

PLANES ESTANDARIZADOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Óscar Alberto Beltrán Salazar*

Notas del Autor**

Resumen

El presente trabajo contiene protocolos de atención con base en diagnósticos de enfermería formulados de acuerdo con el diagnóstico médico, que justificó el ingreso del paciente a la institución de salud, siguiendo la metodología propuesta en el Proceso de Enfermería; se han elaborado de manera que a la vez que brindan instrucciones de manejo, permitan hacer el registro de las actividades realizadas durante el proceso de atención. Están listos para ser aplicados, adicionándolos a la historia clínica o colocarlos a la cabecera de la cama según la preferencia institucional, y servir en términos generales como registro único de enfermería, permitiendo abolir el efecto de la memoria sobre la calidad en la atención.

Otra utilidad de los presentes protocolos consiste en determinar con facilidad si en algún momento se ha dejado de realizar una determinada actividad en ellos establecida, lo que representa una ventaja a la hora de realizar evaluaciones del personal asistencial.

Palabras claves

Atención de enfermería

Cuidados de enfermería

Proceso de enfermería

* Especialista en Enfermería Cardio-respiratoria, Universidad Nacional. Enfermero servicio de Urgencias y UCI, Clínica León XIII.

** Agradecimientos a las enfermeras, médicos especialistas y coordinadores de enfermería de las clínicas Víctor Cárdenas Jaramillo y León XIII del Instituto de Seguro Social de Bello y Medellín respectivamente, que colaboraron en la etapa de validación de los protocolos de atención, por su apoyo y colaboración.

Introducción

El profesional de enfermería, al asumir su papel como tal, ha de atravesar por varias etapas —en forma análoga al crecimiento y desarrollo individual de cada persona— hasta llegar al punto de considerar que ha obtenido un estado de maduración como enfermero(a). El desarrollo de estas etapas requiere de una actitud crítica para permitirle pasar de una etapa a la siguiente con autoconfianza y autoestima.

Esta forma de desarrollarse parece ser universal; pero a la par con el desarrollo profesional es necesario ir innovando, utilizando y perfeccionando estrategias e instrumentos que permitan llevar a cabalidad con sentido ético y responsabilidad la tarea, a veces difícil, de procurar el bienestar físico y mental de aquellas personas que por padecer determinada alteración en su estado de salud le son asignadas a su cuidado.

Cada profesional de enfermería deberá estar interesado en velar por el desarrollo organizativo en el área que dirige, basándose en normas y procedimientos claros, preferiblemente escritos y al alcance de todas aquellas personas que bajo su dirección participan en forma directa en el cuidado de enfermería. Se hace necesario diseñar estrategias que permitan al personal de enfermería, no sólo ofrecer servicios terapéuticos y de control, sino también que posibiliten la investigación, la educación permanente y la administración dentro de las instituciones hospitalarias, que además permitan la racionalización de los recursos y ofrezcan beneficios clínicos mediante la detección temprana y la reducción de las complicaciones. En la actualidad, debido al extenso conocimiento sobre la fisiopatología de las enfermedades, la mejor y más correcta elaboración de diagnósticos, el desarrollo tecnológico en sistemas e instrumentos terapéuticos y de monitoreo, se exige del profesional de enfermería un mayor grado de capacitación, agilidad y eficiencia en el desempeño de sus funciones. Si se tiene en cuenta que el enfermero(a) tiene que realizar en su labor diaria actividades administrativas y docentes además de las asistenciales, se ve en la necesidad de encontrar un balance en el cumplimiento de ellas y desarrollar una aguda capacidad de decisión y en especial de aplicar técnicas de planeación del cuidado de enfermería ágiles y dinámicas.

La planeación, deberá ser entonces, rápida y eficiente. Para ello se han diseñado *Protocolos de atención de enfermería o planes estandarizados de*

atención de enfermería. Así puede explicarse la aparición, con relativa frecuencia, de diferentes diseños de protocolos de atención en publicaciones nacionales y extranjeras. Estos protocolos parecen diferenciarse según el enfoque que cada autor le da a los diferentes problemas que se pretenden resolver a través de las órdenes y actividades de enfermería propuestos en ellos. Algunos ejemplos son:

— Protocolos de atención en enfermería basados en diagnósticos médicos, como lo hace J. M. Schultz para el área de psiquiatría en su libro *Enfermería Psiquiátrica. Planes de Cuidado*.¹

— Protocolos de atención de enfermería basados en diagnósticos de enfermería, tal como lo hace Marshall Goldwin para el paciente sometido a cirugía cardiovascular en su libro *Cuidados Intensivos en el Paciente Quirúrgico*.² O como lo hace Lynda Juall Carpenito en su libro *Diagnóstico de Enfermería*.³ Aplicación a la práctica clínica, el cual se basa en diagnósticos de enfermería formulados de acuerdo con las alteraciones en los patrones funcionales según la definición de Marjorie Gordon.

— Mi Ja Kim en su libro *Diagnóstico de Enfermería*⁴ también propone planes de atención agrupando los diagnósticos de enfermería según escalas de valoración que el mismo autor define.

— Hasta el momento los profesionales de enfermería, al elaborar protocolos de atención, con frecuencia se limitan a realizar una lista de cuidados acompañada de extensos contenidos teóricos. Este tipo de diseño podría ser útil a la hora de realizar actividades docentes, pero si se piensa aplicarlos en la atención de los sujetos a los cuales van dirigidos, ofrecerían serias dificultades, ya que se apoyan en la memoria del personal de enfermería.

Proceso de enfermería

Metodología de trabajo diseñada con el fin de organizar, facilitar y mejorar la labor de los profesionales de enfermería. Consta de cinco etapas que son:

Valoración

Es la aplicación de técnicas cognoscitivas básicas, que permitan obtener información sobre un paciente, familia comunidad. Sea cual fuere el méto-

do de valoración que utilice, se busca obtener una serie de resultados o datos que en conjunto representan el estado de salud presente o en riesgo de presentar del sujeto valorado.

Los datos obtenidos, ya sea de tipo objetivo o subjetivo, se someten a un proceso de organización, análisis e interpretación, para determinar su significación dentro del contexto intelectual del evaluador. Esta confrontación del dato con los diferentes conocimientos adquiridos previamente por el evaluador a través de su preparación académica y de práctica profesional, permite a manera de inferencia, establecer la presencia de anormalidad o desviación en el estado de salud del sujeto. Esta inferencia o conclusión del proceso de valoración conduce a la formulación del diagnóstico de enfermería.

Diagnóstico de enfermería

Se define como una forma profesional de articular un juicio crítico; se deriva de la recolección de datos y sirve de base para establecer el plan de atención de enfermería.

La Asociación Norteamericana de Enfermería ha promovido la utilización del diagnóstico dentro del quehacer profesional de enfermería, para facilitar la comunicación y ayudar a los profesionales de enfermería a articular con claridad el ámbito de su práctica.

Componentes del diagnóstico de enfermería

La primera parte del diagnóstico expresa el problema, comportamiento o respuestas del sujeto a su estado de salud, ya sean reales o potenciales. Su utilidad dentro de la siguiente etapa del proceso de enfermería —la planeación— consiste en permitir la formulación de metas y objetivos, que servirán de parámetros de evaluación del plan de atención y definen el comportamiento que se espera en el sujeto, una vez sea sometido a una serie de actividades de enfermería.

La segunda parte del diagnóstico describe la etiología del problema o los posibles factores que contribuyen para que esté presente. Es útil dentro de la etapa de planeación porque sirve de base para formular las órdenes y actividades de enfermería que pretenden resolver el problema. Podría de-

cirse que las órdenes de enfermería se formulan para corregir los factores etiológicos y de esta manera resolver el problema, permitiendo al sujeto llegar al comportamiento deseado para él y poder cumplir las metas establecidas.

Las dos partes del diagnóstico están unidas por la expresión “relacionada con”, para evitar establecer relaciones directas de causalidad, pero dando a entender que se presume que la etiología guarda relación con el problema.

Planeación

Tomando como base el diagnóstico, el profesional de enfermería formulará el plan de cuidados, referirá el sujeto a otros profesionales o lo manejará con base en un protocolo de atención.

El proceso de planeación puede realizarse de alguna de las siguientes formas, de acuerdo con el grado de preparación y experiencia del enfermero(a):

— Planear —previa valoración— en forma individualizada para cada sujeto. Tiene desventajas tales como que este procedimiento, que se realiza con frecuencia en forma apresurada y bajo las presiones propias del tipo de trabajo, del estado de salud del sujeto y del número de sujetos que se deben atender, requiere de mucho tiempo y está basado en la memoria.

— Establecer protocolos o planes de atención estandarizados, los cuales, aunque son establecidos basándose en la problemática común a un grupo de sujetos agrupados bajo determinada característica, permiten al profesional de enfermería individualizarlos y adaptarlos a la situación específica del sujeto con menor gasto de tiempo y sin depender de la memoria

El plan de atención, ya sea individualizado o estandarizado, deberá contener las órdenes y actividades de enfermería requeridas estableciendo un orden de prioridades y definiendo la periodicidad y el miembro del equipo de enfermería que debe realizarlas.

Ejecución

Durante la etapa de ejecución se llevan a cabo las actividades establecidas en el plan. Contempla además la anotación de los registros relacionados

con las actividades realizadas, ya sea en una historia clínica convencional o en un formato guía previamente diseñado para tal fin.

Evaluación

La evaluación dentro del proceso de enfermería se considera dinámica y permanente. Por un lado, constituye la etapa final del proceso y permite determinar el impacto del plan en el estado de salud del sujeto, reflejado en cambios en la valoración. Por otro lado, debe realizarse en cada una de las etapas permitiendo decidir respecto a la necesidad o no de implementar reformas al plan.

El cuidado de enfermería no debe mirarse solamente como el producto del proceso de enfermería; es en realidad un fiel indicador del grado de identidad del profesional de enfermería y le permite delimitar aquellas funciones independientes e interdependientes que definen su quehacer diario.

Protocolos de atención o planes de atención de enfermería estandarizados

Definición

Protocolo está definido en general, como una serie ordenada de escrituras matrices. Reglas establecidas por costumbre.

El protocolo de atención de enfermería podría definirse como un plan en forma escrita que identifica los posibles problemas y las órdenes de enfermería comunes a un grupo de pacientes, brindando una base para el plan de cuidados individualizado.

Características

Es una exposición razonada, detrás de muchas rutinas en la atención, para facilitar la atención integral óptima. Plantea una filosofía de prevención, identificación temprana e intervención inmediata en los problemas del sujeto, y describe el cuidado —en profundidad— que se espera del personal de enfermería.

Los protocolos de atención no pretenden sustituir las habilidades del profesional de enfermería para valorar las condiciones del sujeto, identificar

problemas, ejecutar y evaluar cuidados; sólo contiene información de gran utilidad en el contexto académico y clínico que puede ser adaptada para la planeación del cuidado de enfermería de cada sujeto en particular, pero no constituyen normas de cuidado que regulen la obligación del personal o del hospital hacia los pacientes.

Contenido del protocolo

— Identificación: describe los sujetos hacia los cuales va dirigido el protocolo, los sujetos que serán atendidos con la implementación de éste. Es difícil pensar que un plan de atención pueda estandarizarse a tal punto que permita su utilización en todas las áreas de atención y en todo tipo de sujetos.

— Problemas del sujeto o grupos de ellos, los cuales pueden ser reales o potenciales.

— Ordenes de enfermería encaminadas a resolver los problemas reales y a prevenir los problemas potenciales. Se debe establecer prioridades en la atención y definir la periodicidad en la realización del cuidado.

— Parámetros de medición, estableciendo metas u objetivos que servirán para la evaluación posterior, permitiendo medir el impacto y la eficacia del protocolo y su pertinencia con los problemas que pretenden resolver.

Pasos para la implementación de protocolos

— Elaboración y diseño: debe ser realizado por profesionales de enfermería que trabajen en el área en la cual va a ser utilizado. Es necesario que quienes participen en el diseño conozcan las especificaciones del servicio y el tipo de cuidado de enfermería que debe implementarse.

— Validación: que puede realizarse a través de juicio de expertos o por medio de la aplicación experimental a muestras de la población que reúna las características establecidas en la identificación del protocolo.

— Evaluación y ajuste: que puede realizarse por medio de evaluación interna o externa. En la evaluación interna, el evaluador —quien es el mismo realizador— conoce el tema y las especificaciones tenidas en cuenta durante la etapa del diseño, pero puede estar comprometido emocionalmente con

el trabajo afectando su objetividad. En la evaluación externa participan personas que no participaron en el diseño y puede ser que ignoren las especificaciones del plan, pero podría esperarse de ellos mayor objetividad.

— Generalización y divulgación: una vez realizados los ajustes necesarios definidos durante la evaluación podrá difundirse el protocolo a otros servicios o centros de atención que atiendan sujetos que reúnan las condiciones establecidas en la identificación, pero teniendo en cuenta que deberá adaptarse a la disponibilidad científica y tecnológica de la institución.

Condiciones para el uso del protocolos

— Difusión, para que sea conocido por todas aquellas personas que participarán en su aplicación. Es importante familiarizarse con su manejo; la habilidad para su uso se alcanza con la práctica.

—El profesional de enfermería deberá desarrollar habilidad tanto en su uso como en la adaptación e individualización a las condiciones específicas de cada sujeto. Además es necesaria la habilidad para evaluar la eficacia y pertinencia del plan e implementar las reformas necesarias de acuerdo con progresos en disponibilidad tecnológica o variación de rutinas en la atención.

Metodología

Los protocolos de atención de enfermería estandarizados que contiene la presente publicación fueron diseñados teniendo en cuenta, como categoría de agrupación, el diagnóstico médico formulado al ingreso del sujeto a la clínica Víctor Cárdenas Jaramillo y León XIII del Instituto de Seguros Sociales seccional Antioquia. Una vez establecido el diagnóstico médico se correlacionó con los diagnósticos de enfermería que con mayor frecuencia eran identificados y formulados de acuerdo con la metodología del proceso de enfermería, para establecer las actividades de enfermería que buscaban corregir las alteraciones de acuerdo con un orden de prioridades.

Para el diseño se tuvieron en cuenta los siguientes aspectos:

— La experiencia clínica y académica del autor.

— La observación directa del proceso de atención de enfermería para cada patología específica, con el fin de determinar los problemas más frecuentes y las conductas de enfermería más adecuadas.

— Una vez propuestas las listas de cuidados de enfermería, se realizó una amplia revisión bibliográfica, con el fin de establecer pautas correctas y actualizadas de manejo y eliminar vicios y costumbres inconvenientes, dependiendo de las características fisiopatológicas y psicológicas que presentaban los pacientes incluidos en cada categoría diagnóstica.

Diseño

— Entre las órdenes de enfermería se definieron no solamente actividades de control e intervención, sino también, aquellas actividades de valoración que permiten determinar la presencia de las características clínicas que definen el diagnóstico de enfermería. Además, se especificaron los límites permitidos en los hallazgos y algunos signos de alarma, cuando fue necesario.

— Se estableció un sistema horario de registros de enfermería que permitiera, por un lado, individualizar el protocolo respecto a la frecuencia de realización de cada actividad según las necesidades detectadas en el sujeto, y por otro lado, evaluar el cumplimiento de las actividades por parte del personal de enfermería.

Este sistema de registro se propone como registro único de enfermería, aboliendo el uso de una serie de hojas de control y registros, tal como la hoja de medicación, aún cuando se acepta que ésta debe ser utilizada cuando se administran medicamentos no contemplados en el protocolo.

Se considera que el registro simultáneo de hallazgos en la valoración y de medicamentos administrados o de actividades de intervención, permite por cruce de variables, determinar los posibles efectos producidos en el estado de salud del sujeto.

— Una vez diseñados los protocolos, se sometieron, dentro de la etapa de validación a juicio de expertos, considerando como tales a médicos especialistas según el área de incumbencia de la alteración fisiopatológica y enfermeras que trabajan en dichas áreas.

Los protocolos de atención de enfermería se elaboraron para ser utilizados por el personal de enfermería y facilitar su trabajo; pero no puede desconocerse que dicho personal hace parte de un grupo interdisciplinario. Por este motivo, en el diseño también se incluyó una lista de medicamentos y ayudas diagnósticas específicas para cada patología, atendiendo a la solicitud de médicos y enfermeras que participaron en el proceso de validación, quienes consideraron que el personal de enfermería, que es quien administra, observa las reacciones causadas por los medicamentos y mantiene las reservas de éstos, debe estar enterado de su uso, dosificación y efectos.

Se recomienda que al utilizar los protocolos, quienes consideren la necesidad de tener planes que sólo contengan ordenes de enfermería, abolir en la transcripción de éstos las secciones que corresponden al uso de medicamentos o exámenes de laboratorio.

De todas maneras, es común encontrar instituciones en las cuales la administración y decisión respecto a algunos medicamentos se delega por protocolo, a los profesionales de enfermería. Aunque en algunas instituciones, la prescripción de medicamentos y orden de exámenes de diagnóstico se consideran acciones propias del campo de la medicina, el profesional de enfermería debe estar en capacidad de sugerir su administración y realización respectivamente cuando lo considere necesario.

Además, dentro del diseño se incluyeron actividades de valoración que aunque algunos profesionales de enfermería no consideran propias de su labor diaria, ya están incluidas en los programas educativos actuales de prestigiosas universidades, tales como la Universidad de Antioquia en Medellín y la Universidad Nacional de Santafé de Bogotá y por tanto no debe extrañarse que se exija su realización por parte de los enfermeros(as).

Objetivos

Los protocolos de atención de enfermería contenidos en la presente publicación pretenden aportar un instrumento que facilite la planeación del cuidado de enfermería, con miras a:

- Desarrollar un alto nivel de calidad técnica en la atención de enfermería.
- Implementar actividades de valoración control e intervención.
- Establecer un estricto sistema de registro de enfermería, para otorgarle características tales como confiabilidad y oportunidad y que permitan desarrollar acciones de seguimiento y control.
- Facilitar el desarrollo de programas de inducción en servicios.
- Desarrollar actividades educativas e investigativas en el ámbito de la enfermería.
- Desarrollar actividades evaluativas sobre la calidad e impacto de la atención de enfermería, dirigidos a aquellos funcionarios que intervienen en actividades asistenciales y al paciente objeto de la atención.

Instructivo para diligenciar la hoja de registros de los protocolos de atención en enfermería

- Llene el espacio en blanco en el contenido del cuidado de enfermería para establecer la periodicidad de su realización. Utilice lápiz para poder borrar con facilidad en caso de necesitar variar los periodos de realización de acuerdo con la evolución del sujeto.
- En las casillas superiores horizontales escriba la hora de realización de la actividad.
- Escriba la cifra hallada durante el control en la casilla que corresponde de acuerdo con la hora de realización.
- Escriba la palabra sí o marque con X cuando el hallazgo es positivo o coloque *no* cuando no se haya encontrado la característica que se investiga; se recomienda no dejar el espacio en blanco cuando no se encuentra determinada condición para no permitir la duda respecto a si fue investigada o no.
- Escriba la palabra que corresponda a la condición hallada en donde sea necesario. Por ejemplo: Frente a expectoración escriba: amarilla o purulenta según sea el caso.

Terapia trombolítica

Diagnóstico de enfermería

Riesgo de alteración en la perfusión tisular/ hemorragia secundaria a efecto de droga anticoagulante.

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
Determinar el tiempo de duración de los síntomas de infarto agudo de miocardio. La administración intravenosa del medicamento debe hacerse en las primeras cuatro horas de evolución.							
Establecer criterios que indiquen administración de medicamentos: edad menor de 80 años.							
Elevación st (más de 1 mm en 2 o más derivaciones).							
Dolor precordial persistente.							
Establecer la presencia de criterios que contraindiquen la administración del medicamento: edad mayor de 80 años.							
Enfermedad cerebro-vascular reciente							
Cirugía reciente							
Trauma reciente							
Hipertensión arterial severa mayor de 170/110							

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
Más de cuatro horas de evolución (relativo)							
Sangrado digestivo reciente							
Resucitación cardiopulmonar prolongada							
Realizar E.K.G. previo a la administración de droga trombolítica. Luego realizarlo una y dos horas después de la administración y cada veinticuatro horas o en caso de reaparición del dolor.							
Frecuencia							
Ritmo							
Eje							
QRS (Duración)							
Pr (Duración)							
Onda Q							
Elevación st							
Inversión onda T							
Conectar el paciente a visoscopio. Se debe evitar el paso de catéter central, sonda vesical e inyección intramuscular.							
Canalizar dos venas periféricas. Preparar desfibrilador y equipo de resucitación. Registrar: ritmo							

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
Extrasístoles							
Administrar, según orden médica, aspirina 1 tableta por vía oral masticada o disuelta, para iniciar anti-coagulación (100 mg).							
Administrar según orden médica, Fenegan 50 mg intravenoso o Benadryl 2 cc intravenoso para evitar efectos histamínicos de la droga trombóllica.							
Administrar según orden médica, Hidrocortisona 100 o 200 mg intravenoso o Solumedrol 250 mg intravenoso para evitar efectos alérgicos del trombolítico.							
Administrar según orden médica, Streptokinasa 1.500.000 unidades, por vía intravenosa, disueltas en 100 cc de solución. Pasar 250.000 unidades a chorro y el resto en una hora.							
Solución							
Velocidad de flujo							

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
Controlar los signos vitales previos a la administración y luego cada diez minutos. En caso de hipotensión severa suspender la administración del medicamento. Según tolerancia colocar en Trendelenburg y administrar 200 cc de solución de Hartman previa autorización. Al estabilizar, reiniciar la administración.							
Presión arterial							
Frecuencia cardiaca							
Ritmo							
Frecuencia respiratoria							
Temperatura							
Solución administrada							
Registrar la presencia de signos de reperfusión, tales como: Desaparición del dolor							
Corrección st							
Ritmo idioventricular							
Extrasístole							
Fibrilación ventricular							
Bloqueo auriculoventricular							

<i>Actividades de enfermería hora</i>								
Observar la presencia de signos de reacción alérgica tales como: Rubor								
Urticaria								
Edema labial								
Disnea								
Administrar según orden médica, Heparina a razón de 1000 ud/hora. Diluir 6000 ud en 100 cc de solución y pasarlo a 17 cc/minuto. Se busca mantener T.P.T entre 80 o 100 seg o I.N.R. en 2. Se recomienda iniciar la administración dos horas después de terminar la Estreptokinasa y durante tres días.								
Heparina	Dosis							
	Vía							
T.P.T.								
I.N.R.								
Realizar al ingreso, a las seis horas y luego cada día, de acuerdo con la orden médica, control de:								
Hemoglobina								
Hematocrito								
Tiempo protombina								
Fibrinógeno								

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
CPK MB							
Observar la presencia de signos de sangrado tales como:							
Hematemesis							
Melenas							
Hematuria							
Sangrado gingival							
Equimosis							
Realizar control neurológico cada ___ horas, buscando la presencia de signos de sangrado intracraneano tales como:							
Motilidad							
Miembro superior derecho							
Miembro superior izquierdo							
Miembro inferior derecho							
Miembro inferior izquierdo							
Pupila derecha							
Pupila izquierda							
Estado de conciencia							
Realizar cada ___ horas, palpación abdominal, buscando la presencia de dolor que pueda deberse a sangrado retroperitoneal.							

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
Instruir al paciente para que avise en caso de dolor; determinar la localización y comunicar al médico de ser necesario.							
Evaluar pechos para detectar anomalías de pezón.							
Dar instrucciones sobre actividad sexual:							
Prácticas no permitidas							
Prácticas permitidas							

Gastrectomía-pilorooplastia-vagotomía

Diagnóstico de enfermería

Déficit en el volumen de líquidos corporales relacionada con pérdida normal.

<i>Actividades de enfermería</i>	<i>hora</i>						
Controlar cada ___ horas los signos vitales. Avisar en caso de presentar frecuencia cardiaca mayor de 100 por minuto, presión arterial menor de 90/60 mmHg. Puede haber respiración rápida y superficial por dolor y alteraciones en el ritmo cardiaco debidas a hipopotasemia.							
Presión arterial							
Pulso							
Ritmo							
Frecuencia respiratoria							
Controlar cada ___ horas la temperatura en busca de hipertermia. Bajar la temperatura por medios físicos para evitar aumento de pérdidas insensibles. Avisar en caso de presentar temperatura mayor de 38,5 °C.							
Temperatura.							
Medios físicos							

<i>Actividades de enfermería</i>	<i>hora</i>						
Controlar cada ___ horas el drenaje por sonda nosogástrica. Inicialmente el drenaje puede ser sanguinolento, pero luego deberá ser amarillo o verde. Avisar al médico si es persistentemente sanguinolento.							
Cantidad							
Característica							
Realizar control de líquidos ingeridos y administrados. Observar características de la eliminación urinaria. Para el balance tenga en cuenta el drenaje por sonda.							
Eliminado	Tipo						
	Cantidad						
Total							
Ingerido	Tipo						
	Cantidad						
Total							
Balance							
Realizar lavado sonda nasogástrica a necesidad, previa autorización médica. Instile 20 cc de solución salina y recupere, hasta permeabilizar. No utilice cantidades mayores para no causar dolor por aumento de presión.							

<i>Actividades de enfermería</i>	<i>hora</i>						
Observar la presencia de signos de deshidratación y sangrado. Instruir al paciente para que informe respecto a las características de las deposiciones. Las deposiciones líquidas pueden deberse a vaciamiento rápido. Registrar:							
Adinamia							
Mareo							
Sudoración							
Palidez							
Hematemesis							
Melenas							
Observar la herida quirúrgica buscando signos de sangrado e infección. Realizar curación cada día utilizando estricta técnica aséptica. Evaluar la necesidad de realizar desbridamiento químico o manual de acuerdo con el estado de la herida. Dar instrucciones al paciente sobre el manejo de la herida. Registrar:							
Dolor							
Edema							
Hematoma							
Sangrado							

<i>Actividades de enfermería</i> <i>hora</i>							
Rubor							
Secreción							
Curación							
Realizar lavado bucal cada ____ horas, para evitar el mal sabor y olor. Instruir al paciente para no tragar el líquido del lavado. Registrar cada que se realice.							

Diagnóstico de enfermería

Déficit en el volumen de líquidos corporales relacionado con disminución en la ingesta.

<i>Actividades de enfermería</i> hora							
Evaluar cada ___ horas el estado de la piel y mucosas. Determinar la presencia de signos de deshidratación:							
Sequedad							
Pliegue anormal							
Manifestación de sed							
Administrar bajo control estricto las soluciones intravenosas. Rotular y controlar la administración de soluciones con adición de electrolitos u otros medicamentos.							
Solución							
Droga adicionada							
Control de goteo							
Iniciar según la orden médica la administración de alimentos por vía oral así: previa oclusión de la sonda nasogástrica, proporcionar dieta líquida clara, en proporciones de 20 a 30 cc, en forma lenta. El líquido debe estar tibio. Si no hay signos de intolerancia la sonda podrá permanecer cerrada por dos horas.							

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
De acuerdo con la tolerancia de la dieta líquida y la orden médica, retirar sonda nasogástrica y proporcionar dieta semiblanda y fraccionada y luego pasar a dieta blanda hipograsa. Evitar el consumo abundante de líquidos para evitar el vaciamiento rápido del estómago.							
Registrar:							
Tipo de dieta							
Evaluar al paciente después de la administración de alimentos por vía oral para determinar la presencia de signos de intolerancia, que puedan deberse a edema o espasmos del tejido cicatricial o disminución de la motilidad y secreción gástrica.							
Registrar si se presenta:							
Distensión abdominal							
Sensación de llenura							
Náuseas							
Vómito							
Dolor							
Colocar al paciente después de comer en posición semisentado para evitar el retorno alimenticio.							
En caso de vómito o distensión persistente avisar al médico. Puede requerir nuevamente la instalación de sonda nasogástrica a drenaje.							

Diagnóstico de enfermería

Alteración en el bienestar por dolor agudo relacionado con lesión tisular secundario a herida quirúrgica.

<i>Actividades de enfermería</i>	hora						
Observar en el paciente las manifestaciones de dolor. Las manifestaciones subjetivas pueden estar acompañadas de hipertensión arterial sistólica y taquicardia.							
Registrar la presencia de:							
Posición antálgica							
Llanto							
Manifestación de dolor							
Quejido							
Interrogar al paciente su dolor y registrar:							
Tipo							
Localización							
Factores que lo agudizan							
Factores que lo calman							
Explicar las causas del dolor sin tratar de negarlo o minimizarlo. Utilizar almohadas y mantas para ayudar a colocar en posición cómoda.							

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
Administrar de acuerdo con la orden médica, medicamentos analgésicos, cada cuatro o seis horas. En caso de dolor persistente que no cede a la medicación, avisar al médico para decidir cambio en dosis o medicamento.							
Registrar:							
Droga							
Dosis							
Vía							
Si se administran analgésicos narcóticos tipo Morfina o Demerol, deberá evaluarse la presencia de efectos secundarios tales como:							
Somnolencia							
Insomnio							
Colocar hielo sobre la herida quirúrgica inmediatamente ingrese el paciente, para disminuir el dolor, el edema y evitar el sangrado. Explicar todo procedimiento a realizar expresando claramente si causará dolor.							
Con el fin de prevenir alteraciones e infección respiratoria estimular el paciente a la deambulacion tan pronto reciba autorización; dar instrucciones para:							

<i>Actividades de enfermería hora</i>							
Toser							
Respiración profunda							
Uso de incentivador inspirométrico							
Levantarse de la cama							
Deambulaci3n							

Referencias bibliogr3ficas

1. SCHULTZ, Judith y DARK, Sheila. *Enfermería psiquiátrica: planes de cuidado*. México: Interamericana. 1988; p. 186.
2. GOLDIN, Marshall. *Cuidados intensivos en el paciente quirúrgico*. Barcelona: Labor. 1988; p. 639.
3. CARPENTITO, Lynda. *Diagnóstico de enfermería: aplicaci3n a la pr3ctica clínica*. Madrid: Interamericana. 1987; p. 533.
4. KIM, Mi Ja. *Diagnóstico en enfermería*. Madrid: Editorial Interamericana, McGraw-Hill. 1990; p. 314.

Bibliografía

- BELTRÁN, Óscar. Apuntes personales basados en observaciones clínicas. 1991-1992.
- BLUMGART, L. H. Cirugía del hígado y de vías biliares. Buenos Aires: Panamericana. Tomo 1, 2. 1990; p. 1831.
- BRYAN, Jeneth. *Diagnóstico y Tratamiento de los Traumatismos Craneoencefálicos*. Barcelona: Salvat, 1986; p. 388.
- DEVITA, Vincent y HELLMAN, Samuel. *Cáncer: principios y pr3ctica de oncología*. Barcelona: Salvat. 1984; p. 894.
- GÓMEZ, María Eugenia y RESTREPO, Gustavo. *El paciente en estado crítico*. Corporaci3n para Investigaciones Biológicas. Medellín, 1991; p. 762.

- JONES, Howard. *Tratado de Ginecología de Novak*. México: Interamericana, 11a. Edición. 1991; p. 821.
- LAWIN, Peter. *Cuidados intensivos*. Barcelona: Salvat. 1990; p. 784.
- NYHUS, Lloyd y BAKER, Robert. *El dominio de la cirugía: Mastery of Surgery*. Buenos Aires: Panamericana. 1986; p. 2049.
- PATIÑO, José Félix. *Infección quirúrgica*. Centro Médico de los Andes, Fundación Santafé de Bogotá. Santafé de Bogotá: Norwich Colombiana S.A. 1989; p. 251.
- PLUMB, Fred y POSNER, Jerome. *Estupor y coma*. México: Manual Moderno. 1982; p. 483.
- SCHWARTZ, Seymour. *Principios de cirugía*. México: Interamericana. 1988; 186p.
- SHOEMAKER, William. *Tratado de medicina crítica y terapia intensiva*. Buenos Aires: Panamericana. 1986; p. 1344.
- STANLEY, Dudrick and Others. *Manual de cuidados pre y postoperatorios*. Colegio Americano de Cirugía. Filadelfia: WB Sanders Company, 1984; p. 822.

*Linea
Blanca*

**Uniformes y Artículos
para Enfermeras y
Personal de Salud**

**Centro Comercial Villanueva
Local 9910 Primer Piso
MEDELLIN - Tel. 511 01 79**