



**GOBIERNO
FEDERAL**

SALUD

CPE

Comisión Permanente
de Enfermería

Plan de Cuidados de Enfermería

1

ATENCIÓN BÁSICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

SICALIDAD



Vivir Mejor



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

INDICE

Protección inefectiva	4
Déficit de autocuidado: baño / higiene	10
Referencias bibliográficas y electrónicas	12
Participantes	12



Subsecretaría de Integración y Desarrollo del Sector Salud
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Dirección General Adjunta de Calidad
Dirección de Enfermería
Comisión Permanente de Enfermería

ATENCIÓN BÁSICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Se refiere al ingreso de una persona a una empresa institución de salud en calidad de paciente para recibir la prestación de servicios de salud la cual debe garantizar el cumplimiento de todas las normas de calidad en cada uno de los procesos y procedimientos que se realicen y se vean reflejados en la evaluación de resultados, dicho en otras palabras, en la mejora o recuperación de la salud de la persona en un determinado período de tiempo.

Durante este periodo es habitual que el paciente aumente sus niveles de ansiedad y de temor y probablemente se sienta amenazado ante lo desconocido. Por eso la importancia de brindar la información necesaria al paciente y familia para brindarle confianza garantizando su seguridad durante su estancia hospitalaria.¹

¹ Nuevo Manual de la Enfermería / océano Centrum. Editorial Océano. Edición en español 2008.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ATENCIÓN BÁSICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Dominio: 11 Seguridad / protección Clase: 2 lesión física

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Protección ineficaz

Factores relacionados (causas) (E)

Proceso infeccioso, lesión neurológica, agentes lesivos, nutrición insuficiente, efectos de farmacoterapia, perfiles hematológicos anormales, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Cifras de signos vitales y de coagulación alteradas, deficiencia inmunitaria, debilidad, desorientación, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Mantener los signos vitales en parámetros normales.	<ul style="list-style-type: none"> - Temperatura corporal. - Frecuencia del pulso apical. - Frecuencia cardíaca apical. - Frecuencia del pulso radial. - Frecuencia respiratoria. - Presión arterial sistólica. - Presión arterial diastólica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Desviación grave del rango normal. 2. Desviación sustancial del rango normal. 3. Desviación moderada del rango normal. 4. Desviación leve del rango normal. 5. Sin desviación del rango normal. 	<p>Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es mantener la puntuación e idealmente augmentarla.</p> <p><u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u></p>
Respuesta favorable a la medicación.	<ul style="list-style-type: none"> - Efectos terapéuticos esperados presentes. - Cambio esperado en los síntomas. - Mantenimiento de concentraciones sanguíneas y de la medicación terapéutica. 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido 	

INTERVENCIONES (NIC): MONITORIZACIÓN DE SIGNOS VITALES

ACTIVIDADES

- Minimizar y eliminar los factores ambientales estresantes.
- Monitorizar periódicamente la calidad de la presión sanguínea, pulso, temperatura y estado respiratorio en profundidad y simetría, además de la frecuencia y los sonidos cardiacos.
- Registrar principalmente tendencias y fluctuaciones de la presión sanguínea.
- Monitorizar la presión sanguínea después de que el paciente tome la medicación si es posible.
- Observar si se producen esquemas respiratorios anormales como: Cheyne-Stokes, Kussmaul, Biot, etc.
- Monitorizar los pulsos periféricos, el llenado capilar, la temperatura y el color de las extremidades.
- Observar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.
- Comprobar el buen funcionamiento y la precisión de los instrumentos utilizados para la recolección de los datos del paciente.
- Registrar la presencia de signos y síntomas de alguna alteración de los signos vitales.
- Registrar los valores obtenidos de la toma de signos vitales en el formato correspondiente de registros clínicos de enfermería acorde a la NOM 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

INTERVENCIONES (NIC): VIGILANCIA: SEGURIDAD

ACTIVIDADES

- Observar la presencia de alteraciones físicas o cognitivas del paciente que alteren los signos vitales.
- Minimizar riesgos del medio ambiente para disminuir el peligro y potenciar la seguridad del paciente, acorde a la normatividad institucional.
- Registrar en el formato correspondiente la información de los riesgos que presente el paciente para enterar a los miembros del equipo multidisciplinario de salud, responsables de la atención y cuidado del mismo.
- Vigilancia continua y supervisión del paciente para implementar las acciones terapéuticas necesarias.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

ACTIVIDADES

- Corroborar la fecha de caducidad en el envase del fármaco y eliminar los no utilizados o caducados, de acuerdo a la normatividad de cada institución.
- Etiquetar correctamente los medicamentos antes de ser ministrados.
- Valorar los signos vitales y los valores de laboratorio antes de la administración de los medicamentos.
- Ayudar y asesorar al paciente a tomar la medicación.
- Seguir los cinco principios de administración de la medicación.
- Preparar los medicamentos utilizando el equipo, técnicas y lugar correcto designado, acorde a la normatividad de cada institución de salud.
- Valorar los factores que puedan impedir al paciente la administración de los fármacos tal como se han prescrito.
- Informar al paciente y a la familia acerca de las acciones esperadas de la medicación así como de posibles efectos adversos.
- Explicar al paciente el objetivo de la medicación por el método prescrito, asegurándose de que el paciente lo comprenda.
- Administrar la medicación con la técnica y vía correcta (consultar las diversas vías de administración, de acuerdo a la prescripción).
- En caso de los narcóticos y otros fármacos restringidos, seguir protocolo acorde a normatividad institucional.
- Verificar si existen posibles alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos, así como si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones en el paciente por los medicamentos administrados.
- Observar los efectos y respuesta terapéutica de la medicación en el paciente.
- Desarrollar estrategias de cuidado para controlar efectos secundarios de los fármacos (úlceras gástricas, hiperémesis, pirosis, náuseas, etc.).
- Coordinarse con el médico tratante para los cambios de la medicación de acuerdo a la respuesta terapéutica del paciente, si fuera necesario.
- Registrar en el formato de registros clínicos de enfermería la administración, cambio o respuesta que presente el paciente acorde a la NOM – 168 SSA – 1998 de los registros clínicos.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR INHALACIÓN.

ACTIVIDADES

- Valorar la habilidad del paciente para utilizar el inhalador, tomando en cuenta la edad, estado de salud, capacidad cognitiva, etc.
- Enseñar al paciente el uso del inhalador, si fuera necesario.
- Solicitar al paciente, incline la cabeza ligeramente hacia atrás y pedirle que aspire.
- Ayudar al paciente a colocarse el inhalador en la boca o la nariz.
- Pedir al el paciente respire lenta y profundamente, con una breve pausa al final y una espiración pasiva mientras utiliza el nebulizador.
- Observar las respiraciones del paciente y realizar la auscultación pulmonar, según sea conveniente.
- Enseñar y retroalimentar la técnica de autoadministración, si es conveniente.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRADÉRMICA

ACTIVIDADES

- Elegir la aguja y la jeringa correcta según el tipo de inyección.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.
- Elegir el lugar de inyección y examinar que en la piel no haya contusiones, edemas, lesiones o decoloraciones.
- Realizar la antisepsia con una torunda alcoholada, siguiendo los principios.
- Introducir la aguja a un ángulo de entre 5 y 15°.
- Inyectar la medicación mientras se observa si se presentan pequeñas ampollas en la superficie de la piel.
- Marcar el lugar de inyección y examinarlo pasado un intervalo de tiempo considerable después de la inyección (p. ej; 48-72 horas).
- Anotar la zona y la apariencia de la piel del lugar de la inyección en el formato correspondiente.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR

ACTIVIDADES

- Verificar indicaciones y contraindicaciones de la inyección intramuscular, como: implantes, edema, masas, cicatrices, contusiones, abrasiones, infecciones, entre otros.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolleta, vial o jeringa preparada.
- Elegir el lugar más idóneo para la inyección: deltoides, vasto externo del muslo.
- Elegir la aguja y la jeringa correcta según el tipo de medicamento.
- Administrar la inyección utilizando técnica aséptica y los principios básicos.
- Aspirar antes de inyectar, si no se aspira sangre, inyectar lentamente la medicación, esperar 10 segundos después de inyectar la medicación y entonces retirar suavemente la aguja y soltar la piel. Si se llegase a aspirar sangre retirar la aguja y preparar el medicamento nuevamente.
- Presionar suavemente el sitio de inyección sin masajear.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSO

ACTIVIDADES

- Comprobar posibles incompatibilidades entre fármacos intravenosos para evitar la presencia de algún evento adverso.
- Preparar la concentración correcta de medicación intravenosa de una ampolla o vial.
- Verificar la colocación y permeabilidad del catéter intravenoso.
- Administrar la medicación intravenosa a una velocidad adecuada.
- Controlar el equipo intravenoso, la velocidad de flujo y la solución a intervalos regulares.
- Vigilar si se produce infiltración y flebitis en el lugar de infusión.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN NASAL

ACTIVIDADES

- Enseñar al paciente a limpiar las fosas nasales con suavidad antes de administrar la medicación nasal, a menos que este contraindicado.
- Ayudar al paciente a colocarse en posición supina y acomodarle la cabeza para tener expuestos los senos paranasales.
- Enseñar al paciente a respirar por la boca durante la administración de las gotas nasales.
- Colocar el gotero a un centímetro por encima de las fosas nasales e instilar el número de gotas prescrito.
- Dejar al paciente en posición supina durante cinco minutos después de administrar las gotas nasales.
- Recomendar al paciente que no debe limpiar sus fosas nasales durante los minutos posteriores a la administración.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN OFTÁLMICA

ACTIVIDADES

- Colocar al paciente en posición supina con el cuello ligeramente estirado y pedirle que mire hacia el techo.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival utilizando técnica aséptica.
- Ejercer una suave presión en el conducto nasolagrimal si la medicación tiene efectos sistémicos.
- Enseñar al paciente a cerrar los ojos suavemente para ayudar a distribuir la medicación.
- Enseñar y retroalimentar la demostración de la técnica de autoadministración, si es conveniente.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL

ACTIVIDADES

- Verificar la existencia de alguna contraindicación para la medicación oral por ej; dificultad para deglutir, náuseas, vómito, inflamación intestinal, peristaltismo disminuido, cirugía gastrointestinal reciente, disminución del nivel de conciencia, etc.).
- Mezclar los medicamentos de mal sabor con la comida o líquidos, si fuera necesario y permitido.
- Cuando se trate de medicación sublingual colocarla debajo de la lengua del paciente e indicarle que no debe deglutir la pastilla y permanecer con él hasta que se disuelva.
- Observar si presenta riesgo de posible aspiración.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ÓTICA

ACTIVIDADES

- Colocar al paciente en decúbito lateral exponiendo el oído que se medicara hacia arriba o sentarlo en una silla.
- Poner recto el canal auditivo tirando el pabellón auricular hacia abajo y hacia atrás en niños o hacia arriba y hacia atrás en adultos.
- Instilar la medicación sujetando el cuentagotas a un centímetro de distancia del canal auditivo.
- Indicarle al paciente que debe permanecer en la misma posición entre cinco y 10 minutos.
- Realizar una suave presión o masajear el oído con el dedo.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN RECTAL

ACTIVIDADES

- Valorar si se presentan señales o síntomas de alteraciones gastrointestinales por ej; estreñimiento, diarrea, sangrado, cirugía rectal, u otros.
- Valorar las condiciones del paciente para retener el supositorio.
- Ayudar a l paciente a colocarse en posición de sims, colocándolo del lado izquierdo con la parte superior de la pierna flexionada hacia arriba.
- Colocarse el guante de la mano dominante, lubricar el dedo índice y el extremo redondeado del supositorio.
- Enseñar al paciente a realizar respiraciones lentas y profundas a través de la boca para relajar el esfínter anal.
- Introducir suavemente el supositorio en el ano, más allá del esfínter anal interno y contra la pared rectal.
- Recomendar al paciente permanecer horizontal o de lado durante cinco minutos.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN SUBCUTÁNEA

ACTIVIDADES

- Elegir la aguja y la jeringa correctas para la medicación del paciente.
- Preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial.
- Elegir el lugar de inyección que puede ser el tercio medio de la cara externa del muslo, tercio medio de la cara externa del brazo, abdomen o zona escapular de la espalda.
- Palpar el lugar de inyección seleccionado, valorar si hay edemas, masas o si encuentra blando; evitar zonas con cicatrices, contusiones, fibrosis, abrasiones o infecciones.
- Administrar la inyección utilizando técnica aséptica y los principios básicos.
- Introducir la aguja en un ángulo de 45 y 90ª en función del tamaño del paciente.
- Después de la medicación, aplicar una presión suave en el sitio, evitar masajearlo.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN TÓPICA

ACTIVIDADES

- Valorar y determinar las condiciones de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
- Tomar la cantidad correcta de medicación tópica que se aplicará en la zona del cuerpo.
- Aplicar el fármaco tópico acorde a prescripción.
- Aplicar parches transdérmicos y medicaciones tópicas prescritas en zonas de la piel sin vellos, según sea conveniente.
- Alternar los sitios de aplicación de las medicaciones sistémicas tópicas.
- Controlar y registrar si se producen efectos locales, sistémicos y adversos a la medicación.

INTERVENCIONES (NIC): ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ENTERAL

ACTIVIDADES

- Explicar al paciente el objetivo de la medicación por el método prescrito que puede ser por sonda nasogástrica, orogástrica o de gastrostomía).
- Preparar la medicación, por ej; triturado o mezclado con líquidos, si fuera necesario.
- Antes de administrar el medicamento, colocar al paciente en posición semifowler, si no está contraindicado.
- Comprobar la colocación del tubo mediante la aspiración del contenido gastrointestinal.
- Lavar la sonda con la cantidad correspondiente de agua.
- Extraer el émbolo de la jeringa y poner la medicación en la jeringa.
- Administrar la medicación permitiendo que fluya libremente desde el cilindro de la jeringa, utilizando el émbolo solo cuando sea necesario para facilitar el flujo.
- Limpiar la sonda con una pequeña cantidad de agua, después de administrar la medicación.

PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA: ATENCIÓN BÁSICA AL PACIENTE HOSPITALIZADO

Dominio: 4 actividad / reposo

Clase: 5 autocuidados

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA (NANDA)

Etiqueta (problema) (P)

Déficit de autocuidado: baño / higiene

Factores relacionados (causas) (E)

Disminución de la tolerancia a la actividad y sensorial o perceptiva, dolor, limitación del movimiento, etc.

Características definitorias (signos y síntomas)

Incapacidad para la higiene / baño y aseo personal, incomodidad, insatisfacción, mal aspecto, verbalización o expresión verbal del paciente, etc.

RESULTADO (NOC)	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	PUNTUACIÓN DIANA
Realiza autocuidado de baño.	<ul style="list-style-type: none"> - Se baña en la regadera. - Se lava la parte superior e inferior del cuerpo. - Se lava la zona perianal - Seca su cuerpo. 	1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido	Cada indicador tendrá una puntuación correspondiente a la valoración inicial, basada en la escala de medición que sirve para evaluar el resultado esperado. El objeto de las intervenciones es <u>mantener</u> la puntuación e idealmente <u>aumentarla</u> . <u>Ambos puntajes solo pueden ser determinados en la atención individualizada a la persona, familia o comunidad expresada en los registros clínicos de enfermería.</u>
Realiza autocuidado de higiene.	<ul style="list-style-type: none"> - Se lava las manos. - Mantiene higiene corporal y del cabello. - Mantiene una apariencia pulcra. 		

INTERVENCIONES (NIC): AYUDA AL AUTOCUIDADO

ACTIVIDADES

- Comprobar la capacidad del paciente para ejercer autocuidados independientes.
- Observar la necesidad que presenta el paciente para realizar las actividades de higiene personal, como el vestido, arreglo personal y el aseo.
- Ayudar al paciente a aceptar las necesidades de dependencia.
- Considerar la edad del paciente al promover las actividades de autocuidado.
- Establecer una rutina de actividades de autocuidados.
- Proporcionar la ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los cuidados.
- Animarlo a que sea independiente destacando sus atribuciones y capacidades.
- Facilitarle los medios y los recursos para que él realice su autocuidado.
- Enseñar a los padres a fomentar la independencia e intervenir solamente cuando el paciente no pueda realizar las acciones.

INTERVENCIONES (NIC): AYUDA CON LOS AUTOCUIDADOS: BAÑO / HIGIENE

ACTIVIDADES

- Proporcionar los objetos personales deseados necesarios cerca de cama o en el baño, como: desodorante, cepillo de dientes, jabón de baño, toallas, equipo de afeitado y demás accesorios
- Proporcionar ayuda hasta que el paciente sea totalmente capaz de asumir los autocuidados.
- Dar las facilidades para que el paciente se bañe él mismo o ayudar con el baño en silla, bañera, baño de pie o baño de asiento, si lo desea.
- Facilitar y ayudar a que el paciente se cepille los dientes.
- Comprobar o ayudar a realizar la limpieza de uñas considerando la capacidad de autocuidado del paciente.
- Fomentar la participación de los familiares a la hora del baño.
- Inspeccionar el estado de la piel durante el baño.
- Ayudar a lavar el cabello y a afeitarse si es necesario.
- Ayudar con el cuidado perianal si es necesario.
- Permitir el uso de perfume o desodorante para la comodidad del paciente.
- Mantener la piel lubricada e hidratada.
- Aplicar ungüentos y crema hidratante en las zonas de piel seca.
- Enseñar al paciente o familiares la rutina de aseo si fuera necesario.
- Proporcionar dispositivos de ayuda como: andadera, bastón u otros.
- Disponer de la intimidad durante la eliminación.
- Favorecer el lavado de manos antes y después de ir al baño y de cada comida.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ELECTRÓNICAS:

1. NANDA I, Diagnósticos Enfermeros: Definiciones y clasificación 2007-2008. Editorial Elsevier. Madrid España 2008
2. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Clasificación de los resultados de enfermería (NOC) 3ª. Edición. Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005
3. McCloskey D, J., Bulechek G.M., Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC) 4ª. Edición, Editorial Elsevier- Mosby . Madrid España 2005.
4. Kozier B. Fundamentos de enfermería Vol. 1. 5ª ed. México D.F: MC Graw Hill Interamericana, 1999.
5. Barrera S. Fundamentos de enfermería. 3ª ed. México D.F. El Manual Moderno. 221 p.
6. Dugas Witter B. Tratado de enfermería práctica, 4ta ed, México D.F: Interamericana; 508-525 pp.
7. Blasco P. Mariño E. Aznar M. Pol E. Desarrollo de un método observacional prospectivo de estudio de errores de medicación para su aplicación en hospitales. Proyecto de investigación SEFH. En prensa.
8. MC. Van Barbará. Referencias Farmacéuticas. México D.F. El manual Moderno; 1995.
10. Velázquez P. Farmacología básica clínica. 17ª ed. Buenos Aires: Panamericana; 2005. 250 pp
11. Barrera Rosales S. Fundamentos de Enfermería. 3ªed. México D.F: El manual Moderno. 221 PP.

PARTICIPANTES:

Coordinación del proyecto:

Mtra. Juana Jiménez Sánchez.- Dirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.
Mtra. María Elena Galindo Becerra.- Subdirección de Enfermería de la DGCES de la Secretaría de Salud, Comisión Permanente de Enfermería.
Lic. Enf. María de Jesús Posos González.- Coordinación Normativa de la Dirección de Enfermería de la DGCES

Elaboró:

Mtro. Juan Gabriel Rivas Espinosa. Facultad de Estudios Superiores Plantel Zaragoza UNAM.