC y evaluación NOC / # total de pacientes del servicio de observación y reanimación por separado.	Bitácoras recibo y entrega de turno Historias clínica Auditoria presencial de recibo y entrega de turno.	Baja adherencia por parte del personal de enfermería de la clínica universidad de la sabana al desarrollo del proyecto. Falta de tiempo para el desarrollo del proyecto por parte del personal de enfermería de la clínica universidad de la sabana asociado a la dinámica del servicio. Redistribución de las áreas del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana. Aumento significativo del flujo de pacientes al servicio de urgencias de la

				clínica universidad de la sabana.
Objetivos específicos	<p>Realizar jornadas de capacitación para educar a los profesionales sobre cómo usar los diagnósticos Nanda, asociar las intervenciones Nic y evaluar el cuidado con metas Noc.</p> <p>Digitalizar un documento guía con los diagnósticos y las intervenciones más frecuentes en el servicio.</p> <p>Enseñar a los profesionales como consultar la herramienta Nanda Nic Noc NNNConsult a través de la plataforma digital de la biblioteca de la Universidad de la Sabana.</p>	<p># de profesionales de enfermería capacitados ((en que se capacitaron)) / # total de profesionales de enfermería que laboran en el servicio de urgencias de la CUS.</p> <p># de diagnósticos de ingreso frecuente al de urgencias de la CUS / # total de diagnósticos digitalizados aplicables a los mismos.</p> <p># Total de profesionales de enfermería que implementan la herramienta NANDA NIC NOC en su</p>	<p>Bitácoras recibo y entrega de turno.</p> <p>Historia clínica magnética.</p> <p>Auditoria presencial de recibo y entrega de turno.</p> <p>Listas de asistencia a capacitación, fotos videos.</p>	<p>Baja adherencia por parte del personal de enfermería de la clínica universidad de la sabana al desarrollo del proyecto.</p> <p>Falta de tiempo para el desarrollo del proyecto por parte del personal de enfermería de la clínica universidad de la sabana asociado a la dinámica del servicio.</p> <p>Redistribución de las áreas del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana.</p> <p>Aumento significativo del flujo de pacientes al servicio de urgencias de la clínica</p>

		quehacer / diario. # de profesionales de enfermería capacitados.		universidad de la sabana.
Resultados previstos	<p>El 70% de los pacientes internos en el área de reanimación urgencias y un 70% de los pacientes internos en el área de observación urgencias tendrán dentro del PAE Los diagnósticos NANDA intervenciones NIC y evaluación NOC.</p> <p>Los profesionales de enfermería del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana sabrán utilizar e implementar en su quehacer diario la herramienta NNNConsult.</p>	<p># de pacientes a los cuales se les realizo el PAE con NANDA NIC NOC internos en el servicio de observación / número total de paciente internos en el servicio de observación.</p> <p># De pacientes a los cuales se les realizo el PAE con NANDA NIC NOC internos en el servicio de reanimación / número total de paciente internos en el servicio de reanimación.</p> <p># De profesionales de enfermería que saben manejar la herramienta NNNConsult / # total de profesionales</p>	<p>Bitácoras recibo y entrega de turno.</p> <p>Historia clínica magnética.</p> <p>Auditoria presencial de recibo y entrega de turno.</p> <p>Registros de enfermería.</p>	<p>Carencia de espacios de tiempo disponibles tanto de los capacitadores como de los profesionales de enfermería para el entrenamiento en la herramienta NNNConsult.</p> <p>Falta de instalaciones físicas e indumentaria necesaria para el entrenamiento en la herramienta NNNConsult</p> <p>Baja Disposición de aprendizaje y actitud por parte del personal de enfermería para el manejo e implementación</p>

	<p>El recibo y entrega de turno del área de observación y del área de reanimación se hará desde el enfoque de enfermería sin dejar de lado el enfoque medico</p> <p>El profesional de enfermería del servicio de urgencias podrá consultar los diagnósticos NANDA intervenciones NIC y evaluaciones NOC de los motivos de consulta más comunes a dicho servicio</p>	<p>de enfermería capacitados en el uso de la herramienta NNNConsult en los servicios de observación y reanimación.</p>		<p>de la herramienta.</p> <p>Relación al número de pacientes atendidos vs profesional de enfermería a cargo de los mismos en el servicio de urgencias</p> <p>Baja comprensión sobre los conceptos de NANDA NIC NOC previo al entrenamiento sobre el uso herramienta para que así el uso e implementación de la herramienta se lleve a cabo de una forma óptima.</p>
--	---	--	--	---

10.2 Cronograma de actividades.

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.			
ACTIVIDAD	RECURSOS	TIEMPO DE EJECUCION	RESPONSABLE
Diseñar la elaboración y entrega trabajo escrito proyecto de gestión.	Internet. Computador. Tiempo extra laboral y extra curricular de los ejecutores.	Julio 2017 – junio 2018	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.
Revisar la literatura para elaboración de soporte conceptual del trabajo escrito.	Internet. Computador. Tiempo extra laboral y extra curricular de los ejecutores. Bases de datos biblioteca Universidad de la Sabana.	Julio 2017 – Diciembre 2017	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.
Diseñar jornadas de capacitación	Internet. Computador. Tiempo extra laboral y extra curricular de los ejecutores. Instalaciones Clínica Universidad de la Sabana	Abril – Mayo 2018	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.
Socializar jornadas de capacitación.	Internet. Computador. Tiempo extra laboral y extra curricular de los ejecutores. Instalaciones Clínica	Mayo 2 – 3 2018	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.

	Universidad de la Sabana.		
Auditar de forma presencial recibo y entrega de turno.	Papel, lápiz, Tiempo extra laboral y extra curricular de los ejecutores.	Mayo – junio 2018	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.
Auditar historias clínicas magnéticas para evaluación del cuerpo de los registros de enfermería	Internet. Computador. Tiempo extra laboral y extra curricular de los ejecutores. Instalaciones Clínica Universidad de la Sabana.	Mayo – junio 2018	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.
Asistir de forma presencial y/o virtual a asesorías con tutor encargado.	Papel, lápiz, Internet. Computador. Tiempo extra laboral de los ejecutores.	Junio 2018	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.
Socializar documento final del proyecto de gestión ante comité de ética e investigación Clínica Universidad de la Sabana	Internet. Computador. Tiempo extra laboral y extra curricular de los ejecutores. Instalaciones Clínica Universidad de la Sabana.	Abril 28 de 2018	Juan Sebastián Cárdenas John Alexander Garnica Diego Fernando Gordillo.

10.3 Plan de acción:

Objetivo número 1:

Realizar jornadas de capacitación para educar a los profesionales sobre cómo usar los diagnósticos NANDA, asociar las intervenciones NIC y evaluar el cuidado con metas NOC así como los conceptos a utilizar del modelo de adaptación de Callista Roy para la unificación de conceptos.

Propósito:

Lograr que el profesional de enfermería del servicio de urgencias de la Clínica Universidad de la Sabana aprenda a utilizar e implementar la Herramienta NANDA NIC NOC así como los conceptos a trabajar del modelo de adaptación de Callista Roy

Plan de acción:

- Utilizar los espacios brindados por la coordinación del área de enfermería de la clínica de la universidad de la sabana, se llevaran a cabo con un 80% de los profesionales de enfermería del servicio de urgencias jornadas de capacitación en la cual se mostrara la herramienta NNNConsult con su respectivo manejo y enfoque para el servicio.
- Indagar sobre las posibles dudas que tenga el personal de enfermería del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana acerca de cómo realizar o diseñar un diagnóstico de enfermería, la orientación de las intervenciones NIC y la evaluación NOC y hacer la respectiva aclaración de las mismas con el fin de que la comprensión del uso de la herramienta brindada por El Servier sea lo más óptimo posible.
- Comparar el enfoque del paciente realizado a través de una óptica medica contrastado con un enfoque enfermero para así sensibilizar y motivar al profesional de enfermería a implementar la herramienta NANDA NIC NOC a través de un taller en el cual se simule el recibo y entrega de turno con una situación cotidiana del servicio de urgencias.
- Sensibilizar al personal de enfermería con el fin de demostrar la importancia de la implementación de la herramienta NANDA NIC NOC en el quehacer diario del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana.
- Capacitar al profesional de enfermería de la clínica universidad de la sabana en relación a los conceptos a utilizar del modelo de adaptación de Callista Roy.

Indicador:

Número de profesionales de enfermería del servicio de urgencias que saben e implementan la Herramienta NANDA NIC NOC / Número total de profesionales de enfermería capacitados.

Recursos:

- Espacio de tiempo disponible en las capacitaciones mensuales de enfermería para llevar a cabo las capacitaciones programadas
- Instalaciones Físicas para la realización de las jornadas de capacitación dotadas con equipo PC, video beam o TV con conexión a través de cable HDMI para la proyección de ayudas audiovisuales.
- Capacitadores debidamente instruidos en el tema a entrenar.
- Personal de enfermería del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana.

Medios de verificación:

- Bitácoras recibo y entrega de turno.
- Historia clínica magnética.
- Auditoria presencial de recibo y entrega de turno.
- Planillas de asistencia a capacitaciones.

Supuestos:

- Baja adherencia por parte del personal de enfermería de la clínica universidad de la sabana al desarrollo del proyecto.
- Falta de tiempo para el desarrollo del proyecto por parte del personal de enfermería de la clínica universidad de la sabana asociado a la dinámica del servicio.
- Relación al número de pacientes atendidos vs profesional de enfermería a cargo de los mismos en el servicio de urgencias.
- Baja comprensión sobre los conceptos de NANDA NIC NOC previo al entrenamiento sobre el uso herramienta para que así el uso e implementación de la herramienta se lleve a cabo de una forma óptima.

Objetivo número 2:

Digitalizar un documento guía con los diagnósticos y las intervenciones más frecuentes en el servicio.

Propósito:

Brindar al profesional de enfermería del servicio de urgencias de la Clínica Universidad de la Sabana un medio en el cual se encuentren condensados los Diagnósticos de enfermería según la taxonomía NANDA Intervenciones NIC y evaluaciones NOC aplicables a las patologías más comunes de ingreso en el servicio.

Plan de acción:

- Teniendo en cuenta los datos estadísticos de los motivos de consulta más comunes para el servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana que requieran estancia hospitalaria ya sea en el servicio de observación o el área de reanimación, se realizara la respectiva consulta y revisión de la herramienta NNNConsult con el fin de extraer los Diagnósticos NANDA que más se acoplen a la clínica de los paciente y así desplegar las respectivas intervenciones NIC y evaluaciones NOC con el fin de dejarlas digitalizadas en un documento que pueda ser consultado por el profesional de enfermería. Para poder evaluar la practicidad del documento y lograr que el profesional se familiarice con el mismo, se realizara un el desarrollo de un caso de un caso clínico al cual se le puedan aplicar los contenidos previamente entregado.

Indicador:

- Incidencia y prevalencia de patologías del servicio de urgencias de la Clínica Universidad de la Sabana. / Diagnósticos disponibles para la consulta y aplicación sobre el documento digitalizado.

Recursos:

- Indicadores incidencia y prevalencia de las patologías del servicio de urgencias.
- Herramienta brindada por el servidor El servier NNNConsult.
- Tiempo de búsqueda filtrado y selección de los diagnósticos NANDA NIC Y NOC por parte de los ejecutores del proyecto.

Medios de verificación:

- Bitácoras recibo y entrega de turno.
- Historia clínica magnética.
- Auditoria presencial de recibo y entrega de turno.
- Planillas de asistencia a capacitaciones.

Supuestos:

- Llegada al servicio de urgencias de situaciones clínicas específicas poco comunes que estén fuera del compendio disponible en el documento para la respectiva consulta.
- Situaciones clínicas específicas que no se encuentren disponibles en la herramienta brindada por el servidor El Servier NNNConsult para la respectiva digitalización en el documento a entregar.

Objetivo número 3:

Enseñar a los profesionales como consultar la herramienta Nanda Nic Noc NNNConsult a través de la plataforma digital de la biblioteca de la Universidad de la Sabana.

Propósito:

Lograr que el profesional de enfermería del servicio de urgencias de la Clínica Universidad de la Sabana aprenda a utilizar e implementar el contenido de la herramienta brindada por el servidor El Servier NNNConsult.

Plan de acción:

- Como trabajadores de la clínica universidad de la sabana, los profesionales de enfermería tienen acceso a las bases de datos de enfermería disponibles en la plataforma virtual que ofrece la biblioteca de la Universidad de la Sabana, razón por la cual, se darán las respectivas directrices para poder llevar a cabo dicha consulta ya sea desde las instalaciones de la clínica o desde un lugar remoto.
- Contando con el apoyo del área de gestión del a tecnología, habilitar los usuarios de los profesionales de enfermería de la Clínica Universidad de la

Sabana para poder realizar la respectiva consulta a la herramienta NNNConsult.

Indicador:

Número de profesionales de enfermería que saben utilizar e implementar los recursos disponibles en la herramienta NNNConsult / número total de profesionales de enfermería capacitados.

Recursos:

- Espacio de tiempo disponible en las capacitaciones mensuales de enfermería para llevar a cabo las capacitaciones programadas
- Instalaciones Físicas para la realización de las jornadas de capacitación dotadas con equipo PC, video beam o TV con conexión a través de cable HDMI para la proyección de ayudas audiovisuales.
- Capacitadores debidamente instruidos en el tema a entrenar.
- Personal de enfermería del servicio de urgencias de la clínica universidad de la sabana.

Medios de verificación:

- Bitácoras recibo y entrega de turno.
- Historia clínica magnética.
- Planillas de asistencia a capacitaciones.

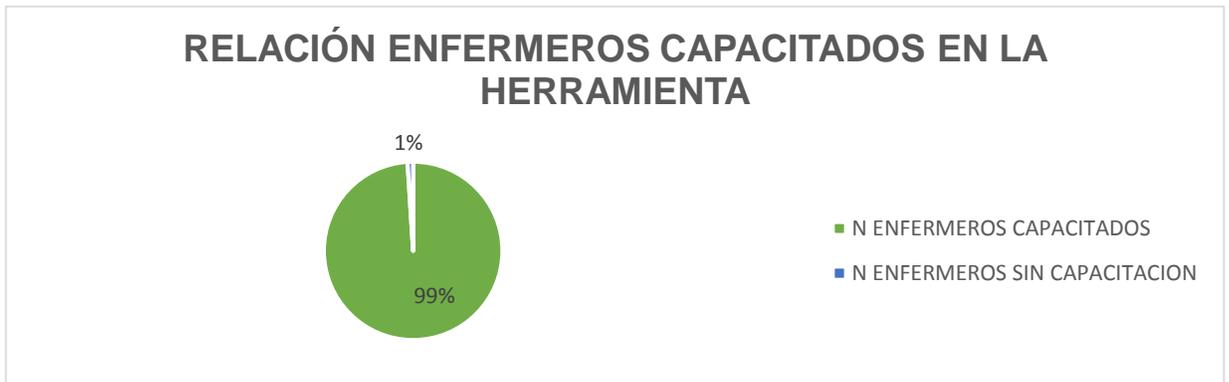
Supuestos:

- Baja adherencia por parte del personal de enfermería de la clínica universidad de la sabana al desarrollo del proyecto.
- Baja comprensión sobre los conceptos de NANDA NIC NOC previo al entrenamiento sobre el uso herramienta para que así el uso e implementación de la herramienta se lleve a cabo de una forma óptima.
- Incapacidad para poder acceder al servicio de internet para la realización de la respectiva consulta en la herramienta NNNConsult.
- Inhabilitación de los usuarios para la respectiva consulta en la herramienta NNNConsult.

11. Resultados

Gráfica N°1:

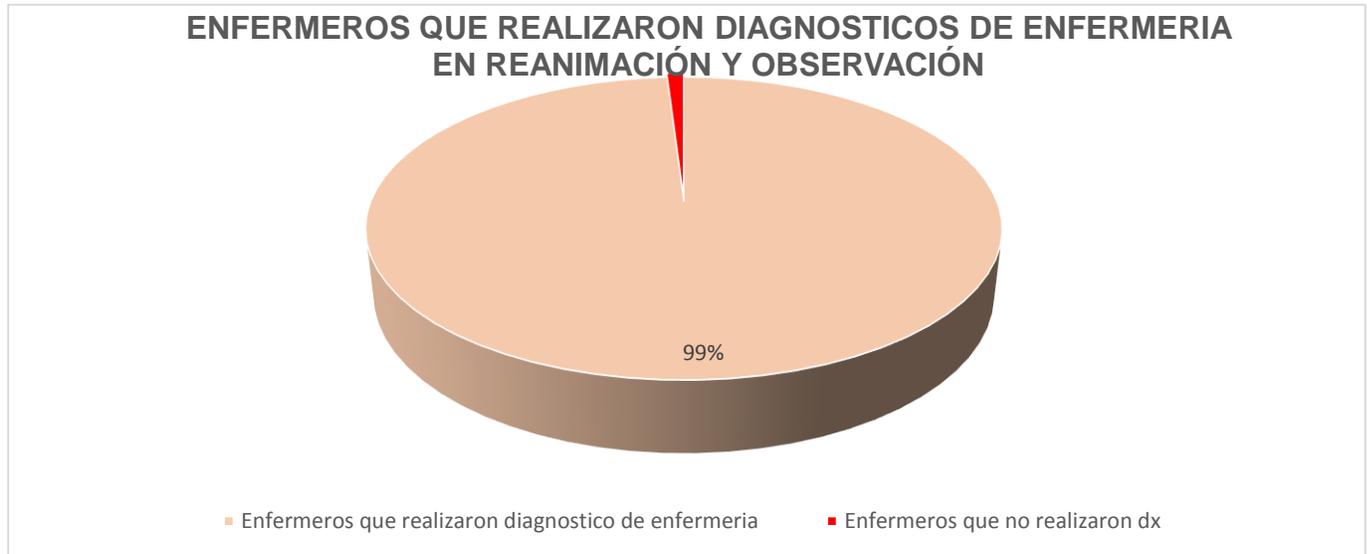
Realizar jornadas de capacitación para educar a los profesionales sobre cómo usar los diagnósticos Nanda, asociar las intervenciones Nic y evaluar el cuidado con metas Noc



En esta grafica se puede observar que el 100% del personal de enfermería del servicio de urgencias fue capacitado sobre el uso de los diagnósticos de Nanda, la asociación de las intervenciones Nic y el evaluar el cuidado con metas Noc. (Ver anexo N°4)

Gráfica N°2:

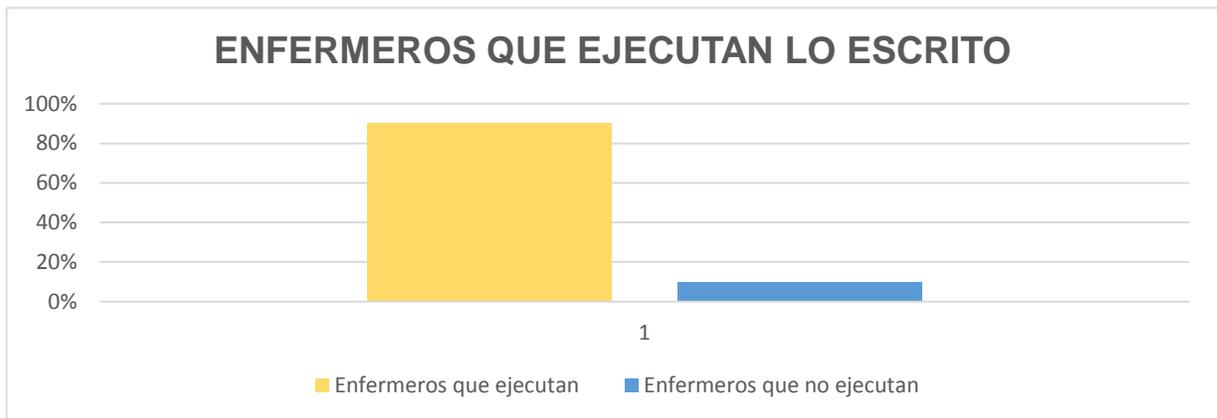
Corresponde a la auditoria de las historias clínicas magnéticas donde se verifico que estuvieran escrito el diagnóstico de enfermería



El 100% de los pacientes del área de reanimación y observación cuentan con un diagnóstico de enfermería establecido.

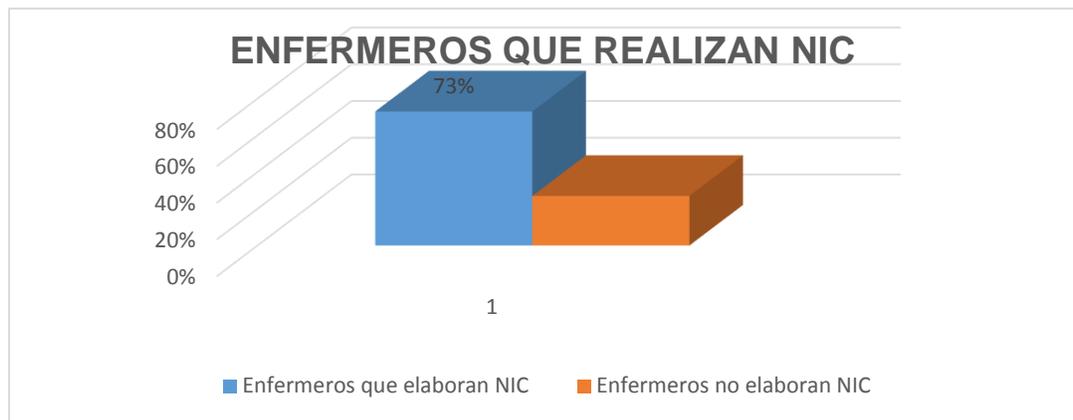
Sin embargo el servicio de urgencias se caracteriza por la rotación de profesionales de enfermería por esta razón se elaboró un tutorial donde se explica detalladamente como ingresar a la plataforma NNNConsult para el personal que ingresa a la institución o en su efecto si alguno de los enfermeros (a) quiere consultar la plataforma para verificar o diseñar un diagnóstico que se ajuste a las necesidades del paciente. (Ver Anexo N 3)

Grafica N°3: Se realizan auditorias presenciales donde se constata que los registros en la bitácoras de entrega y recibo de turno se están ejecutando y se registran en la historia clínica del paciente



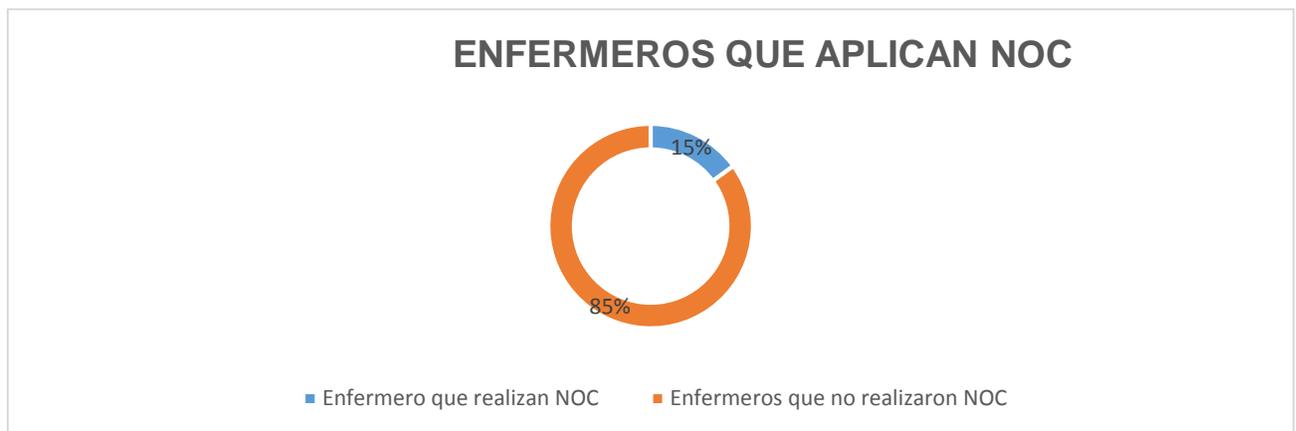
El 90 % del personal de enfermería está ejecutando lo planteado por el proyecto en contraste solamente el 10% del personal que fue capacitado no está ejecutando lo registrado o por el contrario no realiza los registros pertinentes en la bitácora e historia clínica del paciente.

Gráfica N°4: Se realiza auditoría presencial en el recibo y entrega de turno donde se evidencia que el personal capacitado registra las actividades de cuidado que realiza en el transcurso de la jornada laboral, además se realiza revisión en las historias clínicas que dichas intervenciones se encuentre registradas en la historia clínica del paciente



En la gráfica se puede apreciar que el 73% del personal de enfermería está ejecutando NIC en sus intervenciones diarias y registros de enfermería, mientras que 27% del personal que fue capacitado no está registrando sus intervenciones en la historia clínica del paciente.

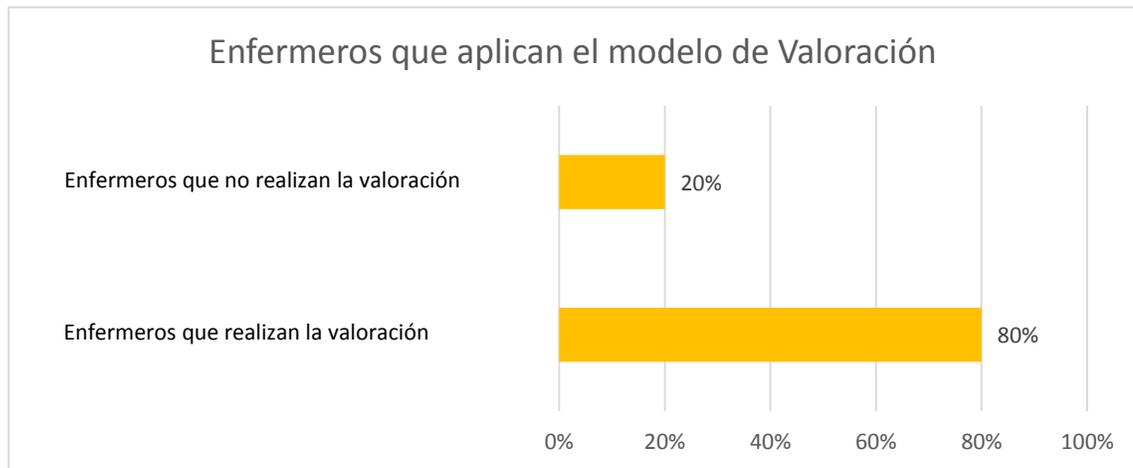
Grafica N°5: Se realiza auditoria presencial en el recibo y entrega de turno con previa verificación en los registros en historia clínica del paciente y bitácoras de entrega de turno donde se verifico la aplicación en la evaluación de la meta del cuidado



En la gráfica se evidencia que el 15% del personal de enfermería está ejecutando NOC en sus intervenciones diarias y registros de enfermería, por el contrario el 85% de las personas capacitadas no está ejecutando el NOC en sus intervenciones diarias y registros de enfermería.

De acuerdo al perfil epidemiológico del servicio de urgencias de la clínica universidad de la Sabana se realizó un listado de diagnósticos de enfermería más frecuentes y comunes en el servicio de urgencias donde se evidencia sus características definitorias, las intervenciones que se deben realizar de acuerdo a al diagnóstico de enfermería y la aplicación del NOC según las intervenciones a evaluar (Ver anexo N°5)

Grafica N°6: Se realizó auditorias en algunas historias clínicas donde se verificaba que estuviera registrada la valoración del paciente de acuerdo al modelo de Callista Roy, en el caso del paciente no poli traumatizado y en el caso del paciente traumatizado se verifico la valoración primaria del paciente en los registros de enfermería (A,B,C,D,E)



De acuerdo a la gráfica se observa que el 80% del personal de enfermería está ejecutando sus valoraciones diarias con lo estipulado con los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy o la estrategia ABCDE; pero solamente el 20% del personal no está ejecutando en sus valoraciones de enfermería lo estipulado con el modelo de adaptación de Callista Roy o la estrategia ABCDE. (Ver anexo N°1 y 2)

12. Conclusiones:

- La herramienta NANDA NIC NOC en el servicio de urgencias ha sido de gran ayuda debido a que se ha logrado estandarizar el lenguaje utilizado por el personal de enfermería haciendo más fácil la realización de las actividades diarias de nuestra disciplina directamente con los pacientes evidenciándolo en el área asistencial, así como en la calidad de los registros de la historia clínica magnética.
- La acogida del proyecto por parte del personal de enfermería fue positiva.
- La asistencia a las jornadas de capacitación fue exitosa
- El planteamiento de diagnóstico de enfermería quedo completamente claro por parte del personal de enfermería reflejado en sus respectivos registros.
- El planteamiento de intervenciones NIC quedo parcialmente claro por parte del personal de enfermería reflejado en sus respectivos registros.
- El planteamiento de evaluaciones NOC no quedo completamente claro y no se logra evidenciar el registro de los mismos
- El documento digitalizado sirve como documento referencia y guía para la realización de los registros diarios.
- Se ve evidenciado en los registros de enfermería que se está empezando a utilizar una guía estructurada para la realización de las valoraciones diarias.

13. Recomendaciones:

- Realizar nuevas jornadas de capacitación para el personal de enfermería que está llegando nuevo a la clínica.
- Reforzar lo relacionado con intervenciones NIC y evaluaciones NOC a través de nuevas capacitaciones.
- Capacitar al personal de enfermería de la unidad de cuidados especiales, salas de cx y hospitalización.
- Implementar el proyecto de forma transversal en la Clínica Universidad de la Sabana.
- Continuar con la auditoria interna del proyecto.

BIBLIOGRAFIA .

1. Clínica Universidad de la sabana. Código de ética y buen Gobierno. Direccionamiento estratégico. 2015. Documento tomado de la Web.

Disponible en:
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Clinica_Universitaria/2015/CODIGO_DE_ETICA_2015.pdf

² Clínica Universidad de la sabana. Portafolio de servicios. Documento Tomado de la Web. Disponible en: <http://www.clinicaunisabana.edu.co//la-clinica/servicios/portafolio-de-servicios/>

³ Clínica Universidad de la sabana. Misión y Visión. Documento tomado de la web. Disponible en: <http://www.clinicaunisabana.edu.co/la-clinica/quienes-somos/mision-y-vision/>

⁴ Clínica Universidad de la sabana. Código de ética y buen Gobierno. Direccionamiento estratégico. 2015. Pág. 38 Documento tomado de la Web. Disponible en:
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Clinica_Universitaria/2015/CODIGO_DE_ETICA_2015.pdf

⁵ Clínica Universidad de la sabana. Código de ética y buen Gobierno. Direccionamiento estratégico. 2015. Pág. 42 Documento tomado de la Web. Disponible en:
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Clinica_Universitaria/2015/CODIGO_DE_ETICA_2015.pdf

⁶ Clínica Universidad de la sabana. Código de ética y buen Gobierno. Direccionamiento estratégico. 2015. Pág. 15 Documento tomado de la Web. Disponible en:
https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Documentos/Clinica_Universitaria/2015/CODIGO_DE_ETICA_2015.pdf 7.

7 Herdman TH, editor. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación (2015-2017). Barcelona: Elsevier; 2010.

Disponible en:

<https://tienda.elsevier.es/diagnosticos-enfermeros-definiciones-y-clasificacion-2015-2017-9788490229514.html>

8. FACULTAD DE ENFERMERÍA, Grupo de estudio. Análisis de los conceptos del modelo de adaptación de Callista Roy. **Aquichan**, [S.l.], v. 2, n. 1, mayo 2009. ISSN 2027-5374.

Disponible en:

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/18/36>.
9.

9. Luis Rodrigo MT, editor. Los diagnósticos enfermeros: Revisión crítica y guía práctica. 8.a ed. Barcelona: Elsevier-Masson; 2008.

Disponible en:

<https://tienda.elsevier.es/los-diagnosticos-enfermeros-9788445824047.html>

10 Gudmundsdottir E, Delaney C, Thoroddsen A, Karlsson T. Translation and validation of the Nursing Outcomes Classification labels and definitions for acute care nursing in Iceland. *J Adv Nurs*. 2004;46:292---302.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15066110>

11. Kuper A, Reeves S, Levinson W. An introduction to reading and appraising qualitative research. *BMJ*. 2008;337:404--- 9.

Disponible en:

<http://www.bmj.com/content/337/bmj.a288>

12. Cachón Pérez, Álvarez-López, & Palacios-Ceña. (2012). El significado del lenguaje estandarizado NANDA-NIC-NOC en las enfermeras de cuidados intensivos madrileñas: Abordaje fenomenológico. *Enfermería Intensiva*, 23(2), 68-76.

Disponible en: [https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399\(11\)00089-7&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES](https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399(11)00089-7&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES)

13 Klehr J, Hafner J, Spelz LM, Steen S, Weaver K. Implementation of standardized nomenclature in the electronic medical record. *Int J Nurs Terminol Classif*. 2009;20:169---80.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19883454>

14 De Cordova PB, Lucero RJ, Jun S. Using the Nursing Interventions Classification as a Potential Measure of Nurse Workload. *J Nurs Care Qual.* 2010;25:39---45.

Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2869293/>

15. Cuzco Cabellos, & Guasch Pomés. (2015). Aplicación y evaluación del plan de cuidados en pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Intensiva*, 26(4), 137-143

Disponible en: [https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399\(15\)00086-3&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES](https://unisabana-primo.hosted.exlibrisgroup.com/primo-explore/fulldisplay?docid=TN_sciversesciencedirect_elsevierS1130-2399(15)00086-3&context=PC&vid=UNISABANA&search_scope=unisabana_completo&tab=unisabana_tab&lang=es_ES)

16. Carrasco G, Ferrer J. Las vías clínicas basadas en la evidencia como estrategia para la mejora de la calidad: metodología, ventajas y limitaciones. *Calid Asist.* 2001;16:199---207.

Disponible en:

<http://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-linkresolver-las-vias-clinicas-basadas-evidencia-S1134282X01774052>

17 González JA, Corujo B, Colino MJ, López S, Molina MV, Rosado N, et al. Plan de cuidados frente a protocolo asistencial. Análisis comparativo en pacientes sometidos a cateterismo cardíaco. *Enferm Intensiva.* 2006;17:104---14.

Disponible

<http://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-plan-cuidados-frente-protocolo-asistencial--13093151>

18 . Zimmerman JE, Alzola C, von Rueden KT. The use of benchmarking to identify top performing critical care units: A preliminary assessment of their policies and practices. *J Crit Care.* 2003;18:76---86

Disponible en:

[http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441\(03\)70002-1/fulltext](http://www.jccjournal.org/article/S0883-9441(03)70002-1/fulltext)

19. Universidad de la Sabana , Campus [Internet] Chía, Cundinamarca: Campus Campus interior Ser Sabana es más 24.04.2017 [citado 07/11/2017].

Disponible en:

https://www.unisabana.edu.co/campus/noticia/?tx_news_pi1%5Bnews%5D=13827&tx_news_pi1%5Bcontroller%5D=News&tx_news_pi1%5Baction%5D=detail&cHash=40bed3349e77c3d8e9536a11dc5d1102

20. blogspot [Internet] jueves 14 de junio del 2012. teoriasdeenfermeriauns [Consultado el 28-02-2018]

Disponible en: <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com.co/2012/06/callista-roy.html>

21. Universidad del rosario [Internet]. n.d. MATRIZ DE MARCO LOGICO UNA HERRAMIENTA DE FORMULACION DE PROYECTOS, [Consultado el 28-02-2018] disponible en: <http://www.urosario.edu.co/Internacionalizacion/Oportunidades-Cooperacion-Internacional/Documentos/DOCUMENTO-BANCO-MUNDIAL.PDF>

22. Yolimar Vilchez. ÉTICA Y MORAL Una mirada desde la gerencia pública. Revista Formación Gerencial, Año 11 N° 2 Noviembre (2012)

Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4192166>

23. JOSÉ JUAN GARCÍA Instituto de Bioética Universidad Católica de Cuyo (Argentina). BIOÉTICA PERSONALISTA Y BIOÉTICA PRINCIPIALISTA. PERSPECTIVAS, Cuadernos de Bioética XXIV 2013/1ª Copyright Cuadernos de Bioétic

Disponible en: <http://aebioetica.org/revistas/2013/24/80/67.pdf>

24. *Escuela Universitaria de Enfermería Complejo Hospitalario Universitario de Vigo. **Hospital Meixoeiro de Vigo. ***Profesora de Enseñanza Media. Vigo. Vigo. ***Profesora de Enseñanza Media. Vigo, ASUMIENDO COMPETENCIAS DESDE LA APLICACIÓN NANDA NIC NOC EN LA PRÁCTICA CLÍNICA, noviembre 2017

Disponible en: <https://digitum.um.es/xmlui/bitstream/10201/24241/1/Asumiendo%20competencias%20desde%20la%20aplicacion%20NANDA%20NIC%20NOC%20en%20la%20practica%20clinica..pdf>

25. REPÚBLICA DE COLOMBIA MINISTERIO DE SALUD, RESOLUCIÓN N° 008430, (4 DE OCTUBRE DE 1993)

Disponible en:

http://www.urosario.edu.co/EMCS/Documentos/investigacion/resolucion_008430_1993/

26. Direccion de Enfermeria – Docentes Facultad de Enfermeria y Rehabilitacion Universidad de la Sabana, MANUAL MODELO FUNCIONAL COMPROMISO Y TONO HUMANO, Abril 2017.

Disponible

en:

<https://portalclinica.unisabana.edu.co/gestionCalidad/Misionales/DN.01.MA.01%20MANUAL%20MODELO%20FUNCIONAL%20COMPROMISO%20Y%20TONO%20HUMANO.pdf#search=modelo%20funciona>

Anexos.

Anexo N° 1

1: Guía para registros de enfermería en paciente no traumatizado.

Introducción

Este documento es un instrumento guía que le va permitir a los diferentes profesionales y técnicos que se vean inmersos en el abordaje del paciente traumatizado y no traumatizado realizar los registros pertinentes en la historia clínica de acuerdo al área de interés partiendo de la premisa que el trabajo interdisciplinario es esencial en el abordaje y atención del paciente ; Sin embargo es fundamental aclarar que solamente el profesional de enfermería podrá ser uso de este documento y modificarlo de acuerdo a la pertinencia o hallazgos encontrados en el proceso de atención de enfermería (PAE)

Por otro lado esta guía reúne los principales aspectos que permiten al profesional de enfermería realizar una adecuada, clara y concisa valoración de enfermería retomando los aspectos más relevantes del modelo de adaptación de Callista Roy lo cual permite fortalecer y plasmar el rol de enfermería en la atención del paciente, así exaltar el rol de enfermería con cuerpo de conocimientos propios, basados en modelos teóricos estructurales que van ayudar potenciar los conocimientos y de esta forma va ayudar al enfermero seleccionar y aplicar los cuidados de enfermería más convenientes en el proceso de mejoramiento de su enfermedad.

Diseño guía para registros de enfermería en paciente no traumatizado

Enfermero.
Auxiliar de enfermería
Médico
Terapeuta.

Describe el ingreso del paciente fecha y hora del ingreso, ambulancia que lo trae y condiciones en que ingresa, describa el estado del paciente a su ingreso.

Realizar valoración según funciones y necesidades.

Función neurológica

- Estado de conciencia.
- Simetría, tamaño y reacción pupilar.
- Orientación en tiempo, lugar y persona.
- Capacidad de comunicarse
- Escala de Glasgow.
- Movilidad, fuerza y sensibilidad
- Escala de SINCINATI
- Escala de NISHSS

Necesidad de oxigenación y circulación.

- Frecuencia cardiaca, presión arterial, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno.
- Valore presencia de signos de bajo gasto cardiaco.
- Posición de la tráquea y permeabilidad de la vía aérea.
- Realice y describa expansión torácica, ruidos respiratorios, presencia de dificultad respiratoria.
- Valore ruidos cardiacos, pulsos distales, llenado capilar, perfusión distal.
- Describa hallazgos electrocardiográficos.
- Describa si hay presencia o no de dolor torácico.
- Reporte gases arteriales.
- Describa si el paciente requiere de protección de la vía aérea y de ventilación mecánica.
- Describa la necesidad de uso e vasopresores y/o inotrópicos.

- Describa la necesidad de transfusión de hemoderivados.

Necesidad de nutrición

- Peso, talla, índice de masa corporal.
- Valorar masticación y posibles trastornos de la deglución.
- Valorar cavidad abdominal teniendo en cuenta los 6 cuadrantes
- Valorar la presencia de megalias, dolor.
- Describir si el paciente presenta emesis, diarrea, estreñimiento.
- Valorar si hay presencia de ostomías de alimentación o de eliminación.
- Valorar la necesidad de sonda nasogástrica.

Necesidad de eliminación

- Valore gasto urinario
- Cuantifique pérdidas por diarrea.
- Valore la diuresis, color, olor, cantidad.
- Cuantifique los líquidos y saque un balance de líquidos administrados y eliminados.
- Valore la presencia de disuria, polaquiuria.
- Valore la presencia de edemas.
- Presencia de sonda urinaria.
- Presencia de ostomías de eliminación

Función líquidos y electrolitos.

- Valore mucosa oral.
- ¿Hay presencia de edema?
- Reportes de laboratorios electrolitos.
- Describa los líquidos endovenosos administrados.
- Valore gasto urinario.
- Balance de líquidos administrados y eliminados.

Función endocrina reproductora.

- Palpe y describa la tiroides.
- Valore glucometría
- Valore la cadena ganglionar.
- Describa presencia de alteración en región genital.

Necesidad de protección

- Valore la piel y describa, aplique escala de Braden.
- Describa procedimientos invasivos, presencia de heridas quirúrgicas, o heridas traumáticas.
- Valore la escala de riesgo de caídas morse.
- Identifique riesgo de bronco aspiración.
- Valore reportes de laboratorios.
- Identifique pacientes inmuno suprimidos.
- Describa dispositivos invasivos intravasculares.

Necesidad de actividad y descanso.

- Valore si logra conciliar el sueño fácilmente
 - Valore la presencia de inmovilidad
 - ¿Necesita apoyo para moverse?
 - Se encuentra con paresia o plejía
 - ¿Hay presencia de amputación?
 - ¿Hay presencia de prótesis?
-
- ✓ Realice valoración del auto concepto, rol e interdependencia
 - ✓ Describa las respuestas efectivas e inefectivas identificadas en la valoración
 - ✓ Realice diagnóstico de enfermería teniendo en cuenta Nanda.
 - ✓ Plantee el plan de cuidados según el Nic.
 - ✓ Evalúe su plan de cuidados según el Noc.

Anexo 2: Guía para registros de enfermería en paciente poli traumatizado.

Introducción

Este documento es un instrumento guía que le va permitir a los diferentes profesionales y técnicos que se vean inmersos en el abordaje del paciente traumatizado y no traumatizado realizar los registros pertinentes en la historia clínica de acuerdo al área de interés partiendo de la premisa que el trabajo interdisciplinario es esencial en el abordaje y atención del paciente ; Sin embargo es fundamental aclarar que solamente el profesional de enfermería podrá ser uso de este documento y modificarlo de acuerdo a la pertinencia o hallazgos encontrados en el proceso de atención de enfermería (PAE)

Por otro lado esta guía reúne los principales aspectos que permiten al profesional de enfermería realizar una adecuada, clara y concisa valoración de enfermería retomando los aspectos más relevantes de la valoración para paciente poli traumatizado a través del abordaje ABCDE lo cual permite fortalecer y plasmar el rol de enfermería en la atención del paciente, así exaltar el rol de enfermería con cuerpo de conocimientos propios, basados en modelos teóricos estructurales que van ayudar potenciar los conocimientos y de esta forma va ayudar al enfermero seleccionar y aplicar los cuidados de enfermería más convenientes en el proceso de mejoramiento de su enfermedad.

Diseño guía para registros de enfermería en paciente traumatizado

Enfermero.
Auxiliar de enfermería
Médico
Terapeuta.

Describe el ingreso del paciente fecha y hora del ingreso, ambulancia que lo trae y condiciones en que ingresa, describa la cinemática del trauma, anote si el paciente ingresa con signos de embriaguez o aliento alcohólico.

A: Vía aérea.

Valore y describa:

- Permeabilidad de la vía aérea.
- Presencia de secreciones, cuerpo extraño.
- Posición de la tráquea.
- Néxus.
- Presencia de enfisema.
- Presencia de heridas o estigmas de trauma en cuello anterior y posterior.
- Valore la presencia de ingurgitación yugular.
- Asegure la columna cervical, describa si hay dolor o deformidad.
- Inmovilice columna cervical.
- Describa si hay necesidad de proteger la vía aérea y describa el procedimiento.

B: Ventilación.

Valore y describa:

- Características del tórax, estigmas trauma, presencia de enfisema, laceraciones o heridas.
- Valore tórax anterior y posterior.
- Identifique la presencia de dificultad respiratoria.
- Valore FR y SPO₂.
- Describa el resultado de la auscultación.
- Escriba el reporte de los gases arteriales.
- Valore la perfusión distal.
- Describa los hallazgos en la radiografía de tórax
- Describa procedimientos como toracotomías, descompresión de urgencias de neumotórax a tensión.

- Si el paciente requiere de ventilación describa los parámetros ventilatorios: modo, Peep, frecuencia respiratoria, relación I:E, fio2.

C: Circulación:

- Describa FC y TA.
- Valore la presencia de signos de bajo gasto cardiaco.
- Describa hallazgos de la auscultación cardiaca.
- Describa los hallazgos de la valoración abdominal.
- Describa la valoración de la pelvis y tacto rectal
- Valore pulsos periféricos y descríbalos.
- Describa los procedimientos: venopunciones, paso de picc, inserción de catéter venoso central.
- Describa la necesidad de uso de vasopresores e inotrópicos, especifique la dosis.
- Describa el tipo de líquidos endovenosos y volumen por hora que se administra.
- Describa la necesidad de transfusión de hemoderivados.

D: Neurológico:

- Valore estado de conciencia.
- Valore y describa escala de Glasgow.
- Valore simetría, tamaño y reacción pupilar.
- Valore presencia de cefalea.
- Valore sensibilidad y movilidad de la extremidades
- Identifique signos de choque neurogénico.
- Identifique signos de hipertensión intracraneana.
- No retrase la toma de neuro imágenes
- Brinde medidas de neuro protección.
- Describa escala de Richmond Rass si es el caso.

E: Exposición

- Realice valoración cefalocaudal.
- Descubra al paciente
- Identifique presencia de heridas, equimosis, laceraciones.
- Describa región genital y perianal.
- Describa la presencia de dispositivos extra institucionales.
- Explique si el paciente se encuentra con inmovilizador cervical, férula espinal larga y otros inmovilizadores.

- Describa si hay presencia de deformidad en las extremidades.

Educación al paciente y a la familia

Se brinda educación sobre:

- + Derechos y deberes del paciente
- + Se dan indicaciones de horarios de visitas
- + Se explica el riesgo de caída
- + Rutas de evacuación
- + Política de no fumador.
- + Medidas preventivas a caídas: se le explica el riesgo de caída del paciente y se le indica que se debe dejar camilla con freno puesto, barandas elevadas.
- + Medidas preventivas a bronco aspiración: se dejará paciente en posición semifowler (si la condición clínica lo permite), se le indica que la ingesta de alimentos se debe realizar en esta posición, se le educa a familiares la importancia de retirar prótesis dentales al paciente.

Medidas de seguridad

Se deja paciente en unidad acostado con medidas de seguridad establecidas: manilla de identificación, tablero de identificación, barandas elevadas, riesgo de caída según escala de Morse, con piel íntegra y riesgo de lesión en piel según escala de Braden, en compañía de familiar.

Diagnóstico de enfermería.

Describa aquí el diagnóstico de enfermería resultante de la valoración, teniendo en cuenta Nanda.

Plan de cuidados de enfermería

Describa aquí en plan de cuidados de enfermería encaminados al diagnóstico de enfermería y teniendo en cuenta las intervenciones NIC.

Anexo 3. Instructivo para ingreso a la base de datos NNNConsult.

INSTRUCTIVO PARA INGRESO A LA BASE DE DATOS NNN CONSULT.

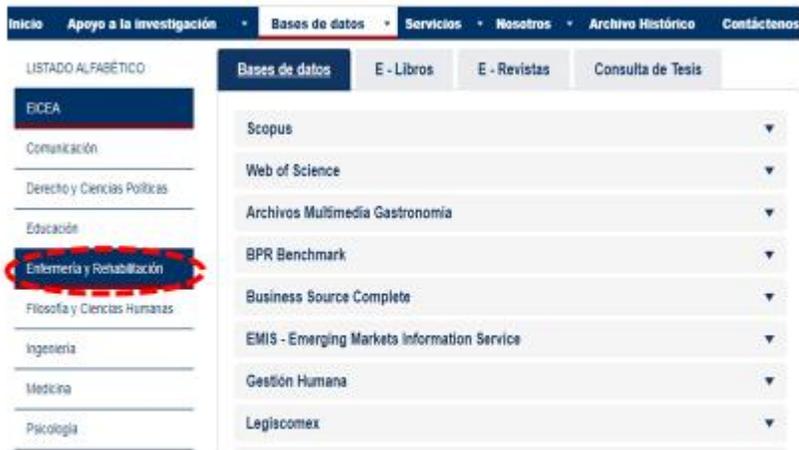
En este instructivo encontrará los pasos detallados para ingresar a la base de datos. Podrá interactuar con las diversas opciones que ofrece la NNN consult y así elaborar diagnósticos de enfermería acorde a las necesidades del paciente. Posteriormente, encontrará intervenciones que sean afines con los requerimientos del paciente y, finalmente, podrá evaluar la efectividad o pertinencia del diagnóstico con sus respectivas intervenciones.





**Enseguida clic en
base de datos**

Fuente: <https://www.unisabana.edu.co/>



**Seleccione la opción de
enfermería y rehabilitación**

Fuente: <https://www.unisabana.edu.co/biblioteca/bases-de-datos/eicea/>

Inicio Apoyo a la investigación Bases de datos Servicios Nosotros Archivo Histórico Contáctenos

LISTADO ALFABÉTICO

EICEA

Comunicación

Derecho y Ciencias Políticas

Educación

Enfermería y Rehabilitación

Filosofía y Ciencias Humanas

Ingeniería

Medicina

Psicología

Bases de datos E - Libros E - Revistas Consulta de Tesis

Scopus

Web of Science

Archivos Multimedia Gastronomía

BPR Benchmark

Business Source Complete

EMIS - Emerging Markets Information Service

Gestión Humana

Legiscomex

Seleccione la opción de enfermería y rehabilitación

Fuente: <https://www.unisabana.edu.co/biblioteca/bases-de-datos/eicea/>

Enfermería y Rehabilitación

Filosofía y Ciencias Humanas

Ingeniería

Medicina

Psicología

Instituto de la Familia

CTA

Departamento de Lenguas

Acland's Video Atlas of Human Anatomy

Advisory

Clinical Key

Embase

NNNConsult

NNNConsult

NNNCONSULT
NANDA - NOC - NIC

NNNConsult es la herramienta online que le permite consultar ágilmente los lenguajes estandarizados de los diagnósticos desarrollados por Nanda Internacional (NANDA), los resultados de la Nursing Outcomes Classification (NOC), las intervenciones de la Nursing Interventions Classification (NIC) y los vínculos entre ellas.

Luego doble clic

Fuente: <https://www.unisabana.edu.co/biblioteca/bases-de-datos/enfermeria/>

Biblioteca Octavio Arizmendi Posada

Por favor ingrese su usuario y clave institucional:

Usuario:

Contraseña:

Si presenta inconvenientes con sus datos, por favor escriba a service.desk@unisabana.edu.co

Enseguida aparecerá esta opción

Fuente: <https://ez.unisabana.edu.co/login?url=http://www.nnnconsult.com/>

Biblioteca Octavio Arizmendi Posada

Por favor ingrese su usuario y clave institucional:

Usuario:

Contraseña:

Si presenta inconvenientes con sus datos, por favor escriba a service.desk@unisabana.edu.co

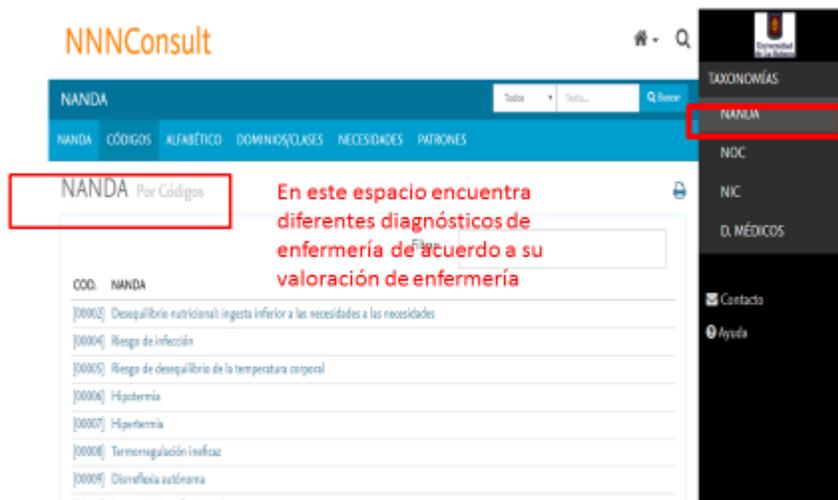
Ingrese credenciales. Usuario institucional y contraseña personal

Fuente: <https://ez.unisabana.edu.co/login?url=http://www.nnnconsult.com/>



Ya ha ingresado a la pagina, interactúa en las diferentes opciones, según sus necesidades

Fuente: <http://www.nnnconsult.com.ez.unisabana.edu.co/>



Fuente: <https://www.nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/nanda>

NANDA Todos ▼ Texto... Q Buscar

CÓDIGO: 00006 EDICIÓN: 1986, 1988, 2013, NDE 2.2

DIAGNÓSTICO: Hipotermia

DEFINICIÓN: Temperatura corporal por debajo del rango diurno normal debido a la insuficiencia de la termorregulación

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 6 Termorregulación

NECESIDAD: 7 Temperatura PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico

NOTAS:

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES NOC Relacionados NIC Relacionados

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES

Acrocianosis	Característica definitoria
Aumento de la tasa metabólica	Característica definitoria
Aumento en el consumo de oxígeno	Característica definitoria
Bradicardia	Característica definitoria
Cianosis de los lechos ungueales	Característica definitoria
Disminución de la ventilación	Característica definitoria
Disminución del nivel de glucosa en sangre	Característica definitoria

NANDA
NOC
NIC
D. MÉDICOS

Contacto
Ayuda

En el diagnostico se puede observar su definición y características que lo definen.

Fuente: <https://www-nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/nanda/6>

NNNConsult

NANDA Todos ▼ Texto... Q Buscar

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES NOC Relacionados **NIC Relacionados**

En este ítem va encontrar las intervenciones que podría aplicar a su plan de cuidados

NIC RELACIONADOS

[3900] Regulación de la temperatura	Principal
[3902] Regulación de la temperatura: perioperatoria	Principal
[3800] Tratamiento de la hipotermia	Principal
[6824] Cuidados del lactante: recién nacido	Sugerida
[6480] Manejo ambiental	Sugerida
[4120] Manejo de líquidos	Sugerida
[2080] Manejo de líquidos/electrolitos	Sugerida
[4250] Manejo del shock	Sugerida
[2020] Monitorización de electrolitos	Sugerida

TAXONOMÍAS
NANDA
NOC
NIC
D. MÉDICOS

Contacto
Ayuda

Fuente: <https://www-nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/nanda/6>

NIC

CÓDIGO: 3900 EDICIÓN: 1992, 2013

INTERVENCIÓN: Regulación de la temperatura

DEFINICIÓN: Consorción y mantenimiento de una temperatura corporal dentro del margen normal.

CAMPO: 2 Fisiológico; Complejo CLASE: M Termorregulación

ESPECIALIDADES DE ENFERMERÍA: Cuidados críticos, Neurociencias, Neonatal

ACTIVIDADES En otros NANDA En otros NOC En otros DIAGNÓSTICOS MÉDICOS

ACTIVIDADES

- Comprobar la temperatura al menos cada 2 horas, según corresponda.
- Vigilar la temperatura del recién nacido hasta que se estabilice.
- Instalar un dispositivo de monitorización de temperatura central continua, si es preciso.
- Controlar la presión arterial, el pulso y la respiración, según corresponda.
- Observar el color y la temperatura de la piel.
- Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipotermia e hipertermia.
- Favorecer una ingesta nutricional y de líquidos adecuada.
- Envolver al bebé inmediatamente después del nacimiento para evitar la pérdida de calor.

NANDA
NOC
NIC
D. MÉDICOS
Contacto
Ayuda

Luego va encontrar las actividades que se ajusten a las intervenciones que se aplique a la situación del paciente

Fuente: <https://www-nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/nic/3900/6/>

CÓDIGO: 0006 EDICIÓN: 1986, 1988, 2013, NDE 2.2

DIAGNÓSTICO: Hipertermia

DEFINICIÓN: Temperatura corporal por debajo del rango diario normal debido a la insuficiencia de la termorregulación

DOMINIO: 11 Seguridad/Protección CLASE: 6 Termorregulación

NECESIDAD: 7 Temperatura PATRÓN: 2 Nutricional-metabólico

NOTAS:

CARACTERÍSTICAS Y FACTORES **NOC Relacionados** **NIC Relacionados**

En esta opción va encontrar los resultados que espera tener en su intervención

NOC RELACIONADOS

▶ [0800] TERMORREGULACIÓN	Resultados para medir la resolución del diagnóstico
▶ [0801] TERMORREGULACIÓN: RECIÉN NACIDO	Resultados para medir la resolución del diagnóstico
[0407] PERFUSIÓN TISULAR: PERIFÉRICA	Resultados adicionales para medir las características definitorias
[2112] SEVERIDAD DE LA HIPERTENSIÓN	Resultados adicionales para medir las características definitorias
▶ [0802] SIGNOS VITALES	Resultados adicionales para medir las características definitorias
[3100] AUTOCONTROL: ENFERMEDAD AGUDA	Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios
[1903] CONTROL DEL RIESGO: CONSUMO DE ALCOHOL	Resultados asociados con los factores relacionados o resultados intermedios

©www-nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/nanda/0006

NOC
NIC
D. MÉDICOS
Contacto
Ayuda

Fuente: <https://www-nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/nanda/6/>

NNNConsult

NOC Todos

INDICADORES

[80001] Temperatura cutánea aumentada.	ESCALA a Desde Grave hasta Ninguno.
[80003] Cefalea.	ESCALA 1. Grave 2. Satisfacción 3. Moderado
[80004] Dolor muscular.	ESCALA 4. Leve
[80005] Irritabilidad.	ESCALA 4. Ninguna
[80006] Somnolencia.	ESCALA a Desde Grave hasta Ninguno.
[80007] Cambio de coloración cutánea.	ESCALA a Desde Grave hasta Ninguno.
[80008] Contractura muscular.	ESCALA a Desde Grave hasta Ninguno.
[80009] Presencia de piel de gallina cuando hace frío.	ESCALA a Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido.
[80010] Confusión con el enfermo.	ESCALA a Desde Gravemente comprometido hasta NO comprometido.

TAXONOMÍAS

- NANDA
- NOC**
- NIC
- D. MÉDICOS

Contacto

Ayuda

Finalmente escoge un indicador y evalúa la efectividad de su meta de cuidado

Fuente: <https://www-nnnconsult-com.ez.unisabana.edu.co/noc/800/6/>

Anexo 4. Planillas de asistencia capacitaciones grupo de enfermería urgencias.

Código: CD.01.PR.03.FT.02
Fecha: 2015.12.15
Versión: 5

CONTROL ASISTENCIA A CAPACITACIÓN GRUPAL

CLINICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA

Fecha: Mayo 2-3 / 2018 Hoja: 1 de 2
Expositor: John Gormic
Tema de la Capacitación: Herramienta Nonda RIC-NOC Sebastian Cardenas
Hora de Inicio: _____ Hora de Terminación: _____

No.	IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
1	00010087	Luis Alberto Tenorio	Enfermero - URG	luis.tenorio@clinica	3003252917	Luis Tenorio
2	1030371969	Andrés Ospina Rojas	Enfermero - urg.	Andres.Ospina3@clinica	3183492809	Andrés Ospina
3	35426808	Wissa Rg Anzures	Enfermero	wissar@clinica	3192530008	Wissa Rg Anzures
4	023555289	Yedira Tenorio Castro	Enfermera jefe	yedira@clinica	3013126606	Yedira
5	5424137	Monica Pachon	Enfermera	monica.p@clinica	3112321167	Monica Pachon
6	1031556980	Esther Rodríguez Jara	Enfermera	esther.r@clinica	3134346270	Esther Rodríguez
7	102399483	Jonathan Pizarro	Enfermero	jpizarro@clinica	3134203258	Jonathan Pizarro
8	53028266	Bryan Martínez	Enfermera	bryanm@clinica	322414141	Bryan Martínez
9	351089913	Mileys Correa	Enfermera	mileysc@clinica	3009485488	Mileys Correa
10	107859062	Alexandra Cardona	Enfermera	alexandra.c@clinica	3223601019	Alexandra Cardona
11	7918127	Galeno Sierra	Enfermero	galeno@clinica	3142029266	Galeno Sierra
12	107839017	Viviana R. Garcia G.	Enfermera	vivianerg@clinica	3213711934	Viviana R. Garcia G.
13	1075655184	JINA F RODRIGUEZ C.	ENFERMERA	jinaro@clinica.usc	3046493944	Jina F Rodríguez C.
14	1072643805	Jennifer Zamora	Enfermera	jennifer.z@clinica	3138239998	Jennifer Zamora
15	1022361344	Ydranna Fonseca	Enfermera	ydranna.f@clinica	3134898597	Ydranna Fonseca
16	52190207	Rosmary Ramos	Enfermera	rosmary.r@clinica	3168543338	Rosmary Ramos
17	7110991262	Laura Binao Suarez	Enfermera	laurab@clinica.usc	3046178130	Laura Binao Suarez



CONTROL ASISTENCIA A CAPACITACIÓN GRUPAL

Código: CD.01.PR.03.FT.04
Fecha: 2015.12.15
Versión: 5

Fecha: 2-3 Mayo/2018 Expositor: John Gornice - Sebastian Cardenas Hoja: 1 de 2
Tema de la Capacitación: Herramienta Jando Mic-400 Hora de Terminación: _____
Hora de Inicio: _____

No.	IDENTIFICACION	NOMBRE COMPLETO	CARGO	CORREO ELECTRONICO	TELÉFONO	FIRMA
1	60367324	Alba Lucia Pabón	Enfermera	albapg@clinsa	3104831209	
2	3544041	Clara Pinzón	Enfermera	clarapm@	3125863651	
3	1015652218	Jose Feb. Boloco Paeo	Coordinadora	lusb@clinsa.unsabana	3016920130	
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						

Anexo 5. Tabla de diagnósticos de enfermería

Introducción

Según las necesidades del servicio de urgencias de la Clínica Universidad de la Sabana, se han determinado en el siguiente listado los diagnósticos de enfermería más prevalentes en el servicio, teniendo en cuenta la taxonomía de Nanda, Nic, Noc. Lo anterior se logró realizando seguimiento a la bitácoras de enfermería y a los diagnósticos médicos para así definir los diagnósticos de enfermería a aplicar.

El personal de enfermería tendrá a su disposición el siguiente listado así como la disponibilidad de acceder a la base de datos de la NNNConsult. Posterior a la valoración de enfermería según el modelo de Callista Roy y teniendo en cuenta valoración fisiológica, valoración psicosocial, respuestas efectivas e inefectivas, determinación del estímulo focal contextual y residual, usted como profesional de enfermería deberá plantear diagnóstico de enfermería, intervenciones Nic y metas Noc, para tener como resultado un cuidado de enfermería de calidad.

Se dejarán los siguientes diagnósticos clasificados por funciones y necesidades. Se trata de una tabla en archivo Excel con las siguientes características: diagnóstico de enfermería Nanda, factores relacionados, características definitorias, situaciones de salud en las que se ajusta el diagnóstico, metas Noc, intervenciones Nic.

Eliminación

1. 00013 Diarrea.
2. 00016 Deterioro de la eliminación urinaria.

Oxigenación y circulación

1. 00029 Disminución del gasto cardiaco.
2. 00030 Deterioro del intercambio de gases.
3. 00031 Limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Líquidos y electrolitos

1. 00025 Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos.
2. 00026 Exceso del volumen de líquidos.
3. 00027 Déficit del volumen de líquidos

Función neurológica.

1. 00049 Disminución de la capacidad adaptativa intracranea.

Necesidad de protección

1. 00004 Riesgo de infección
2. 00007 Hipertermia
3. 00046 Deterioro de la integridad cutánea.

4. 00132 Dolor agudo

Psicosocial

1. 00150 Riesgo de suicidio.
2. 00121 Trastorno de la identidad personal.
3. 00118 Trastorno de la imagen corporal.

DIAGNÓSTICO ENFERMERIA NANDA	FACTORES RELACIONADOS (RELACIONADO CON)	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS (MANIFESTADO POR)	SITUACIONES DE SALUD EN LAS QUE SE AJUSTA EL DIAGNÓSTICO	META NOC	INTERVENCIONES NIC
00013 DIARREA	INFECCIÓN,. INFLAMACIÓN. IRRITACIÓN. MAL ABSORCIÓN. PRESENCIA DE PARÁSITOS	DOLOR ABDOMINAL. RETORCIJONES FRECUENCIA AUMENTADA DE LOS MOVIMIENTOS INTESTINALES. FRECUENCIA AUMENTADA DE LOS SONIDOS INTESTINALES. HECES SUELTAS LIQUIDAS, URGENCIA.	ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA. GASTROENTERITIS.	ELIMINACION INTESTINAL. 1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO	1. CONTROLAR DIETA Y LAS NECESIDADES DE LÍQUIDOS. 2. DETERMINAR LA CAUSA FÍSICA O FISIOLÓGICA DE LA INCONTINENCIA FECAL. 3. LAVAR LA ZONA PERIANAL CON AGUA Y JABÓN DESPUÉS DE CADA DEPOSICIÓN 4. MANTENER LA CAMA Y LA ROPA DE CAMA LIMPIAS. 5. DESCARTAR ALIMENTOS Y/O MEDICAMENTOS QUE PUEDAN DESENCADENARLA. 6. EVALUAR LA INGESTA REALIZADA PARA VER EL CONTENIDO NUTRICIONAL (SUGERIR LA ELIMINACIÓN DE ALIMENTOS CON LACTOSA). 7. FOMENTAR COMIDAS EN PEQUEÑA CANTIDAD, FRECUENTES Y CON BAJO CONTENIDO EN FIBRA. 8. OBSERVAR PIEL PERIANAL PARA VER SI HAY IRRITACIÓN O ULCERACIÓN. 9. OBSERVAR SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DIARREA. 10. OBSERVAR TURGENCIA DE LA PIEL REGULARMENTE. 11. OBTENER MUESTRA PARA ANÁLISIS EN CASO DE DIARREA PERSISTENTE. 12. PESAR Y HACER CONSTAR CAMBIOS DE PESO. 13. PRACTICAR ACCIONES QUE SUPONGAN DESCANSO INTESTINAL 14. SOLICITAR DEL PACIENTE O CUIDADOR LA ANOTACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA DEPOSICIÓN (COLOR, VOLUMEN, FRECUENCIA, CONSISTENCIA), NOTIFICAR CADA DEPOSICIÓN. 15. VIGILAR LA PREPARACIÓN SEGURA DE LAS COMIDAS. 16. AJUSTAR DIETA AL ESTILO DEL PACIENTE, SEGÚN CADA CASO 17. OBSERVAR SI HAY ENROJECIMIENTO Y PÉRDIDA DE LA INTEGRIDAD DE LA PIEL.

					<p>18. OBSERVAR SI HAY ERUPCIONES Y ABRASIONES EN LA PIEL. VIGILAR COLOR DE LA PIEL. 19. ADMINISTRAR LÍQUIDOS 20. ANIMAR AL SER QUERIDO A QUE AYUDE AL PACIENTE CON LAS COMIDAS. 21. CONTAR O PESAR PAÑALES 22. FAVORECER LA INGESTA ORAL. 23. OFRECER BEBIDAS Y FRUTA FRESCA, ZUMO DE FRUTA CON FRECUENCIA.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>00016 DETERIORO DE LA ELIMINACIÓN URINARIA</p>	<p>INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. DETERIORO SENSITIVO . DETERIORO MOTOR. MULTICAUSALIDAD. OBSTRUCCION ANATÓMICA</p>	<p>INCONTINENCIA URINARIA. RETENCIÓN URINARIA. DISURIA. URGENCIA URINARIA. NICTURIA.</p>	<p>VEJIGA NEUROGÉNICA, TRAUMA RAQUIMEDULAR, INFECCIÓN DE VIAS URINARIAS, POLINEUROPATIAS, MALFORMACIONES DEL TRACTO URINARIO. RETENCIÓN URINARIA.</p>	<p>ELIMINACION URINARIA 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMRPOMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO</p>	<p>1. MONITORIZAR LA ELIMINACIÓN URINARIA, INCLUYENDO LA FRECUENCIA, CONSISTENCIA, OLOR, VOLUMEN Y COLOR, SEGÚN CORRESPONDA. 2. OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE RETENCIÓN URINARIA. 3. EXPLICAR AL PACIENTE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. 4. OBTENER UNA MUESTRA A MITAD DE LA MICCIÓN PARA EL ANÁLISIS DE ORINA, SEGÚN CORRESPONDA. 5. REMITIR AL MÉDICO SI SE PRODUCEN SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. - ENSEÑAR AL 6. PACIENTE A BEBER 250 ML DE LÍQUIDO CON LAS COMIDAS, ENTRE LAS COMIDAS Y AL ANOCHECER. 7. AYUDAR AL PACIENTE CON EL DESARROLLO DE LA RUTINA DE IR AL BAÑO. ENSEÑAR AL PACIENTE A VACIAR LA VEJIGA PARA EVITAR EL RESIDUO VESICAL. 8. ENSEÑAR AL PACIENTE A OBSERVAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN DEL TRACTO URINARIO. 9. INSTAURAR UN PROGRAMA DE ELIMINACIÓN, CADA 3-4 HORAS ANTES DE QUE APAREZCA TENESMO VESICAL. POR LA NOCHE ANTES DE ACOSTARSE Y A MITAD DE NOCHE. 10. INSTAURAR IDAS AL BAÑO, A DEMANDA CUANDO EXISTA TENESMO VESICAL. PROPORCIONAR DISPOSITIVOS DE AYUDA (CATÉTER EXTERNO), SONDAS URINARIAS PARA SONDAJE VESICAL INTERMITENTE. 11. MONITORIZAR LOS EFECTOS DE LOS FÁRMACOS PRESCRITOS, ANTICOLINÉRGICOS. 12. PROPORCIONAR TIEMPO SUFICIENTE PARA EL VACIADO DE LA VEJIGA (10 MINUTOS). 13. REALIZAR LA MANIOBRA DE CREDÉ (PRESIÓN MANUAL SOBRE LA VEJIGA PARA AYUDAR A ELIMINAR LA ORINA), SI ES NECESARIO. 14. MONITORIZAR LAS ENTRADAS Y SALIDAS. 15. MONITORIZAR EL GRADO DE DISTENSIÓN VESICAL MEDIANTE LA PALPACIÓN Y PERCUSIÓN. - AYUDAR CON LAS MICCIONES A INTERVALOS REGULARES. 16. UTILIZAR EL SONDAJE INTERMITENTE.</p>
--	---	--	---	--	--

<p>00029 DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDIACO</p>	<p>ALTERACIÓN DE LA CONTRACTILIDAD, ALTERACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA, ALTERACIÓN DE LA POSCARGA ALTERACIÓN DE LA PRECARGA ALTERACIÓN DEL RITMO CARDIACO ALTERACIÓN DEL VOLUMEN DE EYECCIÓN.</p>	<p>BRADICARDIA, TAQUICARDIA PALPITACIONES, CAMBIOS EN EL ELECTROCARDIOGRAMA (ECG) (P. EJ., ARRITMIAS, ANORMALIDAD EN LA CONDUCCIÓN, ISQUEMIA) ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL COLOR ANORMAL EN LA PIEL (P. EJ., PALIDEZ, PIEL OSCURA, CIANOSIS) DISMINUCIÓN DE LOS PULSOS PERIFÉRICOS, OLIGURIA. PIEL FRÍA Y SUDOROSA, DISNEA, ANSIEDAD, DESASOCIEGO, ALTERACIÓN DEL SENSORIO.</p>	<p>FALLA DE BOMBA, FALLA CARDIACA, HIPOVOLEMIA, TAQUIARRITMIAS, BRADIARRITMIAS, SEPSIS, HIPOTENSIÓN, LESIÓN, ISQUEMIA O NECROSIS MIOCARDICA.</p>	<p>1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO</p>	<p>1. EVALUAR CUALQUIER EPISODIO DE DOLOR TORÁCICO (INTENSIDAD, LOCALIZACIÓN, IRRADIACIÓN, DURACIÓN Y FACTORES PRECIPITANTES Y CALMANTES). 2. REALIZAR UNA VALORACIÓN EXHAUSTIVA DE LA CIRCULACIÓN PERIFÉRICA (COMPROBAR PULSOS PERIFÉRICOS, EDEMA, RELLENO CAPILAR, COLOR Y TEMPERATURA DE LAS EXTREMIDADES). 3. DOCUMENTAR LAS ARRITMIAS CARDÍACAS. 4. OBSERVAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE DISMINUCIÓN DEL GASTO CARDÍACO 5. MONITORIZAR LOS SIGNOS VITALES CON FRECUENCIA 6. MONITORIZAR LA APARICIÓN DE ARRITMIAS CARDÍACAS, INCLUIDOS LOS TRASTORNOS TANTO DE RITMO COMO DE CONDUCCIÓN. 7. MONITORIZAR EL ESTADO RESPIRATORIO POR SI APARECEN SÍNTOMAS DE INSUFICIENCIA CARDÍACA. 8. MONITORIZAR SI LOS VALORES DE LABORATORIO SON CORRECTOS (ENZIMAS CARDÍACAS, NIVELES DE ELECTRÓLITOS). 9. MONITORIZAR EL FUNCIONAMIENTO DE MARCAPASOS, SI CORRESPONDIERA. 10. PROPORCIONAR TERAPIA ANTIARRÍTMICA SEGÚN LA POLÍTICA DEL CENTRO (MEDICAMENTOS ANTIARRÍTMICOS, CARDIOVERSIÓN O DESFIBRILACIÓN), SEGÚN CORRESPONDA. 11. MONITORIZAR LA RESPUESTA DEL PACIENTE A LOS MEDICAMENTOS ANTIARRÍTMICOS. 12. MONITORIZAR LA APARICIÓN DE CAMBIOS DEL SEGMENTO ST EN EL ECG, SEGÚN CORRESPONDA. 13. SELECCIONAR LA MEJOR DERIVACIÓN DE ECG PARA LA MONITORIZACIÓN CONTINUA, SI CORRESPONDIERA. 13. OBTENER UN ECG DE 12 DERIVACIONES, SEGÚN CORRESPONDA. 14. EXTRAER MUESTRAS SANGUÍNEAS PARA CONTROLAR LOS NIVELES DE CPK. LDH Y AST, SEGÚN CORRESPONDA. 15. CONTROLAR LOS ELECTRÓLITOS QUE PUEDEN AUMENTAR EL RIESGO DE ARRITMIAS (POTASIO Y MAGNESIO SÉRICOS), SEGÚN CORRESPONDA. 16. REALIZAR UNA RADIOGRAFÍA DE TÓRAX, SI PROCEDIERA VIGILAR LAS TENDENCIAS DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y</p>
--	---	--	--	--	---

					<p>LOS PARÁMETROS HEMODINÁMICOS, SI ESTÁN 17. DISPONIBLES (PRESIÓN VENOSA CENTRAL Y PRESIÓN CAPILAR PULMONAR/DE ENCLAVAMIENTO DE LA ARTERIA PULMONAR).</p> <p>18. MONITORIZAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL APORTE DE OXÍGENO (P. EJ., PAO₂, NIVELES DE HEMOGLOBINA Y GASTO CARDÍACO), SEGÚN CORRESPONDA</p> <p>19. MANTENER UN ENTORNO INDUCTOR DEL REPOSO Y LA CURACIÓN.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>00030 DETERIORO DEL INTERCAMBIO DE GASES</p>	<p>CAMBIOS DE LA MEMBRANA ALVEOLO-CAPILAR. DESEQUILIBRIO VENTILACIÓN – PERFUSIÓN</p>	<p>FRECUENCIA, RITMO Y PROFUNDIDAD RESPIRATORIO ANORMALES, GASOMETRÍA ARTERIAL ANORMAL, HIPOXEMIA, HIPOXIA, HIPERCAPNIA, PH ARTERIAL ANORMAL TAQUICARDIA, IRRITABILIDAD, DISNEA, DIAFORESIS, SOMNOLENCIA, COLOR ANORMAL EN LA PIEL (P. EJ., PALIDEZ, PIEL OSCURA, CIANOSIS)</p>	<p>CETOACIDOSIS DIABÉTICA, EPOC, NEUMONIA, TBC, HEMORRAGIA ALVEOLAR, TEP.</p>	<p>ESTADO RESPIRATORIO / INTERCAMBIO GASEOSO 1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. COLOCAR EN LA POSICIÓN TERAPÉUTICA INDICADA. 2. COLOCAR EN POSICIÓN PARA EL ALIVIO DE LA DISNEA (POSICIÓN DE SEMIFOWLER) 3. ELEVAR EL CABECERO DE LA CAMA, SI NO RESULTA CONTRA INDICADO. 4. PROPORCIONAL UN ADECUADO APOYO PARA EL CUELLO. 5. VIGILAR EL ESTADO DE OXIGENACIÓN ANTES Y DESPUÉS DEL CAMBIO DE POSICIÓN. 6. OBSERVAR LOS EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE. 7. ADMINISTRAR OXIGENO HUMIDIFICADO 8. ADMINISTRAR BRONCO DILATADORES. 9. AUSCULTAR RUIDOS RESPIRATORIOS OBSERVANDO LAS ÁREAS DE DISMINUCIÓN O AUSENCIA DE VENTILACIÓN Y LA PRESENCIA DE SONIDOS ADVENTICIOS. 10. ELIMINAR LAS SECRECIONES FOMENTANDO LA TOS O LA SUCCIÓN. 11. REALIZAR FISIOTERAPIA TORÁCICA. 12. VIGILAR EL ESTADO RESPIRATORIO Y LA OXIGENACIÓN. 13. DETERMINAR LA NECESIDAD DE ASPIRACIÓN ORAL Y/O TRAQUEAL. 14. OBSERVAR EL ESTADO DE OXIGENO DEL PACIENTE Y ESTADO HEMODINÁMICO ANTES, DURANTE Y DESPUÉS DE LA SUCCIÓN. 15. ADMINISTRAR OXIGENO SUPLEMENTARIO. 16. COMPROBAR PERIÓDICAMENTE EL DISPOSITIVO DE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO PARA ASEGURAR QUE SE ADMINISTRE LA CONCENTRACIÓN INDICADA. 17. COMPROBAR LA EFICACIA DE LA OXIGENOTERAPIA (OXIMETRÍA, GASES ARTERIALES). 18. ELIMINAR LAS SECRECIONES BUCALES, NAALES Y DE LA TRÁQUEA, SI ES NECESARIO. 19. MANTENER LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA AÉREA. 20. PROPORCIONAR OXIGENO DURANTE EL TRASLADO DE LOS PACIENTES 21. ANOTAR APARICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y DURACIÓN DE LA TOS. 22. ANOTAR EL MOVIMIENTO TORÁCICO MIRANDO SIMETRÍA, UTILIZACIÓN DE MÚSCULOS ACCESORIOS Y RETRACCIÓN DE MÚSCULOS INTERCOSTALES Y SUPRACLAVICULARES. 23. COLOCAR EN HIPEREXTENSION EN CUELLO DEL PACIENTE MEDIANTE LA MANIOBRA FRENTE MENTON. 24. PREPARAR AL PACIENTE PARA PROCEDIMIENTO DE INTUBACION OROTRAQUEAL. 25. EXPLICAR AL PACIENTE LOS RIESGOS Y BENEFICIOS DE LA INTUBACION OROTRAQUEAL. 26. CONTROLAR LAS CONDICIONES QUE INDICAN LA NECESIDAD DE SOPORTE VENTILATORIO (P. EJ., FATIGA DE LOS MÚSCULOS RESPIRATORIOS, DISFUNCIÓN NEUROLÓGICA SECUNDARIA A
--	--	---	---	---	---

					<p>TRAUMATISMO, ANESTESIA, SOBREDOSIS DE DROGAS, ACIDOSIS RESPIRATORIA REFRACTARIA).</p> <p>27. OBSERVAR SI HAY INSUFICIENCIA RESPIRATORIA INMINENTE.</p> <p>28. CONSULTAR CON OTROS PROFESIONALES SANITARIOS PARA LA SELECCIÓN DEL MODO DEL VENTILADOR (MODO INICIAL HABITUALMENTE DE CONTROL DE VOLUMEN ESPECIFICANDO LA FRECUENCIA RESPIRATORIA, NIVEL DE FIO2 Y VOLUMEN CORRIENTE DESEADO).</p> <p>29. INICIAR LA PREPARACIÓN Y LA APLICACIÓN DEL RESPIRADOR.</p> <p>30. EXPLICAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA LAS RAZONES Y LAS SENSACIONES ESPERADAS ASOCIADAS AL USO DE RESPIRADORES MECÁNICOS</p> <p>31. ADMINISTRAR LOS AGENTES PARALIZANTES MUSCULARES, SEDANTES Y ANALGÉSICOS NARCÓTICOS QUE SEAN APROPIADOS.</p> <p>32. CONTROLAR LAS ACTIVIDADES QUE AUMENTAN EL CONSUMO DE O2 (FIEBRE, ESCALOFRÍOS, CRISIS COMICIALES, DOLOR O ACTIVIDADES BÁSICAS DE ENFERMERÍA) QUE PUEDAN DESBORDAR LOS AJUSTES DE SOPORTE VENTILATORIO Y CAUSAR UNA DESATURACIÓN DE O2.</p> <p>33. PROPORCIONAR CUIDADOS PARA ALIVIAR LAS MOLESTIAS DEL PACIENTE (P. EJ., POSICIÓN, LIMPIEZA TRAQUEOBRONQUIAL, TERAPIA BRONCODILATADORA, SEDACIÓN Y/O ANALGESIA, COMPROBACIONES FRECUENTES DEL EQUIPO).</p> <p>34. VIGILAR LAS LECTURAS DE PRESIÓN DEL VENTILADOR, LA SINCRONÍA PACIENTE/VENTILADOR Y EL MURMULLO VESICULAR DEL PACIENTE..</p> <p>35. FOMENTAR LAS EVALUACIONES RUTINARIAS PARA LOS CRITERIOS DE DESTETE (P. EJ., ESTABILIDAD HEMODINÁMICA, CEREBRAL, METABÓLICA, RESOLUCIÓN DEL TRASTORNO QUE PROMOVIO LA INTUBACIÓN, CAPACIDAD DE MANTENER PERMEABLE LA VÍA AÉREA, CAPACIDAD DE INICIAR EL ESFUERZO RESPIRATORIO).</p> <p>36. CONTROLAR LAS COMPLICACIONES POSDESINTUBACIÓN (P. EJ., ESTRIDOR, EDEMA DE GLOTIS, LARINGOESPASMO, ESTENOSIS TRAQUEAL).</p> <p>37. ASEGURAR LA PRESENCIA DEL EQUIPO DE EMERGENCIA A LA CABECERA DEL PACIENTE EN TODO MOMENTO (P. EJ., BOLSA DE REANIMACIÓN MANUAL CONECTADA A OXÍGENO, MASCARILLAS, EQUIPO/SUMINISTROS DE SUCCIÓN) INCLUIDOS LOS PREPARATIVOS NECESARIOS SI SE PRODUCEN CAÍDAS DE TENSIÓN ELÉCTRICA</p>
--	--	--	--	--	--

<p>00031 LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS,</p>	<p>ESPASMO DE LAS VÍAS AÉREAS MUCOSIDAD EXCESIVA, RETENCIÓN DE SECRECIONES, SECRECIONES BRONQUIALES</p>	<p>SONIDOS RESPIRATORIOS ANORMALES, TAQUIPNEA TOS EFICAZ CON O SIN SECRECIONES CIANOSIS, DISNEA, FIEBRE, CAMBIOS EN LA FRECUENCIA, RESPIRATORIA OJOS MUY ABIERTOS.</p>	<p>CRISIS ASMÁTICA, BRONQUIOLITIS, SÍNDROME BRONCOOBSTRUCTIVO, BRONQUITIS.</p>	<p>ESTADO RESPIRATORIO/ PERMEABILIDAD DE LA VÍA AEREA 1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. COLOCAR EN POSICIÓN PARA EL ALIVIO DE LA DISNEA (POSICIÓN DE SEMI FOWLER). 2. ANOTAR EL MOVIMIENTO TORÁCICO MIRANDO SIMETRÍA, UTILIZACIÓN DE MÚSCULOS ACCESORIOS Y RETRACCIÓN DE MÚSCULOS INTERCOSTALES Y SUPRACLAVICULARES. 3. OBSERVAR SI HAY DISNEA Y SUCESOS QUE LA MEJORAN O EMPEORAN. 4. CONTROLAR PERIÓDICAMENTE LA FRECUENCIA Y EL RITMO RESPIRATORIO (PROFUNDIDAD Y SIMETRÍA). 5. CONTROLAR PERIÓDICAMENTE LA PRESIÓN SANGUÍNEA, PULSO, TEMPERATURA Y ESTADO RESPIRATORIO. 6. OBSERVAR SI SE PRODUCEN ESQUEMAS RESPIRATORIOS ANORMALES (CHEYNE – STOKES, KUSSMAUL, BIOT, APNÉUSICO, ATÁXICO Y SUSPIROS EXCESIVOS). 7. VIGILAR EL ESTADO DE OXIGENACIÓN ANTES Y DESPUÉS DEL CAMBIO DE POSICIÓN. 8. OBSERVAR LOS EFECTOS TERAPÉUTICOS DE LA MEDICACIÓN EN EL PACIENTE. 9. ADMINISTRAR OXIGENO HUMIDIFICADO 10. ADMINISTRAR BRONCO DILATADORES. 11. VIGILAR EL ESTADO RESPIRATORIO Y LA OXIGENACIÓN. 12. DETERMINAR LA NECESIDAD DE ASPIRACIÓN ORAL Y/O TRAQUEAL. 13. OBSERVAR EL ESTADO DE OXIGENO DEL PACIENTE Y ESTADO HEMODINÁMICO ANTES, 14. DURANTE Y DESPUÉS DE LA SUCCIÓN. 15. ADMINISTRAR OXIGENO SUPLEMENTARIO. 16. COMPROBAR PERIÓDICAMENTE EL DISPOSITIVO DE ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO PARA ASEGURAR QUE SE ADMINISTRE LA CONCENTRACIÓN INDICADA. 16. COMPROBAR LA EFICACIA DE LA OXIGENOTERAPIA (OXIMETRÍA, GASES ARTERIALES). 16. ELIMINAR LAS SECRECIONES BUCALES, NASALES Y DE LA TRÁQUEA, SI ES NECESARIO. 17. MANTENER LA PERMEABILIDAD DE LA VÍA AÉREA. 18. PROPORCIONAR OXIGENO DURANTE EL TRASLADO DE LOS PACIENTES 19. ANOTAR APARICIÓN, CARACTERÍSTICAS Y DURACIÓN DE LA TOS.
---	---	--	--	---	---

<p>00025 RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS</p>	<p>ASCITIS, LESIÓN POR QUEMADURAS, OBSTRUCCION INTESTINAL, PANCREATITIS REGIMEN DEL TRATAMIENTO, SEPSIS TRAUMATISMO.</p>	<p>SIN MANIFESTADO POR TRATARSE E UN DIAGNÓSTICO DE RIESGO</p>	<p>SEPSIS, PANCREATITIS, QUEMADOS, OBSTRUCCIÓN INTESTINAL, TRAUMA. ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, SD EMÉTICO.</p>	<p>1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO</p>	<p>1. REALIZAR UN REGISTRO PRECISO DE ENTRADAS Y SALIDAS. 2. REALIZAR SONDAJE VESICAL, SI ES PRECISO 3. VIGILAR EL ESTADO DE HIDRATACIÓN (MUCOSAS HÚMEDAS, PULSO ADECUADO Y PRESIÓN ARTERIAL ORTOSTÁTICA), SEGÚN SEA EL CASO. 4. CONTROLAR RESULTADOS DE LABORATORIO RELEVANTES EN LA RETENCIÓN DE LÍQUIDOS (AUMENTO DE 5. LA GRAVEDAD ESPECÍFICA, AUMENTO DEL BUN, DISMINUCIÓN DEL HEMATOCRITO Y AUMENTO DE LA OSMOLALIDAD URINARIA). 6. MONITORIZAR EL ESTADO HEMODINÁMICO, INCLUIDOS LOS NIVELES DEL PVC, PAM, PAP Y PECP, SEGÚN DISPONIBILIDAD. 7. MONITORIZAR LOS SIGNOS VITALES, SEGÚN CORRESPONDA 8. OBSERVAR SI HAY INDICIOS DE SOBRECARGA/RETENCIÓN DE LÍQUIDOS (CREPITANTES, ELEVACIÓN DE LA PVC O DE LA PRESIÓN ENCLAVAMIENTO CAPILAR PULMONAR, EDEMA, DISTENSIÓN DE VENAS DEL CUELLO Y ASCITIS), SEGÚN CORRESPONDA. 9. EVALUAR LA UBICACIÓN Y EXTENSIÓN DEL EDEMA, SI LO HUBIERA. 10. ADMINISTRAR TERAPIA I.V. SEGÚN PRESCRIPCIÓN 11. ADMINISTRAR LÍQUIDOS I.V. A TEMPERATURA AMBIENTE. 12. RESTRINGIR LA INGESTA DE AGUA LIBRE EN PRESENCIA DE HIPONATREMIA DILUCIONAL CON UN NIVEL SÉRICO DE NA INFERIOR A 130 MEQ/L. 13. VIGILAR LA RESPUESTA DEL PACIENTE A LA TERAPIA DE ELECTRÓLITOS PRESCRITA 14. CONSULTAR CON EL MÉDICO, SI LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE EXCESO DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS PERSISTEN O EMPEORAN. 15. ORGANIZAR LA DISPONIBILIDAD DE HEMODERIVADOS PARA TRANSFUSIÓN, SI FUERA NECESARIO. 16. PREPARAR AL PACIENTE PARA LA ADMINISTRACIÓN DE HEMODERIVADOS (COMPROBAR LA SANGRE CON LA IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE Y PREPARAR EL EQUIPO DE TRANSFUSIÓN), SEGÚN CORRESPONDA. 17. ADMINISTRAR LOS HEMODERIVADOS (PLAQUETAS Y PLASMA FRESCO CONGELADO), SEGÚN CORRESPONDA. 18. IDENTIFICAR POSIBLES FACTORES DE RIESGO DE DESEQUILIBRIO DE LÍQUIDOS (P. E.J., HIPOALBUMINEMIA, QUEMADURAS, DESNUTRICIÓN, SEPSIS, SÍNDROME NEFRÓTICO, HIPERTERMIA, TERAPIA DIURÉTICA,</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>NEFROPATÍAS, INSUFICIENCIA CARDÍACA, DIAFORESIS, INSUFICIENCIA HEPÁTICA, EJERCICIO INTENSO, EXPOSICIÓN AL CALOR, INFECCIÓN, ESTADO POSTOPERATORIO, POLIURIA, VÓMITOS Y DIARREA).</p> <p>19. DETERMINAR SI EL PACIENTE PRESENTA SED O SÍNTOMAS DE ALTERACIONES DE LOS LÍQUIDOS (P. EJ., MAREO, ALTERACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA, ATURDIMIENTO, APRENSIÓN, IRRITABILIDAD, NÁUSEAS, FASCICULACIONES).</p> <p>20. EXPLORAR EL RELLENO CAPILAR MANTENIENDO LA MANO DEL PACIENTE AL MISMO NIVEL QUE SU CORAZÓN Y PRESIONANDO LA UÑA DEL DEDO MEDIO DURANTE 5 SEGUNDOS, TRAS LO QUE SE LIBERA LA PRESIÓN Y SE MIDE EL TIEMPO QUE TARDA EN RECUPERARSE EL COLOR (DEBERÍA SER MENOR DE 2 SEGUNDOS)</p> <p>21. EXPLORAR LA TURGENCIA CUTÁNEA PELLIZCANDO CON SUAVIDAD EL TEJIDO SOBRE UN ÁREA ÓSEA COMO LA MANO O LA ESPINILLA, MANTENIENDO LA PRESIÓN UN SEGUNDO Y LIBERÁNDOLO (LA PIEL DEBERÍA REGRESAR A SU ORIGEN CON RAPIDEZ SI LA HIDRATACIÓN ES ADECUADA).</p> <p>22. MONITORIZAR LAS ENTRADAS Y SALIDAS.</p> <p>23. MONITORIZAR LOS NIVELES DE ELECTRÓLITOS EN SUERO Y ORINA, SEGÚN CORRESPONDA</p> <p>24. MONITORIZAR LOS NIVELES SÉRICOS DE ALBÚMINA Y PROTEÍNAS TOTALES</p> <p>25. MONITORIZAR LA OSMOLALIDAD URINARIA Y SÉRICA.</p> <p>26. LLEVAR UN REGISTRO PRECISO DE ENTRADAS Y SALIDAS (P. EJ., INGESTA ORAL Y ENTERAL, INFUSIÓN I.V., ANTIBIÓTICOS, LÍQUIDOS ADMINISTRADOS CON LA MEDICACIÓN, SONDAS NASOGÁSTRICAS, DRENAJES, VÓMITO, SONDAS RECTALES, DRENAJE POR COLOSTOMÍA Y ORINA).</p> <p>27. VERIFICAR TODAS LAS ENTRADAS Y SALIDAS EN TODOS LOS PACIENTES CON TRATAMIENTO I.V., INFUSIONES SUBCUTÁNEAS, ALIMENTACIÓN ENTERAL, SNG, CATÉTERES URINARIOS, VÓMITOS, DIARREA, DRENAJES DE HERIDAS, DRENAJES TORÁCICOS Y AFECCIONES MÉDICAS QUE AFECTEN AL BALANCE DE LÍQUIDOS (P. EJ., INSUFICIENCIA CARDÍACA, INSUFICIENCIA RENAL, DESNUTRICIÓN, QUEMADURAS, SEPSIS).</p> <p>28. REGISTRAR LOS EPISODIOS DE INCONTINENCIA EN LOS PACIENTES QUE REQUIERAN UNA MONITORIZACIÓN PRECISA DE ENTRADAS Y SALIDAS.</p> <p>29. CORREGIR LOS PROBLEMAS MECÁNICOS (P. EJ., SONDA ACODADA O BLOQUEADA) EN LOS PACIENTES</p>
--	--	--	--	--	---

					<p>QUE PRESENTEN UNA INTERRUPCIÓN SÚBITA DE LA DIURESIS.</p> <p>30. OBSERVAR LAS MUCOSAS, LA TURGENCIA DE LA PIEL Y LA SED.</p> <p>31. CONSULTAR CON EL MÉDICO EN CASO DE DIURESIS MENOR DE 0,5 ML/KG/H O DE INGESTA DE LÍQUIDOS EN UN ADULTO MENOR DE 2.000 ML EN 24 H SEGÚN CORRESPONDA.</p> <p>32. ADMINISTRAR AGENTES FARMACOLÓGICOS PARA AUMENTAR LA DIURESIS, CUANDO ESTÉ PRESCRITO.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>00026 EXCESO DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS</p>	<p>COMPROMISO DE MECANISMOS REGULADORES. CONSUMO EXCESIVO DE SAL EXCESO DE APORTES DE LÍQUIDOS</p>	<p>ALTERACIÓN DE LA DENSIDAD DE LA ORINA, EDEMA, ANASARCA, AUMENTO DE LA PVC, APORTES SUPERIORES A LAS PÉRDIDAS, ALTERACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO, DERRAME PLEURAL CONGESTION PULMONAR DISNEA INGURGITACIÓN YUGULAR AUMENTO PROGRESIVO Y RÁPIDO DE PESO.</p>	<p>EXCESO DE APORTES DE LÍQUIDOS, FALLA CARDIACA, FALLA RENAL, ALTERACIÓN DE LA PRESIÓN ONCÓTICA.</p>	<p>EQUILIBRIO HIDRICO. 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO</p>	<p>1. PESAR A DIARIO AL PACIENTE A LA MISMA HORA (P. EJ., DESPUÉS DE ORINAR, ANTES DEL DESAYUNO) Y MONITORIZAR LAS TENDENCIAS. 2. MONITORIZAR EL ESTADO HEMODINÁMICO, INCLUIDAS LA PVC, PAM, PAP Y PECP, SEGÚN DISPONIBILIDAD. 3. OBSERVAR EL PATRÓN RESPIRATORIO POR SI HUBIERA SÍNTOMAS DE EDEMA PULMONAR (P. EJ., ANSIEDAD, DISNEA, ORTOPNEA, TAQUIPNEA, TOS Y PRODUCCIÓN DE ESPUTO ESPUMOSO). 4. MONITORIZAR LA PRESENCIA DE SONIDOS PULMONARES ADVENTICIOS. 5. MONITORIZAR LA PRESENCIA DE SONIDOS CARDÍACOS ADVENTICIOS. 6. MONITORIZAR LA DISTENSIÓN VENOSA YUGULAR. 7. MONITORIZAR EL EDEMA PERIFÉRICO. 8. MONITORIZAR LA EXISTENCIA DE SIGNOS DE LABORATORIO DE HEMOCONCENTRACIÓN (P. EJ., SODIO, BUN, HEMATOCRITO, GRAVEDAD ESPECÍFICA DE LA ORINA), SI ESTÁN DISPONIBLES 9. MONITORIZAR LOS DATOS DE LABORATORIO SOBRE LA POSIBILIDAD DE UN AUMENTO DE LA PRESIÓN ONCÓTICA PLASMÁTICA (P. EJ., AUMENTO DE LAS PROTEÍNAS Y DE LA ALBÚMINA), SI ESTÁN DISPONIBLES. 10. MONITORIZAR LOS DATOS DE LABORATORIO DE LA CAUSA SUBYACENTE DE LA HIPERVOLEMIA (P. EJ., PÉPTIDO NATRIURÉTICO DE TIPO B PARA LA INSUFICIENCIA CARDÍACA; BUN, CR Y FG PARA LA INSUFICIENCIA RENAL), SI ESTÁN DISPONIBLES 11. MONITORIZAR LAS ENTRADAS Y SALIDA 12. ADMINISTRAR LAS MEDICACIONES PRESCRITAS PARA REDUCIR LA PRECARGA (P. EJ., FUROSEMIDA, ESPIRONOLACTONA, MORFINA Y NITROGLICERINA) 13. ADMINISTRAR INFUSIONES I.V. (P. EJ., LÍQUIDOS, HEMODERIVADOS) DESPACIO PARA EVITAR UN AUMENTO RÁPIDO DE LA PRECARGA. 14. EVITAR EL USO DE LÍQUIDOS I.V. HIPOTÓNICOS. 15. LEVAR EL CABECERO DE LA CAMA PARA MEJORAR LA VENTILACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA. 16. FACILITAR LA INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL Y EL INICIO DE LA VENTILACIÓN MECÁNICA EN LOS PACIENTES CON EDEMA PULMONAR GRAVE, SEGÚN CORRESPONDA. 17. MANTENER LOS AJUSTES PRESCRITOS DEL VENTILADOR MECÁNICO (P. EJ., FIO2, MODO, AJUSTES DE VOLUMEN O PRESIÓN, PEEP), SEGÚN CORRESPONDA. 18. UTILIZAR ASPIRACIÓN ENDOTRAQUEAL DE SISTEMA CERRADO PARA EL PACIENTE CON EDEMA PULMONAR EN VENTILACIÓN MECÁNICA CON PEEP, SEGÚN CORRESPONDA. 19. PREPARAR AL PACIENTE PARA DIÁLISIS (P. EJ., AYUDAR EN</p>
--	--	--	---	---	---

					<p>LA INSERCIÓN DEL CATÉTER DE DIÁLISIS), SEGÚN CORRESPONDA. 12. INSTRUIR AL PACIENTE/FAMILIA SOBRE LAS MEDIDAS PREVISTAS PARA TRATAR LA HIPERVOLEMIA. 13. RESTRINGIR LA INGESTA DIETÉTICA DE SODIO, SEGÚN ESTÉ INDICADO</p>
--	--	--	--	--	--

<p>00027 DÉFICIT DEL VOLUMEN DE LÍQUIDOS</p>	<p>COMPROMISO DE LOS MECANISMOS COMPENSADORES, PÉRDIDA IMPORTANTE DE VOLUMEN DE LÍQUIDOS.</p>	<p>ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL, ALTERACIÓN DE LA TURGENCIA DE LA PIEL, AUMENTO DE LA FRECUENCIA CARDIACA, AUMENTO DEL HEMATOCRITO, DEBILIDAD. HIPOTENSIÓN DISMINUCIÓN DEL LLENADO CAPILAR, SEQUEDAD DE LA PIEL SEQUEDAD DE LAS MUCOSAS DEBILIDAD.</p>	<p>DIARREA, HEMORRAGIAS, EMESIS, DESHIDRATACIÓN, TRAUMA, SEPSIS.</p>	<p>EQUILIBRIO HIDRICO. 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. MONITORIZAR EL ESTADO HEMODINÁMICO, INCLUIDAS LA PVC, PAM, PAP Y PECP, SEGÚN DISPONIBILIDAD. 2. MONITORIZAR LAS ENTRADAS Y SALIDA 3. REALIZAR SONDAJE VESICAL, SI ES PRECISO. 4. VIGILAR EL ESTADO DE HIDRATACIÓN (MUCOSAS HÚMEDAS, PULSO ADECUADO Y PRESIÓN ARTERIAL ORTOSTÁTICA), SEGÚN SEA EL CASO. 5. MONITORIZAR LOS SIGNOS VITALES, SEGÚN CORRESPONDA. 6. EVITAR LA PÉRDIDA DE VOLUMEN SANGUÍNEO (APLICAR PRESIÓN EN EL SITIO DE LA HEMORRAGIA). 7. ADMINISTRAR LÍQUIDOS I.V. COMO CRISTALOIDES Y COLOIDES ISOTÓNICOS, SEGÚN CORRESPONDA. 8. MONITORIZAR EL NIVEL DE HEMOGLOBINA/HEMATOCRITO. 9. ADMINISTRAR HEMODERIVADOS (CONCENTRADOS DE HEMATÍES, PLAQUETAS O PLASMA FRESCO CONGELADO), SEGÚN CORRESPONDA. 10. MONITORIZAR LOS ESTUDIOS DE COAGULACIÓN, INCLUYENDO EL TIEMPO DE PROTROMBINA (PT), EL TIEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL (TTP), EL FIBRINÓGENO, LOS PRODUCTOS DE DEGRADACIÓN/ESCISIÓN DE FIBRINA, Y RECuento DE PLAQUETAS, SEGÚN CORRESPONDA. 11. CONTROLAR LA PÉRDIDA SÚBITA DE SANGRE, DESHIDRATACIÓN GRAVE O HEMORRAGIA PERSISTENTE. 12. COMPROBAR TODAS LAS SECRECIONES EN BUSCA DE SANGRE MANIFIESTA U OCULTA. 13. CONTROLAR EL DESCENSO DE PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA A MENOS DE 90 MMHG O UN DESCENSO DE 30 MMHG EN PACIENTES HIPERTENSOS. 14. CONTROLAR SI HAY SIGNOS/SÍNTOMAS DE SHOCK HIPOVOLÉMICO (P. EJ., AUMENTO DE LA SED, DE LA FRECUENCIA CARDÍACA O DE LAS RESISTENCIAS VASCULARES SISTÉMICAS, OLIGURIA, DISMINUCIÓN DE LOS RUIDOS INTESTINALES O DE LA PERFUSIÓN PERIFÉRICA Y ALTERACIÓN DEL ESTADO MENTAL O DE LA RESPIRACIÓN). 15. INSERTAR Y MANTENER UNA VÍA DE ACCESO I.V. DE GRAN CALIBRE. 16. ADMINISTRAR LÍQUIDOS I.V. Y HEMODERIVADOS CALIENTES, SI ESTÁ INDICADO. 17. ADMINISTRAR OXÍGENO Y/O VENTILACIÓN MECÁNICA, SEGÚN CORRESPONDA. 18. REALIZAR UNA GASOMETRÍA ARTERIAL Y CONTROLAR LA OXIGENACIÓN TISULAR 19. MONITORIZAR LOS ESTUDIOS DE LABORATORIO (P. EJ., LACTATO SÉRICO, EQUILIBRIO ACIDOBÁSICO, PERFILES METABÓLICOS Y ELECTRÓLITOS).
---	---	--	--	---	---

<p>00049 DISMINUCIÓN DE LA CAPACIDAD ADAPTATIVA INTRACRANEAL</p>	<p>LESIÓN CEREBRAL (P. EJ., DETERIORO CEREBROVASCULAR, ENFERMEDAD NEUROLÓGICA, TRAUMATISMO, TUMOR), AUMENTO SOSTENIDO DE LA PRESIÓN INTRACRANEAL (PIC) DE 10-15 MMHG,</p>	<p>AUMENTO DE LA PIC SIGNOS DE HIPERTENSIÓN INTRACRANEAL.</p>	<p>TRAUMA CRANEO ENCEFÁLICO, HEMORRAGIAS INTRACRANEANAS, EVENTO CEREBRO VASCULAR ISQUEMICO O HEMORRAGICO.</p>	<p>ESTADO NEUROLOGICO, ESTADO DE CONCIENCIA. 1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMRPOMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO</p>	<p>1. INDUCIR UNA HIPERTENSIÓN MEDIANTE LA EXPANSIÓN DEL VOLUMEN O CON AGENTES INOTRÓPICOS O VASOCONSTRICTORES, SEGÚN PRESCRIPCIÓN, PARA MANTENER LOS PARÁMETROS HEMODINÁMICOS Y MANTENER/OPTIMIZAR LA PRESIÓN DE PERFUSIÓN CEREBRAL (PPC). 2. ADMINISTRAR Y AJUSTAR LA DOSIS DE LOS FÁRMACOS VASOACTIVOS, SEGÚN PRESCRIPCIÓN, PARA MANTENER LOS PARÁMETROS HEMODINÁMICOS 3. ADMINISTRAR EXPANSORES DEL VOLUMEN INTRAVASCULAR, SEGÚN CORRESPONDA (P. EJ., COLOIDES, HEMODERIVADOS Y CRISTALOIDES). 4. ADMINISTRAR AGENTES REOLÓGICOS (P. EJ., MANITOL EN DOSIS BAJAS O DEXTRANO DE BAJO PESO MOLECULAR, SEGÚN PRESCRIPCIÓN. 5. EVITAR LA FLEXIÓN DEL CUELLO Y LA FLEXIÓN EXTREMA DE LA CADERA/RODILLA MANTENER EL NIVEL DE PCO2 A 25 MMHG O SUPERIOR. 6. ADMINISTRAR Y VIGILAR LOS EFECTOS DE LOS DIURÉTICOS OSMÓTICOS Y DE ASA, ASÍ COMO DE LOS CORTICOIDES. 7. MONITORIZAR EL ESTADO NEUROLÓGICO. 8. CALCULAR Y MONITORIZAR LA PCC 9. MONITORIZAR LA PIC Y LA RESPUESTA NEUROLÓGICA A LAS ACTIVIDADES DE CUIDADO. 10. MONITORIZAR LA PRESIÓN ARTERIAL MEDIA (PA 11. MONITORIZAR LA PVC 12. MONITORIZAR EL ESTADO RESPIRATORIO (FRECUENCIA, RITMO Y PROFUNDIDAD DE LAS RESPIRACIONES; NIVELES DE PO2, PCO2, PH Y BICARBONATO) 13. MONITORIZAR LOS FACTORES DETERMINANTES DEL APORTE DE OXÍGENO TISULAR (NIVELES DE PACO2, SAO2 Y HEMOGLOBINA Y GASTO CARDÍACO), SI ESTÁN DISPONIBLES.</p>
---	---	---	---	---	--

<p>00150 RIESGO DE SUICIDIO</p>	<p>AMENAZA DE MATARSE, EXPRESA DESEOS DE MORIR, ALTERACIÓN DE LA VIDA FAMILIAR DIFICULTADES ECONÓMICAS ABUSO DE SUSTANCIAS CAMBIOS EN EL DESEMPEÑO ESCOLAR CAMBIOS NOTABLES EN LA ACTITUD CAMBIOS NOTABLES DE LA CONDUCTA.</p>	<p>SIN MANIFESTADO POR TRATARSE DE UN DIAGNOSTICO DE RIESGO.</p>	<p>GESTO SUICIDA.</p>		<ol style="list-style-type: none"> 1. DETERMINAR LA EXISTENCIA Y EL GRADO DE RIESGO DE SUICIDIO 2. DETERMINAR SI EL PACIENTE DISPONE DE MEDIOS PARA LLEVAR ADELANTE EL PLAN DE SUICIDIO. 3. CONSIDERAR LA HOSPITALIZACIÓN DEL PACIENTE QUE TIENE UN ALTO RIESGO DE CONDUCTA SUICIDA. 4. TRATAR Y CONTROLAR CUALQUIER ENFERMEDAD PSIQUIÁTRICA O LOS SÍNTOMAS QUE PUEDEN PONER AL PACIENTE EN RIESGO DE SUICIDIO (ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO, ALUCINACIONES, IDEAS DELIRANTES, PÁNICO, ABUSO DE SUSTANCIAS, ADICCIÓN, TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD, ALTERACIONES ORGÁNICAS, CRISIS). 5. ADMINISTRAR MEDICACIÓN PARA DISMINUIR LA ANSIEDAD, AGITACIÓN O PSICOSIS Y PARA ESTABILIZAR EL ESTADO DE ÁNIMO, SI PROCEDE. 7. OCUPARSE DE LOS ASPECTOS DE CALIDAD DE VIDA Y CONTROL DEL DOLOR. 8. REALIZAR COMPROBACIONES BUCALES DESPUÉS DE ADMINISTRAR LA MEDICACIÓN PARA ASEGURARSE DE QUE EL PACIENTE NO SE GUARDA LA MEDICACIÓN EN LA BOCA PARA MÁS ADELANTE INTENTAR UNA SOBREDOSIS. 9. PROPORCIONAR PEQUEÑAS CANTIDADES DE LAS MEDICACIONES PRESCRITAS QUE PUEDEN SER LETALES A LOS PACIENTES DE RIESGO, CON EL FIN DE REDUCIR LA OPORTUNIDAD DE SUICIDARSE, SEGÚN CORRESPONDA. 10. ENSEÑAR AL PACIENTE ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO (ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD, CONTROL DE LOS ACTOS IMPULSIVOS, RELAJACIÓN MUSCULAR PROGRESIVA), SEGÚN CORRESPONDA. 11. ACORDAR CON EL PACIENTE (VERBALMENTE O POR ESCRITO), QUE NO SE "AUTOLESIONARÁ" DURANTE UN PERÍODO ESPECIFICADO DE TIEMPO, VOLVIÉNDOLO A ACORDAR A INTERVALOS DE TIEMPO ESPECIFICADOS, SEGÚN CORRESPONDA . 12. EVITAR COMENTAR REPETIDAMENTE LOS ANTECEDENTES DE SUICIDIO MANTENIENDO DISCUSIONES ORIENTADAS HACIA EL PRESENTE Y EL FUTURO. 13. DISCUTIR PLANES PARA AFRONTAR A LAS IDEAS SUICIDAS EN EL FUTURO (P. EJ., FACTORES PRECIPITANTES, CON QUIÉN CONTACTAR, DÓNDE BUSCAR AYUDA, MANERAS DE ALIVIAR LOS IMPULSOS DE AUTOLESIÓN). 14. COLOCAR AL PACIENTE EN EL ENTORNO MENOS RESTRICTIVO POSIBLE QUE PERMITA EL NIVEL NECESARIO DE OBSERVACIÓN. 15. EXAMINAR DE FORMA RUTINARIA EL ENTORNO Y ELIMINAR
--	--	--	-----------------------	--	--

					<p>LOS PELIGROS PARA MANTENERLO LIBRE DE RIESGOS.</p> <p>16. LIMITAR EL ACCESO A VENTANAS, A MENOS QUE ESTÉN CERRADAS CON LLAVE Y SEAN IRROMPIBLES, SEGÚN CORRESPONDA.</p> <p>17. LIMITAR EL ACCESO A VENTANAS, A MENOS QUE ESTÉN CERRADAS CON LLAVE Y SEAN IRROMPIBLES, SEGÚN CORRESPONDA.</p> <p>18. LIMITAR EL USO DE ARMAS POTENCIALES POR EL PACIENTE (OBJETOS AFILADOS Y SIMILARES A CUERDAS).</p> <p>19. COMUNICAR EL RIESGO Y LOS ASPECTOS RELEVANTES DE SEGURIDAD A LOS OTROS CUIDADORES.</p> <p>20. ASIGNAR AL PACIENTE HOSPITALIZADO UNA HABITACIÓN SITUADA CERCA DEL CONTROL DE ENFERMERÍA PARA FACILITAR LA OBSERVACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA.</p> <p>21. AUMENTAR LA VIGILANCIA DE LOS PACIENTES HOSPITALIZADOS EN LOS MOMENTOS EN QUE SE SABE QUE LA CANTIDAD DE PERSONAL ES INFERIOR (REUNIONES DE ENFERMERÍA, CAMBIO DE TURNO, HORAS DE 22. COMER DEL PERSONAL, DURANTE LA NOCHE, FIN DE SEMANA, MOMENTOS DE CAOS EN LA UNIDAD DE ENFERMERÍA)</p> <p>23. FACILITAR EL APOYO DEL PACIENTE POR PARTE DE LA FAMILIA Y DE LOS AMIGOS.</p> <p>24. IMPLICAR A LA FAMILIA EN LA PLANIFICACIÓN DEL ALTA (ENSEÑANZA SOBRE LA ENFERMEDAD/MEDICACIÓN, RECONOCIMIENTO DEL AUMENTO DEL RIESGO DE SUICIDIO, PLANIFICACIÓN DEL 25. PACIENTE PARA ENFRENTARSE A LOS PENSAMIENTOS DE AUTOLESIÓN, RECURSOS COMUNITARIOS).</p>
--	--	--	--	--	---

<p>00121 TRASTORNO DE LA IDENTIDAD PERSONAL</p>	<p>AGENTE FARMACEUTICO, DISCRIMINACION, ESTADOS MANIACOS, EXPOSICIÓN A QUÍMICOS TÓXICOS, AUTOESTIMA BAJA, CRISIS SITUACIONAL, ALTERACIONES DEL ROL SOCIAL, ETAPAS DEL CRECIMIENTO, PROCESOS FAMILIARES DISFUNCIONALES.</p>	<p>ALTERACION DE LA IMAGEN CORPORAL, CONDUCTA INCONSISTENTE, CONFUSION ACERCA DE LOS OBJETIVOS, CONFUSION ACERCA DE LOS VALORES CULTURALES, CONFUSION DE GENERO, DESCRIPCION DELIRANTE DEL YO, DESEMPEÑO INEFICAZ DEL ROL, ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO INEFICACES, RELACIONES INEFICACES, SENTIMIENTOS DE VACIO, SENTIMIENTOS FLUCTUANTES SOBRE EL YO.</p>	<p>TRASTOSNO AFECTIVO BIPOLAR, ESTADOS MANIACOS, ESTADOS DEPRESIVOS.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. ANIMAR AL PACIENTE A RECONOCER Y A DISCUTIR SUS PENSAMIENTOS Y SENTIMIENTOS. 2. AYUDAR AL PACIENTE A DARSE CUENTA DE QUE CADA PERSONA ES ÚNICA. 3. AYUDAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR LOS VALORES QUE CONTRIBUYEN AL AUTOCONCEPTO 4. AYUDAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR LOS SENTIMIENTOS HABITUALES QUE TIENE DE SÍ MISMO. 5. COMPARTIR OBSERVACIONES O PENSAMIENTOS SOBRE LA CONDUCTA O LA RESPUESTA DEL PACIENTE. 6. AYUDAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR LAS PRIORIDADES EN LA VIDA 7. CONFRONTAR LOS SENTIMIENTOS AMBIVALENTES (ENOJADO O DEPRIMIDO) DEL PACIENTE. 8. AYUDAR AL PACIENTE A SER CONSCIENTE DE SUS AUTOAFIRMACIONES NAGATIVAS. 9. EXPLORAR CON EL PACIENTE LA NECESIDAD DE CONTROL. 10. AYUDAR AL PACIENTE/FAMILIA A IDENTIFICAR RAZONES PARA MEJORAR. 11. AYUDAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR HABILIDADES Y ESTILOS DE APRENDIZAJE. 12. EVALUAR EL ESTADO DE ÁNIMO (SIGNOS, SÍNTOMAS, ANTECEDENTES PERSONALES) INICIALMENTE Y CON REGULARIDAD, A MEDIDA QUE PROGRESA EL TRATAMIENTO. 13. DETERMINAR SI EL PACIENTE SUPONE UN RIESGO PARA LA SEGURIDAD DE SÍ MISMO Y DE LOS DEMÁS. 14. PONER EN PRÁCTICA LAS PRECAUCIONES NECESARIAS PARA SALVAGUARDAR AL PACIENTE Y A LOS QUE LE RODEAN DEL RIESGO DE DAÑOS FÍSICOS (SUICIDIO, AUTOLESIONES, FUGAS, VIOLENCIA). 15. PROPORCIONAR O REMITIR AL PACIENTE PARA UN TRATAMIENTO CONTRA EL ABUSO DE SUSTANCIAS, SI DICHO ABUSO ES UN FACTOR QUE CONTRIBUYE A LA ALTERACIÓN DEL ESTADO DE ÁNIMO. 16. AJUSTAR O INTERRUMPIR LAS MEDICACIONES QUE PUEDEN CONTRIBUIR A LAS ALTERACIONES DEL ESTADO DE ÁNIMO (POR PRESCRIPCIÓN
--	--	---	--	---

					<p>ADECUADA DE ENFERMERAS TITULADAS CON EXPERIENCIA).</p> <p>17. COMPROBAR LA CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO (ASEO, HIGIENE, INGESTA DE ALIMENTOS/LÍQUIDOS, EVACUACIÓN).</p> <p>18. UTILIZAR INTERVENCIONES RESTRINGIDAS (RESTRICCIÓN DE ZONA, AISLAMIENTO, SUJECIÓN FÍSICA, RESTRICCIÓN QUÍMICA) PARA CONTROLAR LA CONDUCTA INSEGURA O INADECUADA REFRACTARIA A INTERVENCIONES DE CONTROL DE CONDUCTA MENOS RESTRINGIDAS.</p> <p>19. PROPORCIONAR UN SEGUIMIENTO AL PACIENTE DE FORMA AMBULATORIA A INTERVALOS APROPIADOS, SEGÚN SEA NECESARIO.</p>
--	--	--	--	--	--

<p>00118 TRASTORNO DE LA IMAGEN CORPORAL.</p>	<p>ALTERACIÓN DE LA PERCEPCION, DETERIORO NDEL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL, ENFERMEDAD, INCONGRUENCIAS ESPIRITUALES, INCONGRUENCIAS CULTURALES, LESIÓN, TRAUMATISMO, RÉGIMEN DEL TRATAMIENTO. PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO.</p>	<p>ALTERACIÓN DE LA VISIÓN DEL PROPIO CUERPO (P. EJ., ASPECTO, ESTRUCTURA, FUNCIÓN), ALTERACIÓN EN EL FUNCIONAMIENTO DEL CUERPO, ALTERACIÓN EN LA ESTRUCTURA DEL CUERPO, AUSENCIA DE UNA PARTE DEL CUERPO CAMBIO EN LA CAPACIDAD PARA ESTIMAR LA RELACIÓN ESPACIAL DEL CUERPO EN EL ENTORNO, CAMBIO EN LA IMPLICACIÓN SOCIAL, CAMBIOS EN EL ESTILO DE VIDA, CONDUCTAS DE RECONOCIMIENTO DEL PROPIO CUERPO.</p>	<p>CAMBIOS DE LA IMAGEN CORPORAL, ACCIDENTES, TRAUMAS, AMPUTACIONES.</p>	<p>1. GRAVEMENTE COMPROMETIDO 2. SUSTANCIALMENTE COMPROMETIDO 3. MODERADAMENTE COMPROMETIDO 4. LEVEMENTE COMPROMETIDO 5. NO COMPROMETIDO</p>	<p>1. DETERMINAR LAS EXPECTATIVAS CORPORALES DEL PACIENTE, EN FUNCIÓN DEL ESTADIO DE DESARROLLO. 2. UTILIZAR UNA ORIENTACIÓN ANTICIPATORIA EN LA PREPARACIÓN DEL PACIENTE PARA LOS CAMBIOS DE IMAGEN CORPORAL QUE SEAN PREVISIBLES. 3. DETERMINAR SI EL DISGUSTO PERCIBIDO POR CIERTAS CARACTERÍSTICAS FÍSICAS CREA PARÁLISIS DISFUNCIONAL EN ADOLESCENTES Y OTROS GRUPOS DE ALTO RIESGO. 4. AYUDAR AL PACIENTE A COMENTAR LOS CAMBIOS CAUSADOS POR LA ENFERMEDAD O CIRUGÍA, SEGÚN CORRESPONDA. 5. DETERMINAR SI SE HA PRODUCIDO UN CAMBIO FÍSICO RECIENTE EN LA IMAGEN CORPORAL DEL PACIENTE 6. AYUDAR AL PACIENTE A SEPARAR EL ASPECTO FÍSICO DE LOS SENTIMIENTOS DE VALÍA PERSONAL, SEGÚN CORRESPONDA. 7. AYUDAR AL PACIENTE A COMENTAR LOS CAMBIOS CAUSADOS POR LA PUBERTAD, SI RESULTA OPORTUNO. 8. ENSEÑAR AL PACIENTE LOS CAMBIOS NORMALES DEL CUERPO ASOCIADOS A LOS DIVERSOS ESTADIOS DEL ENVEJECIMIENTO, SEGÚN CORRESPONDA 9. AYUDAR AL PACIENTE A COMENTAR LOS FACTORES ESTRESANTES QUE AFECTAN A LA IMAGEN CORPORAL DEBIDOS A ESTADOS CONGÉNITOS, LESIONES, ENFERMEDADES O CIRUGÍA. 10. IDENTIFICAR LA INFLUENCIA DE LA CULTURA, RELIGIÓN, RAZA, SEXO Y EDAD DEL PACIENTE EN LA IMAGEN CORPORAL. 11. DETERMINAR LAS PERCEPCIONES DEL PACIENTE Y LA DE LA FAMILIA SOBRE LA ALTERACIÓN DE LA IMAGEN CORPORAL FRENTE A LA REALIDAD. 12. DETERMINAR SI UN CAMBIO DE IMAGEN CORPORAL HA CONTRIBUIDO A AUMENTAR EL AISLAMIENTO SOCIAL. 13. AYUDAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR ACCIONES QUE MEJOREN SU ASPECTO. 14. OBSERVAR LAS AFIRMACIONES DEL PACIENTE SOBRE SU AUTOVALÍA. 15. DETERMINAR LA CONFIANZA DEL PACIENTE EN SU PROPIO CRITERIO. 16. FOMENTAR EL CONTACTO VISUAL AL COMUNICARSE CON OTRAS PERSONAS 17. ANIMAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR SUS PUNTOS FUERTES. 18. AYUDAR AL PACIENTE A IDENTIFICAR LAS RESPUESTAS POSITIVAS DE LOS DEMÁS.</p>
--	--	--	--	--	--

					<p>19. AYUDAR AL PACIENTE A REEXAMINAR LAS PERCEPCIONES NEGATIVAS QUE TIENE DE SÍ MISMO. 20. AYUDAR A ESTABLECER OBJETIVOS REALISTAS PARA CONSEGUIR UNA AUTOESTIMA MÁS ALTA</p>
--	--	--	--	--	---

<p>00004 RIESGO DE INFECCION</p>	<p>CONOCIMIENTO INEFICAZ PARA EVITAR LA EXPOSICION A AGENTES PATOGENOS, DESNUTRICION ENFERMEDAD CRONICA, OBESIDAD PROCEDIMIENTO INVASIVO, ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA DISMINUCION E LA ACTIVIDAD CILIAR IMUNIZACION INADECUADA, NMUNOSUPRESION, LEUCOPENIA SUPRESION DE LA RESPUESTA INFLAMATORIA EXPOSICION A BROTES DE ENFERMEDADES.</p>	<p>SIN MANIFESTADO POR TRATARSE DE UNA DIAGNOSTICO DE RIESGO</p>	<p>ESTADOS INFECCIOSOS, BACTERIANOS, VIRALES.</p>	<p>1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. DISTRIBUIR LA SUPERFICIE CORRESPONDIENTE POR PACIENTE, SEGÚN LAS DIRECTRICES DE LOS CENTROS PARA EL CONTROL Y LA PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES (CDC) 2. LIMPIAR EL AMBIENTE ADECUADAMENTE DESPUÉS DE CADA USO POR PARTE DE LOS PACIENTES. 3. CAMBIAR EL EQUIPO DE CUIDADOS DEL PACIENTE SEGÚN EL PROTOCOLO DEL CENTRO. 4. AISLAR A LAS PERSONAS EXPUESTAS A ENFERMEDADES TRANSMISIBLES. 5. APLICAR LAS PRECAUCIONES DE AISLAMIENTO DESIGNADAS QUE SEAN APROPIADAS. 6. MANTENER TÉCNICAS DE AISLAMIENTO, APROPIADAS. 7. LIMITAR EL NÚMERO DE LAS VISITAS, SEGÚN CORRESPONDA. 8. ENSEÑAR AL PERSONAL DE CUIDADOS EL LAVADO DE MANOS APROPIADO 9. INSTRUIR AL PACIENTE ACERCA DE LAS TÉCNICAS CORRECTAS DE LAVADO DE MANOS 10. ORDENAR A LAS VISITAS QUE SE LAVEN LAS MANOS AL ENTRAR Y SALIR DE LA HABITACIÓN DEL PACIENTE. 11. UTILIZAR JABÓN ANTIMICROBIANO PARA EL LAVADO DE MANOS QUE SEA APROPIADO. 12. LAVARSE LAS MANOS ANTES Y DESPUÉS DE CADA ACTIVIDAD DE CUIDADOS DE PACIENTES. 13. PONER EN PRÁCTICA PRECAUCIONES UNIVERSALES. 14. USAR GUANTES SEGÚN LO EXIGEN LAS NORMAS DE PRECAUCIÓN UNIVERSAL. 15. LLEVAR ROPAS DE PROTECCIÓN O BATA DURANTE LA MANIPULACIÓN DE MATERIAL INFECCIOSO. 16. USAR GUANTES ESTÉRILES, SEGÚN CORRESPONDA 17. LIMPIAR LA PIEL DEL PACIENTE CON UN AGENTE ANTIBACTERIANO, APROPIADO. 18. RASURAR Y LIMPIAR LA ZONA, COMO SE INDICA EN LA PREPARACIÓN PARA PROCEDIMIENTOS INVASIVOS Y/O CIRUGÍA. 19. MANTENER UN AMBIENTE ASÉPTICO ÓPTIMO DURANTE LA INSERCIÓN DE VÍAS CENTRALES A LA CABECERA DEL PACIENTE. 20. MANTENER UN AMBIENTE ASÉPTICO MIENTRAS SE CAMBIAN LOS SISTEMAS Y BOTELLAS DE NUTRICIÓN PARENTAL TOTAL. 21. MANTENER UN SISTEMA CERRADO MIENTRAS SE REALIZA LA MONITORIZACIÓN HEMODINÁMICA INVASIVA. 22. CAMBIAR LOS SITIOS DE LAS VÍAS I.V. PERIFÉRICA Y CENTRAL Y LOS VENDAJES DE ACUERDO CON LAS DIRECTICES ACTUALES DE LOS CDC. 23. GARANTIZAR UNA MANIPULACIÓN ASÉPTICA DE TODAS LAS VÍAS I.V. 24. ASEGURAR UNA TÉCNICA DE CUIDADOS DE HERIDAS ADECUADA 25. FOMENTAR UNA INGESTA NUTRICIONAL ADECUADA 26. ADMINISTRAR UN TRATAMIENTO ANTIBIÓTICO, CUANDO SEA
---	--	--	---	--	--

					<p>ADECUADO</p> <p>27. ADMINISTRAR UN AGENTE DE INMUNIZACIÓN, CUANDO SEA ADECUADO</p> <p>28. ORDENAR AL PACIENTE QUE TOMA ANTIBIÓTICOS, SEGÚN PRESCRIPCIÓN</p> <p>29. INSTRUIR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA ACERCA DE LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN Y CUÁNDO SE DEBEN NOTIFICAR AL CUIDADOR</p> <p>30. ENSEÑAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA A EVITAR INFECCIONES</p> <p>31. FOMENTAR UNA CONSERVACIÓN Y UNA PREPARACIÓN SEGURAS DE LOS ALIMENTOS.</p> <p>32. NOTIFICAR LA SOSPECHA DE INFECCIONES AL PERSONAL DE CONTROL DE INFECCIONES.</p> <p>33. ENSEÑAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA A EVITAR INFECCIONES.</p> <p>34. UTILIZAR LOS ANTIBIÓTICOS CON SENSATEZ.</p> <p>35. NO ADMINISTRAR UN TRATAMIENTO CON ANTIBIÓTICOS PARA LAS INFECCIONES VIRALES.</p> <p>36. INSTRUIR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA ACERCA DE LAS DIFERENCIAS ENTRE INFECCIONES VIRALES Y BACTERIANAS.</p> <p>37. ENSEÑAR AL PACIENTE A TOMAR LOS ANTIBIÓTICOS TAL COMO SE HA PRESCRITO.</p> <p>38. ANALIZAR TODAS LAS VISITAS POR SI PADECEN ENFERMEDADES TRANSMISIBLES.</p> <p>39. APLICAR TÉCNICAS DE AISLAMIENTO, SI ES PRECISO.</p> <p>40. PROPORCIONAR LOS CUIDADOS ADECUADOS A LA PIEL EN LAS ZONAS EDEMATOSAS.</p> <p>41. INSPECCIONAR LA EXISTENCIA DE ERITEMA, CALOR EXTREMO, O EXUDADOS EN LA PIEL Y LAS MUCOSAS.</p> <p>42. OBSERVAR LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN SISTÉMICA Y LOCALIZADA.</p>
--	--	--	--	--	---

<p>00007 HIPERTERMIA</p>	<p>AUMENTO DE LA TASA METABOLICA, ENFERMEDAD ISQUEMIA SEPSIS TRAUMATISMO USO DE ROPA INADECUADA</p>	<p>APNEA COMA, CONVULSIONES BEBE QUE NO MANTIENE LA SUCCION ESTUPOR LETARGO IRRITABILIDAD PIEL CALIENTE AL TACTO POSTURA ANORMAL, RUBOR, TAQUICARDIA, TAQUIPNEA, VASODILATACION.</p>	<p>ESTADOS INFECCIOSOS, BACTERIANOS, VIRALES. PACIENTE CON ESTRÉS METABOLICO.</p>	<p>1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO</p>	<p>1. COMPROBAR LA TEMPERATURA AL MENOS CADA 2 HORAS, SEGÚN CORRESPONDA. 2. VIGILAR LA TEMPERATURA DEL RECIÉN NACIDO HASTA QUE SE ESTABILICE. 3. CONTROLAR LA PRESIÓN ARTERIAL, EL PULSO Y LA RESPIRACIÓN, SEGÚN CORRESPONDA. 4. OBSERVAR EL COLOR Y LA TEMPERATURA DE LA PIEL. 5. OBSERVAR Y REGISTRAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE HIPOTERMIA E HIPERTERMIA.. 6. FAVORECER UNA INGESTA NUTRICIONAL Y DE LÍQUIDOS ADECUADA. 7. EXPLICAR LOS INDICIOS DE HIPOTERMIA Y EL TRATAMIENTO DE URGENCIA ADECUADO, SEGÚN CORRESPONDA. 8. ADMINISTRAR LA MEDICACIÓN ADECUADA PARA EVITAR O CONTROLAR LOS ESCALOFRÍOS 9. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS ANTIPIRÉTICOS, SI ESTÁ INDICADO 10. ADMINISTRAR MEDICAMENTOS O LÍQUIDOS I.V. (P. EJ. ANTIPIRÉTICOS, ANTIBIÓTICOS Y AGENTES ANTIESCALOFRÍOS). 11. CUBRIR AL PACIENTE CON UNA MANTA O CON ROPA LIGERA, DEPENDIENDO DE LA FASE DE LA FIEBRE (ES DECIR, OFRECER UNA MANTA CÁLIDA PARA LA FASE DE ESCALOFRÍOS Y ROPA DE CAMA LIGERA PARA LAS FASES DE FIEBRE Y DE DEFERVESCENCIA). 12. FACILITAR EL REPOSO, APLICANDO RESTRICCIONES DE ACTIVIDAD, SI ES PRECISO. 13. ADMINISTRAR OXÍGENO, SEGÚN CORRESPONDA. 14. APLICAR UN BAÑO TIBIO CON ESPONJA CON CUIDADO (ES DECIR, ADMINISTRARLO A LOS PACIENTES CON FIEBRE MUY ALTA, PERO NO DURANTE LA FASE DE DEFERVESCENCIA Y EVITAR EN LOS PACIENTES QUE TENGAN FRÍO). 15. CONTROLAR LA PRESENCIA DE COMPLICACIONES RELACIONADAS CON LA FIEBRE Y DE SIGNOS Y SÍNTOMAS DE LA AFECCIÓN CAUSANTE DE LA FIEBRE (P. EJ., CRISIS COMICIAL, DISMINUCIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA, ANOMALÍAS ELECTROLÍTICAS, DESEQUILIBRIO ACIDOBÁSICO, ARRITMIA CARDÍACA Y CAMBIOS CELULARES ANÓMALOS). 16. GARANTIZAR QUE SE CONTROLAN OTROS SIGNOS DE INFECCIÓN EN LOS ANCIANOS, PUES PUEDEN PRESENTAR SÓLO FEBRÍCULA O AUSENCIA DE FIEBRE DURANTE LAS INFECCIONES. 17. GARANTIZAR QUE SE APLICAN LAS MEDIDAS DE SEGURIDAD SI EL PACIENTE DESARROLLA AGITACIÓN O DELIRIO.</p>
-------------------------------------	---	--	---	--	--

<p>00046 DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTANEA</p>	<p>EXTREMOS DE LA VIDA, FACTORES MECÁNICOS (P. EJ., FUERZAS DE CIZALLAMIENTO, PRESIÓN, INMOVILIDAD FÍSICA), HIDRATACIÓN HUMEDAD LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS ALTERACIÓN EN EL METABOLISMO ALTERACIÓN EN LA SENSIBILIDAD (COMO RESULTADO DE LESIÓN DE LA MÉDULA ESPINAL, DIABETES MELLITUS, ETC.) ALTERACIÓN EN LA TURGENCIA DE LA PIEL DETERIORO DE LA CIRCULACIÓN NUTRICIÓN INADECUADA PRESIÓN SOBRE LAS PROMINENCIAS ÓSEAS</p>	<p>ALTERACION DE LA INTEGRIDAD CUTANEA, CUERPO EXTRAÑO PENETRANTE EN LA PIEL.</p>	<p>HERIDAS, ULCERAS POR PRESION, QUEMADURAS.</p>	<p>1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO</p>	<p>1. MONITORIZAR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA HERIDA, INCLUYENDO DRENAJE, COLOR, TAMAÑO Y OLOR. 2. MEDIR EL LECHO DE LA HERIDA, SEGÚN CORRESPONDA. 3. EXTRAER EL MATERIAL INCRUSTADO (ASTILLA, GARRAPATA, CRISTAL, GRAVA, METAL), SEGÚN SEA NECESARIO. 4. LIMPIAR CON SOLUCIÓN SALINA FISIOLÓGICA O UN LIMPIADOR NO TÓXICO, SEGÚN CORRESPONDA. 5. ADMINISTRAR CUIDADOS DEL SITIO DE INCISIÓN, SEGÚN SEA NECESARIO 6. ADMINISTRAR CUIDADOS DE LA ÚLCERA CUTÁNEA, SI ES NECESARIO. 7. INSPECCIONAR LA HERIDA CADA VEZ QUE SE REALIZA EL CAMBIO DE VENDAJE. 8. COMPARAR Y REGISTRAR REGULARMENTE CUALQUIER CAMBIO PRODUCIDO EN LA HERIDA. 9. ENSEÑAR AL PACIENTE Y A LA FAMILIA LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN. 10. DOCUMENTAR LA LOCALIZACIÓN, EL TAMAÑO Y EL ASPECTO DE LA HERIDA.</p> <p>CUIDADOS DE LA ULCERA POR PRESION.</p> <p>1. DESCRIBIR LAS CARACTERÍSTICAS DE LA ÚLCERA A INTERVALOS REGULARES, INCLUYENDO TAMAÑO (LONGITUD, ANCHURA Y PROFUNDIDAD) , ESTADIO (I-IV), POSICIÓN, EXUDACIÓN, GRANULACIÓN O TEJIDO NECRÓTICO Y EPITELIZACIÓN. 2. CONTROLAR EL COLOR, LA TEMPERATURA, EL EDEMA, LA HUMEDAD Y EL ASPECTO DE LA PIEL CIRCUNDANTE. 3. APLICAR CALOR HÚMEDO A LA ÚLCERA PARA MEJORAR LA PERFUSIÓN SANGUÍNEA Y EL APORTE DE OXÍGENO A LA ZONA. 4. DESBRIDAR LA ÚLCERA, SI ES NECESARIO. 5. LIMPIAR LA ÚLCERA CON LA SOLUCIÓN NO TÓXICA ADECUADA, CON MOVIMIENTOS CIRCULARES, DESDE EL CENTRO. 6. OBSERVAR SI HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE INFECCIÓN EN LA HERIDA. 7. CAMBIAR DE POSICIÓN CADA 1-2 HORAS PARA EVITAR LA PRESIÓN PROLONGADA. 8. UTILIZAR CAMAS Y COLCHONES ESPECIALES, SEGÚN CORRESPONDA. 9. CONTROLAR EL ESTADO NUTRICIONAL. 10. EXPLICAR AL PACIENTE QUE SE LE VA A CAMBIAR DE POSICIÓN, SEGÚN CORRESPONDA. 11. ANIMAR AL PACIENTE A PARTICIPAR EN LOS CAMBIOS DE POSICIÓN, SEGÚN CORRESPONDA. 12. VIGILAR EL ESTADO DE OXIGENACIÓN ANTES Y DESPUÉS DE UN CAMBIO DE POSICIÓN. 13. COLOCAR EN LA POSICIÓN TERAPÉUTICA ESPECIFICADA 14. COLOCAR EN POSICIÓN DE ALINEACIÓN CORPORAL CORRECTA.</p>
--	---	---	--	--	--

					<p>15. PONER APOYOS EN LAS ZONAS EDEMATOSAS (ALMOHADAS DEBAJO DE LOS BRAZOS Y APOYO ESCROTAL), SEGÚN CORRESPONDA.</p> <p>16. PROPORCIONAR UN APOYO ADECUADO PARA EL CUELLO.</p> <p>17. MINIMIZAR LA FRICCIÓN Y LAS FUERZAS DE CIZALLAMIENTO AL CAMBIAR DE POSICIÓN AL PACIENTE.</p> <p>18. UTILIZAR DISPOSITIVOS ADECUADOS PARA EL APOYO DE LOS MIEMBROS (RODILLO DE MANO Y RODILLO PARA EL TROCÁNTER</p>
--	--	--	--	--	---

<p>00132 DOLOR AGUDO</p>	<p>LESIÓN POR AGENTES BIOLÓGICOS (P. EJ., INFECCIÓN, ISQUEMIA, NEOPLASIA), LESIONES POR AGENTES FÍSICOS (P. EJ., ABSCESO, AMPUTACIÓN, QUEMADURAS, CORTADURAS, LEVANTAR OBJETOS PESADOS, PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO, TRAUMATISMO, SOBRE ENTRENAMIENTO), LESIONES POR AGENTES QUÍMICOS (P. EJ., QUEMADURAS, CAPSAICINA, CLORURO DE METILENO, MOSTAZA).</p>	<p>AUTOINFORME DE CARACTERÍSTICAS DEL DOLOR UTILIZANDO INSTRUMENTOS ESTANDARIZADOS (P. EJ., CUESTIONARIO DE DOLOR DE MCGILL, INVENTARIO BREVE DE DOLOR), AUTOINFORME DE INTENSIDAD CON ESCALAS ESTANDARIZADAS DE DOLOR (P. EJ., ESCALA DE WONG-BAKER, ESCALA ANALÓGICA VISUAL, ESCALA NUMÉRICA), CAMBIO DE PARÁMETROS FISIOLÓGICOS (P. EJ., PRESIÓN ARTERIAL, FRECUENCIA CARDÍACA, FRECUENCIA RESPIRATORIA, SATURACIÓN DE OXÍGENO, Y SATURACIÓN DE DIÓXIDO DE CARBONO [CO₂]), CONDUCTA DEFENSIVA CONDUCTA EXPRESIVA (P. EJ., INQUIETUD, LLANTO,</p>	<p>EXPERIENCIAS DE DOLOR.</p>	<p>1. GRAVE 2. SUSTANCIAL 3. MODERADO 4. LEVE 5. NINGUNO</p>	<p>1. ASEGURARSE QUE EL PACIENTE LOS CUIDADOS ANALGÉSICO CORRESPONDIENTES. 2. CONSIDERAR EL TIPO Y LA FUENTE DE DOLOR AL SELECCIONAR UNA FUENTE DE ALIVIO DEL MISMO. 3. DISMINUIR O ELIMINAR LOS FACTORES QUE AUMENTAN O PRECIPITAN LA EXPERIENCIA DE DOLOR. 4. EVALUAR LA EFICACIA DE LAS MEDIDAS DE ALIVIO DE DOLOR ATRAVES DE UNA EXPERIENCIA CONTINUA DE LA EXPERIENCIA DOLOROSA. 5. REALIZAR VALORACIÓN DEL DOLOR QUE INCLUYA: LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, APARICIÓN, DURACIÓN FRECUENCIA, CALIDAD, INTENSIDAD O SEVERIDAD, Y FACTORES DESENCADENANTES. 6. SELECCIONAR Y DESARROLLAR AQUELLAS MEDIDAS FARMACOLÓGICAS, NO FARMACOLÓGICAS E INTERPERSONALES, QUE FACILITEN EL ALIVIO DEL DOLOR. 7. UTILIZAR MEDIDAS DE CONTROL ANTES DE QUE EL DOLOR SEA SEVERO. 8. EXPLORAR CON EL PACIENTE LOS FACTORES QUE ALIVIAN/EMPEORAN EL DOLOR. 9. UTILIZAR UN MÉTODO DE VALORACIÓN ADECUADO SEGÚN EL NIVEL DE DESARROLLO QUE PERMITA EL SEGUIMIENTO DE LOS CAMBIOS DEL DOLOR Y QUE AYUDE A IDENTIFICAR LOS FACTORES DESENCADENANTES REALES Y POTENCIALES (DIAGRAMA DE FLUJO, LLEVAR UN DIARIO). 10. DETERMINAR LA FRECUENCIA</p>
---------------------------------	--	--	-------------------------------	--	--

		<p>VIGILANCIA), CONDUCTA PROTECTORA, EXPRESIÓN FACIAL DE DOLOR (P. EJ., OJOS CON FALTA DE BRILLO, ASPECTO ABATIDO, MOVIMIENTO FIJO O DISPERSO, MUECAS), POSTURA PARA ALIVIAR EL DOLOR</p>		<p>NECESARIA PARA LA REALIZACIÓN DE UNA VALORACIÓN DE LA COMODIDAD DEL PACIENTE Y PONER EN PRÁCTICA UN PLAN DE SEGUIMIENTO. 11. ANIMAR AL PACIENTE A VIGILAR SU PROPIO DOLOR Y A INTERVENIR EN CONSECUENCIA. 12. ENSEÑAR EL USO DE TÉCNICAS NO FARMACOLÓGICAS (RETROALIMENTACIÓN, ESTIMULACIÓN NERVIOSA ELÉCTRICA TRANSCUTÁNEA, HIPNOSIS, RELAJACIÓN, CAPACIDAD DE IMAGINACIÓN GUIADA, MUSICOTERAPIA, DISTRACCIÓN, TERAPIA DE JUEGOS, TERAPIA DE ACTIVIDAD, ACUPRESIÓN, APLICACIÓN DE CALOR/FRÍO Y MASAJES) ANTES, DESPUÉS Y, SI FUERA POSIBLE, DURANTE LAS ACTIVIDADES DOLOROSAS; ANTES DE QUE SE PRODUZCA EL DOLOR O DE QUE AUMENTE, Y JUNTO CON LAS OTRAS MEDIDAS DE ALIVIO DEL DOLOR.</p>
--	--	--	--	--