



HOSPITAL SANTA ROSA

GUÍAS DE ATENCIÓN

DE ENFERMERÍA

EN EL

SERVICIO DE CUIDADOS CRITICOS

2009

INDICE

	Pág.
INTRODUCCION	03
- GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA.....	04
- GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.....	08
GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA.....	14
- GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SINDROME INFARTO MIOCARDIO AGUDO.....	20
- GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON NEUMONIA.....	28
- GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO.....	33
- GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON SHOCK HIPOVOLEMICO.....	44

INTRODUCCIÓN

Durante los años de trabajo en la unidad los cambios y mejoras se han dado en la parte tecnológica de recursos humanos, mas no en el ordenamiento de los lineamientos de trabajo.

Uno de los indicadores de evaluación de la calidad de los cuidados críticos es contar con las Guías de consulta para los cuidados de enfermería de las patologías mas comunes.

La ejecución y aplicación de las Guías de Atención y de los cuidados de enfermería es una actividad continua, como es continuo el avance del conocimiento y experiencia en nuestra práctica habitual.

Así lo entiende la enfermera de nuestro Servicio, es por ello que se ha realizado de forma consensuada como referencia de la mejor práctica que hoy por hoy se están aplicando, las guías como consulta de los cuidados de enfermería, considerando que esto repercutirá en la mejor calidad de atención de nuestro paciente critico.

GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

I. DEFINICIÓN:

Es la incapacidad del corazón para proporcionar un gasto cardiaco suficiente para cubrir las necesidades metabólicas del cuerpo.

II. OBJETIVO:

- 1.- Mejorar el reposo para aminorar la carga del trabajo del corazón.
- 2.- Mejorar la fuerza y eficacia de la contracción del miocardio mediante la administración de fármacos.
- 3.- Eliminar el exceso volumétrico (tratamiento – dieta).

III. RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera
- Técnico en enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES

A.- Equipos.

- Monitor multiparámetros
- Bombas infusoras
- Bomba para nutrición enteral
- Electrocardiógrafo
- Desfibrilador

B.- Materiales

- Coche de paro
- Coche de curaciones
- Set de líneas para monitoreo invasivo
- Jeringas
- Soluciones coloides y cristaloides

V. INDICACIONES.

- Insuficiencia cardiaca congestiva

- Shock cardiogènico
- HTA

VI. CONTRAINDICACIONES / COMPLICACIONES

- Edema pulmonar

DIAGNÒSTCO	OBJETIVO	INTERVENCIÒN	HORA	RESULTADOS
Disminución del gasto cardiaco RC disminución de las propiedades contráctiles del corazón EV por taquicardia, disnea, incremento de la PA, Sat.O2 disminuido, fatiga, edema, ingurgitación yugular, EKG alterado.	Paciente mejorará / mantendrá un gasto cardiaco adecuado,	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo de funciones vitales - Asistencia en la colocación de CVC, línea arterial y Swan Ganz. - Administración de oxígeno complementario. - Administración de vasodilatadores e inotrópicos - Control de AGA - Exámenes de laboratorio: G-U-C, E+, enzimas cardíacas. - Rx de tórax - EKG 		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente con PA de 120-80 mmHg. - Paciente con FR de 16-20 x!. - Paciente con ausencia de disnea - Paciente con ausencia de ingurgitación yugular. - EKG normal.
Desequilibrio hidroelectrolítico RC falla de bomba EV por edema, crépitos, disnea, disminución de la SatO2, ansiedad, E+ alterados.	Paciente mejorará / mantendrá el equilibrio hidroelectrolítico.	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de sonda Fowley - Control de diuresis horaria - Mantener un BH- - Vigilar volúmenes restringidos para los tratamientos 		<ul style="list-style-type: none"> - Pacientes in edemas, sin crépitos. - Paciente con FR de 16-20 x!. - Paciente SatO2 mayor de 90

		<ul style="list-style-type: none"> - Valorar la dieta. - Vigilar los edemas. - Administración de diuréticos. - Exámenes de laboratorio. - Control de Rx. 		<p>mmHg</p> <ul style="list-style-type: none"> - Na y K normales.
<p>Intolerancia a la actividad RC desequilibrio entre el aporte y demanda de oxígeno EV por polipnea, taquicardia, fatiga.</p>	<p>Paciente presentará tolerancia a la actividad física mínima.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener al paciente en posición semifowler - Valorar patrón respiratorio. - Auscultar los pulmones para detectar estertores y sibilantes. - Administrar apoyo oxigenatorio de acuerdo a SatO₂. - Movilización pasiva. 		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente tolera la movilización mínima - Paciente con FR de 16-20 x! - Paciente mantiene SatO₂ mayor de 90mmHg.

GUIA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR

I. DEFINICIÓN:

Denominado ICTUS. El ACV o apoplejía a la lesión neurológica aguda que se produce como consecuencia de los procesos patológicos que afectan a los vasos sanguíneos.

Clasificación:

El ACV se clasifica en dos grupos: isquémico y hemorrágico, que a su vez se dividen en varios subgrupos. Dentro del ICTUS isquémico se encuentra el accidente isquémico transitorio (AIT) y el infarto cerebral.

II. OBJETIVO:

- 1.- Valorar frecuentemente el estado general de paciente, tanto en el aspecto neurológico (Glasgow), físico y psicológico.
- 2.- Contribuir con el restablecimiento de las funciones neuromusculares del paciente.
- 3.- Evitar posibles complicaciones en el proceso de la enfermedad.

III. RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera
- Técnico en enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES

A.- Equipos.

- Monitor multiparámetros
- Bombas infusoras
- Bomba para nutrición enteral
- Linterna
- Martillo percusor
- Cama especializada
- Aspirador de secreciones
- Desfibrilador
- Ventilador mecánico (si fuera necesario)

B.- Materiales

- Coche de paro
- Cinta métrica
- Equipo para intubación
- Tubo de Mayo
- Útiles de aseo personal

V.- INDICACIONES.

- Pacientes con ACV
- Pacientes con neuropatías

VI.- CONTRAINDICACIONES / COMPLICACIONES

- Neumonía espirativa
- Úlceras por presión
- Desnutrición

DIAGNÒSTCO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	HORA	RESULTADOS
Alteración de la perfusión tisular cerebral RC insuficiencia del flujo sanguíneo cerebral, edema, isquemia EV por escala de Glasgow menor de 13 pts. Cambios comporta mentales, cambios en la reacción pupilar, Cambios en la T° corporal.	Paciente mejorará / mantendrá buena perfusión tisular cerebral.	<ul style="list-style-type: none"> - Vigilancia neurológica. - Monitoreo de funciones vitales - Asistencia en la colocación de CVC, línea arterial. - Administración de oxígeno complementario. - Administración de anticonvulsivantes, vasodilatadores, sedantes, soluciones hiperosmolares - Mantener l cabecera en < 30^a - Colocación de sonda fowley preparación para control de TAC		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente queda con buena perfusión tisular cerebral. - Paciente con escala de Glasgow > 13 pto!. - Pupilas isocóricas reactivas a la luz - Paciente tranquilo - EKG normal. - T° DE 36.6° C. - PAM mayor de 90 mmHg
Patrón respiratorio ineficaz RC disfunción neuromuscular EV por alteración en la profundidad respiratoria, disnea, aleteo nasal, taquipnea, uso de	Paciente mejorará / mantendrá un patrón respiratorio adecuado.	<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo de funciones vitales. - Control de AGA. - Mantener la cabecera en < 30°. - Conducta expectante para intubación 		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente con FR de 16-20 x!. - Paciente sin disnea. - Paciente sin aleteo nasal. - Paciente SatO2

músculos accesorios. Disminución de saturación		<ul style="list-style-type: none"> - Equipo para intubación operativo. (Coche de paro). - ventilador mecánico 		mayor de 90 mmHg
Limpieza ineficaz de la vía aérea RC aumento y acumulación de secreciones EV por crépitos, sibilancias, AGA alterado, Rx tórax con infiltrado.	Paciente mejorará / mantendrá la vía aérea permeable.	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener la cama en < de 30° para facilitar la respiración - Valorar patrón respiratorio. - Administrar O2 según requerimiento - Adm. nebulizaciones con suero fisiológico y agregados de acuerdo a indicación médica.. - Administrar Xilocaina al 2% s/e 3cc antes de c/aspiración - Aspiración de secreciones de acuerdo a demanda - Control de SatO2 Y AGA - Control de Rx de tórax. 		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente mantiene la vía aérea permeable con SatO2 > 90mmHg - Paciente con FR de 16-20 x! - Ausencia de crépitos y sibilancias - AGA normal - Rx de tórax con menos infiltrados.

<p>Riesgo de alteración del estado nutricional por defecto R/C limitación de la deglución e ingesta.</p>	<p>Paciente mantendrá un adecuado estado nutricional</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Colocación de sonda oro gástrica - Coordinar con el servicio de nutrición - Adm. nutrición continúa por SOG según prescripción médica. - Control de residuo gástrico, si es igual o > a 100cc suspender. - Control de proteínas y albúmina. 		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente tolera la dieta. - Paciente mantiene hidratación y turgencia de la piel. - Paciente no presenta residuo gástrico
<p>Riesgo de la alteración de la integridad cutánea RC disminución de la movilidad Valoración y aplicación de la escala de Norton.</p>	<p>Paciente se mantendrá con la piel íntegra.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Baño diario del paciente. - Evitar arrugas en las sábanas - Adm. ejercicios pasivos - Aplicar cremas hidratantes y humectantes sobre la piel. - Colocar aditamentos en las prominencias óseas - Adm. masoterapia. - Revaloración de la escala de Norton. 		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente queda con piel lubricada e íntegra, sin zonas de presión.

<p>Riesgo de alteración en el patrón de eliminación intestinal por defecto RC inmovilidad y restricción hídrica</p>	<p>Paciente no presentará estreñimiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Registrar por turno si el paciente ha defecado (número y características) - Revisar el aporte hídrico - Adm. dieta rica en fibra. - Administración de ablandadores fecales según indicación médica. 		<ul style="list-style-type: none"> - Paciente realizo evacuación intestinal normal.
---	--	--	--	--

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME DE DIFICULTAD RESPIRATORIA AGUDA

I. DEFINICION:

Es un trastorno que se caracteriza por una insuficiencia respiratoria aguda hipoxémica debida al edema pulmonar causado por el aumento en la permeabilidad de la barrera alveolocapilar constituye la manifestación más grave de una serie de respuestas al daño pulmonar agudo; estas respuestas traducen las complicaciones de una reacción sistémica más extensa a la inflamación o agresión agudas.

II. OBJETIVO:

- Mantener vías aéreas permeables.
- Favorecer el intercambio gaseoso.

III. RECURSOS HUMANOS:

Personal de Enfermería, (enfermera y técnico), técnico de radiología.

IV. RECURSOS MATERIALES:

- Monitor cardiaco
- Camilla
- porta sueros
- bombas de infusión parenteral,
- set de CVC,
- ropa estéril
- soluciones (cristaloides y coloides)
- buretas,
- equipo de venoclisis,
- broncodilatadores
- inhaladores,
- antibióticos,
- sedantes y analgésicos,
- jeringas descartables de diferentes medidas
- ventilador mecánico,
- filtro intercambiador calor humedad HME,
- frascos estériles para muestras
- medios para hemocultivos,
- sondas de aspiración,
- frascos de agua destilada,
- gasas estériles,
- guantes estériles,
- guantes no estériles,
- mandilones y mascarillas,
- Hoja de registro de enfermería.

V. INDICACIONES:

Esta guía esta indicada para uso con pacientes con SDRA, IRA I ó II.

Complicaciones:

- Agudas:
 - Ruptura alveolar (neumotórax, neumomediastino, enfisema intersticial)
 - Infección sobreagregada
 - Hemorragia pulmonar.
 - Hemorragia intracraneana
- Crónicas:
 - Displasia broncopulmonar

VI. PERSONA RESPONSABLE:

Enfermera especialista asistencial.

Diagnóstico de Enfermería	Objetivos	Intervenciones de Enfermería	Hora	Resultado esperado
1. Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio de la ventilación perfusión, aumento de la permeabilidad, membranocapilar pulmonar, cortocircuito intrapulmonar evidenciado por satO2 <90%, valores de gases arteriales alterados pH <7.35 ó >7.45, pO2<70mmHg, pCO2>45mmHg HCO3 <22 ó >26mmHg, PaFi<300, diaforesis, cianosis distal, llenado capilar>2", alteración del estado de conciencia.	El paciente presentará un adecuado intercambio gaseoso.	<ul style="list-style-type: none"> -Monitorizar horariamente parámetros ventilatorios. -Realice controles gasométricos cada 6 a 12 h previa coordinación con el médico. -Observe la dinámica ventilatoria. -Brinde cuidados de TET según protocolo. -Valore signos de discordinación paciente VM. -Ausculte ACP en busca de ruidos adventicios. -Inicie sedoanalgesia según lo prescrito por el médico intensivista. 		-El paciente presenta una adecuada dinámica ventilatoria y un adecuado intercambio gaseoso evidenciado con una FR entre 16-20, pH 7.35 – 7.45 pO2 70 -100mmHg, pCO2 35 -45 mmHg, satO2>90%, PaFi > 300.
2. Limpieza ineficaz de las vías aéreas r/c presencia de TET, reflejo tusígeno disminuído por efecto de sedoanalgesia evidenciado por la presencia de secreciones, taquipnea,	El paciente presentará una vía aérea permeable.	<ul style="list-style-type: none"> -Aspire secreciones de TET y boca según protocolo. -Realice cambios posturales para facilitar el drenaje de secreciones. -Vigile la humidificación de las vías aéreas. -Realice terapia respiratoria. 		El paciente presenta una vía aérea permeable evidencia FR entre 16 – 20, pPico< 40, satO2>90%.

presión pico>40, taquicardia, satO2<90%.		-Notifique y registre características de secreciones. -Tome muestra de secreción bronquial previa coordinación con el médico.		
3. Alteración de la perfusión tisular pulmonar r/c aumento de la postcarga, aumento de la resistencia vascular pulmonar por la hipertensión pulmonar evidenciado por taquicardia, hipotensión arterial, hipotermia, edema, llenado capilar >2".	El paciente mantendrá una adecuada perfusión tisular pulmonar.	-Realice monitoreo hemodinámico a horario. -Monitoree PAM con línea arterial. -Monitoree el trazado de EKG. -Mantenga al paciente en posición semifowler. -Controle diuresis por hora. -Procure balance hídrico negativo. -Mantenga temperatura corporal entre 36 -37°. -Evalúe llenado capilar.		El paciente presenta una adecuada perfusión tisular evidenciado por PAM>70mmHg, PVC 8 -12, BH (-), T° entre 36 – 37, llenado capilar <2".
4. Desequilibrio nutricional por defecto r/c NPO, hipercatabolismo por stress, motilidad intestinal alterada evidenciado por RHA disminuídos.	El paciente mantendrá su peso corporal.	-Valore estado nutricional. -Ausculte ruidos hidroaéreos. -Controle residuo gástrico. Realice gestión nutricional. -Administre la dieta indicada por el médico intensivista. -Evalúe signos de desnutrición y comunique al médico tratante.		El paciente tolera dieta y mantiene su peso.
5. Ansiedad r/c pérdida de la integridad biológica,	El paciente disminuirá su	-Brinde apoyo psicológico informando al paciente de su		El paciente se mostrará tranquilo y

psicológica y social evidenciado por disnea, inquietud.	nivel de ansiedad.	ubicación en la unidad, su estado de salud y brinde seguridad psicológica. -Facilite la visita de familiares que le brinden apoyo psicológico.		colaborador con su tratamiento.
6. Duelo anticipado r/c estado de salud crítico de paciente, peligro de muerte de familiar evidenciado por llanto, expresiones de sufrimiento de familiares, ansiedad.	La familia controlará su nivel de ansiedad.	-Brinde apoyo psicológico a la familia. -Conforte a la familia. -Facilitar acceso a la información por parte del médico. -Solicitar n° telefónico de familiares.		La familia se muestra tranquila.
7. Alto riesgo de lesión (barotrauma) r/c peep alto.	El paciente no presentará signos de barotrauma.	-Movilice al paciente sólo lo estrictamente necesario. -Inicie sedoanalgesia y relajación según indicación del médico. -Coloque sonda de aspiración de circuito cerrado. -Realice control de gases arteriales. -Coordine control radiográfico.		El paciente no presenta signos de barotrauma ni alteración pulmonar según Rx.
8. Riesgo de deterioro de la integridad cutánea r/c inmovilización por efecto de la sedoanalgesia, postración.	El paciente mantendrá la piel.	-Valore estado de la piel. -Proteja prominencias óseas. -Realice cambio postural según tolerancia. -Brinde cuidados de la piel. -Realice terapia con ejercicios pasivos para la movilidad articular.		El paciente presenta la piel íntegra libre de escaras.

VII. BIBLIOGRAFÍA:

Urden Linda, Lough Mary, Stacy Kathleen CUIDADOS INTENSIVOS EN ENFERMERIA Edit. Harcourt OCEANO. España, 2003.

http://apuntesenfermeria2.iespana.es/2005_b/Apuntes_SindromedeDistresRespiratorioagudo.ppt

www.intox.org/databank/documents/treat/treats/trt05_s.htm Dr. A. Jaeger, Director, Service de Reanimation Medicale et Centre Anti-Poisons, Hospital Civil de Strasbourg, Straasbourg, France.

<http://db.doyma.es/cgi->

[in/wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13088697](http://wdbcgi.exe/doyma/mrevista.fulltext?pidet=13088697)

<http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articulos/1112/1/Insuficiencia-Respiratoria-Sindrome-Distress-Respiratorio-del-Adulto-SDRA-Apuntes-de-Neumologia-Apuntes-de-Medicina.html>

NANDA INTERNACIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2007 – 2008 Edit. Elsier España 2007.

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SINDROME CORONARIO AGUDO: INFARTO MIOCARDIO AGUDO

I. DEFINICION:

Es el desequilibrio entre el aporte y la demanda de O₂ del miocardio, que se produce en forma brusca y por disminución o interrupción del flujo coronario, puede ser ANGOR (Angina de pecho) o I.M.A. (Infarto Agudo de Miocardio)

El IMA se debe a la obstrucción total de alguna de las arterias coronarias o sus ramas. Si no se actúa inmediatamente, el territorio del miocardio que no es irrigado, puede sufrir necrosis lo que impedirá un buen funcionamiento del músculo cardíaco, si no se ha producido la muerte.

II. OBJETIVOS:

- Identificar las manifestaciones clínicas de enfermedades cardiovasculares
- Explicar el tratamiento de enfermedades cardiovasculares.
- Priorizar las intervenciones de enfermería para tratar a los pacientes con enfermedades cardiovasculares.

III. RECURSOS HUMANOS: Enfermera y Técnica de enfermería.

IV. RECURSOS MATERIALES:

- Monitor Cardíaco.
- Electrodo para monitoreo.
- Estetoscopio.
- Desfibrilador, gel.
- Coche de paro (con stock de medicamentos – amiodarona, dobutamina, nitroglicerina, epinefrina, xilocaína, dinitrato de isosorbida, morfina, norepinefrina, alteplase, etc.)
- Sets de líneas endovenosas para infusiones
- Oxímetro de pulso
- Equipo de intubación
- Aspirador
- Bombas de infusión.

V. INDICACIONES:

Pacientes con Dolor torácico de perfil coronario, de comienzo brusco, en reposo o desencadenado por esfuerzo físico o estrés emocional, que dura varios minutos, mas de 20 sin ceder con reposo o nitritos en la angina prolongada o IMA. Puede asociarse a síntomas como náuseas, vómitos, diaforesis, disnea, sensación de muerte, etc.

VI. CONTRAINDICACIONES/COMPLICACIONES:

Paro cardiorrespiratorio, lesión celular

VII. BIBLIOGRAFIA

“Cuidados Intensivos en Enfermería” - Urden, Lough y Stacy
Ed. Océano- Año 2003.

Dirección Internet:

http://www.fuden.es/FICHEROS_ADMINISTRADOR/PROTOCOLO/protocolo%2010.pdf

<http://www.fac.org.ar/scvc/llave/guiafac/bono2/gurfinke.htm>

<http://www.blog-medico.com.ar/noticias-medicina/sindrome-coronario-agudo.htm>

DIAGNÒSTCO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	HORA	RESULTADOS
<p>Dolor Agudo R/C isquemia cardiaca, disbalance en el aporte y la demanda de O2 del miocardio. Evidenciado por: -Fascie de dolor -Escala 8/10 -FR=24 por minuto -Ansiedad -Referencia:"Me muero" -PA=80/50mmHg -FC=56 por minuto</p>	<p>Paciente referirá disminución del dolor .</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Control de Funciones Vitales -Posición antálgica. -Administración de Morfina indicada por médico: 2,5 a 5 mg EV stat y valorar efecto luego de 15 minutos. - Monitorear FC y PA por efecto de opioide. -Administre O2 con CBN o mascarilla. -Control de pulsioximetría. -Toma de EKG 12 derivaciones -Identifique cambios electrocardiográficos y notifique. -Registro detallado de episodio de dolor: <ul style="list-style-type: none"> -Duración -Localización -Profundidad -Frecuencia -Intensidad -Tipo -Preparar insumos para realización de trombolisis según protocolo. 		<p>Disminución dolor, escala 0/10. -Paciente manifiesta que dolor se redujo a un límite tolerable o desapareció. -PA, FR y FC retornan a límites basales: PA sist. 90 y 120 mmHg PA diast. 60 y 90 mmHg FR entre 16 y 20 por minuto FC entre 60 y 90 por minuto</p>

DIAGNÒSTCO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	HORA	RESULTADOS
<p>Dolor Agudo R/C isquemia cardiaca, disbalance en el aporte y la demanda de O2 del miocardio. Evidenciado por: -Fascie de dolor -Escala 8/10 -FR=24 por minuto -Ansiedad -Referencia:"Me muero" -PA=80/50mmHg -FC=56 por minuto</p>	<p>Paciente referirá disminución del dolor .</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Control de Funciones Vitales -Posición antálgica. -Administración de Morfina indicada por médico: 2,5 a 5 mg EV stat y valorar efecto luego de 15 minutos. - Monitorear FC y PA por efecto de opioide. -Administre O2 con CBN o mascarilla. -Control de pulsioximetría. -Toma de EKG 12 derivaciones -Identifique cambios electrocardiográficos y notifique. -Registro detallado de episodio de dolor: <ul style="list-style-type: none"> -Duración -Localización -Profundidad -Frecuencia -Intensidad -Tipo -Preparar insumos para realización de trombolisis según protocolo. 		<p>Disminución dolor, escala 0/10. -Paciente manifiesta que dolor se redujo a un límite tolerable o desapareció. -PA, FR y FC retornan a límites basales: PA sist. 90 y 120 mmHg PA diast. 60 y 90 mmHg FR entre 16 y 20 por minuto FC entre 60 y 90 por minuto</p>

DIAGNÒSTCO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	HORA	RESULTADOS
<p>Alteración de la perfusión tisular cardiopulmonar R/C isquemia del miocardio. Evidenciado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - CPK elevado > de 1200 U/ml --Valor de Troponina > 0.01 ng/ml -Diuresis menor a 30cc/hora -Taquipnea. -alteración del estado de conciencia -llenado capilar mayor a 2" -arritmia 	<p>Paciente mantendrá una perfusión hística adecuada.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Monitoreo de Funciones Vitales: PA, FC, FR, T°, PAM cada 15', luego c/2h. -colocar 2 vías EV, en un mismo brazo. -Toma de EKG de ingreso y según protocolo. - Monitoreo de diuresis horario. - realizar BHE -Coordinar Rx tórax portátil. -Coordinar con laboratorio la toma troponina, CPK CKMB, electrolitos, AGA. -Administración de: <ul style="list-style-type: none"> • Aspirina 500 mg masticable • Heparina 5000 UI vía EV bolo • Isorbide 5 mg S/L, luego 5 mg más a los 10' hasta ceder un poco el dolor. • Clopidogrel 300 mg la 1ª toma. • Durante terapia trombolítica: valore PA, FC, FR, PAM y T° 		<p>Paciente conciente:</p> <ul style="list-style-type: none"> -CPK menor de 160 U/ml -Valor CPK-Mb con diferencia entre 5 y 10 microgramos, del anterior. -Valor de Troponina 0,01 ng/ml -Diuresis mayor a 30 cc/hora -Placa de tórax normal. -llenado capilar menor a 2" -FC sinusal, no arritmias. - No sangrado evidente.

		<ul style="list-style-type: none">• Previo toma de perfil de coagulación.• valore signos de sangrado interno y externo.• Tener preparado y equipado el coche de paro, por posible PCR por reperfusión coronario.		
--	--	--	--	--

DIAGNÒSTCO	OBJETIVO	INTERVENCIÒN	HORA	RESULTADOS
<p>Intolerancia a la actividad física R/C disbalance entre oferta y demanda de Oxígeno. Evidenciado por:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Arritmias -Dolor -Taquipnea -Falta de aire -Cansancio 	<p>Paciente presentara tolerancia progresiva a la actividad</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantenga al paciente en reposo absoluto 24 horas.. -Suspenda dieta por 24 horas, luego probar tolerancia oral, - Administrar dieta rica en fibra, hipograsa e hiposódica. -Administrar ablandador de heces. -Mantenga el aporte de O2 suplementario. -Disminuir factores de estrés (no ruidos, luz poco intensa, no carcajadas, etc). 		<p>Restablecimiento de las actividades mínimas, no hay cansancio. No requiere apoyo de oxígeno suplementario. No dolor precordial cuando realiza pequeñas actividades físicas. No arritmias.</p>

DIAGNÒSTCO	OBJETIVO	INTERVENCIÓN	HORA	RESULTADOS
<p>Ansiedad, miedo de Muerte inminente R/C dolor intenso, opresivo, falta de aire. desconocimiento a su enfermedad, -Fascie de incertidumbre. -problemas familiares -problemas económicos -estancia hospitalaria y expresiones verbales de ansiedad.</p>	<p>Paciente referirá, evidenciara sentirse menos ansioso.</p>	<p>-Personal debe identificarse ante el paciente. -Implemente medidas de confort, mantener entorno tranquilo y silencioso, así como técnicas de relajación. -Oriente al paciente en cuanto al entorno y al equipo de la UCI. -Considere la administración de sedantes. -Explique de forma simple sobre los cuidados y procedimientos. -Flexibilizar el horario de visita para visita de familiares. -coordinar con asistente social para ingreso al SIS</p>		<p>Paciente Informado sobre su enfermedad, la importancia del tratamiento, cambios en el estilo de vida(no vida sedentaria, no comidas chatarras, etc) sereno, colaborador con su cuidado. - ingreso al SIS - recibe visita de familiares FC= en valores casi normales. T° = Afebril</p>

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON NEUMONIA

I. DEFINICION

Es la inflamación aguda de los pulmones y/o su parénquima incluyendo alvéolos. Pueden ser causadas por diversos agentes etiológicos:

Se clasifican en el lugar donde se adquiere: neumonía adquirida en la comunidad, neumonía adquirida en el hospital.

II. OBJETIVO

Mantener permeabilidad de las vías aéreas

Mantener adecuado aporte de oxígeno

III. RECURSOS HUMANOS

- Licenciada en Enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES

- Aspirador de secreciones
- Dispositivos para oxigenoterapia
- Dispensador de oxígeno
- Guantes estériles
- Sondas de aspiración
- Material necesario para Ventilación Mecánica

V. INDICACIONES

No aplicable

VI. CONTRAINDICACIONES

- Insuficiencia respiratoria
- Hipoxemia
- Paro cardiorrespiratorio

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambios en la ventilación / perfusión AGA alterado somnolencia. alteraciones neuroconductuales (inquietud, irritabilidad; 0confusión) cianosis, disminución en la saturación de oxígeno, secreciones traqueobronquiales 	<p>Mantener adecuado intercambio gaseoso</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de funciones vitales frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, presión arterial, temperatura. ▪ Administración de oxígeno si saturación es menor a 90% ▪ Si el oxígeno suplementario no es eficaz iniciar ventilación mecánica con PEEP ▪ Posicionar adecuadamente al paciente: Enf. Pulmonar unilateral el pulmón sano mas baja y Enf Pulmonar bilateral colocar pulmón derecho en posición mas alta porque representa un área mayor de V/P ▪ Colaborara con el medico en la administración de: Sedantes Agentes bloqueadores analgésicos 		<p>Frecuencia Cardíaca : 60-80 lat x min Frecuencia Respiratoria: 16 – 20 x min</p> <p>Ph 7.4+-0.4 PO2: 80 – 100% PCO2: 35 – 45 mmhg HCO3 : 22-24 mmol/L</p>

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Limpieza ineficaz de vías aéreas R/C secreciones E/P ruidos respiratorios, expectoración ineficaz, taquicardia y aumento de frecuencia respiratoria. 	<p>Mantener vía aérea permeable.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo de estado de conciencia ▪ Valoración de reflejo tusígeno ▪ Mantener una hidratación adecuada. ▪ Valorara características de secreciones ▪ Verificar sistema de humidificación en oxigenoterapia y ventilador mecánico. ▪ Ayudar a los ejercicios de expectoración ▪ Enseñar a toser al paciente ▪ Colaborar con el medico en la administración de : Broncodilatadores y mucolíticos ▪ Aspiración nasotraqueal ▪ Fisioterapia respiratoria ▪ Toma de muestra de secreción bronquial, BK y AGA ▪ Realizar nebulizaciones según indicación ▪ Realizar BHE 		<p>Paciente mantiene vías aéreas permeables. Pulmones limpios a la auscultación , frecuencia respiratoria normal en cuanto a ritmo y profundidad</p>

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
<p>Incapacidad para mantener la respiración espontánea R/C fatiga de los músculos respiratorios y/o disminución de la expansión pulmonar E/P disnea, falta de aire, uso de músculos accesorios, alteraciones en el AGA, movimientos torácicos asimétricos, patrón respiratorio (hipo ventilación, hiperventilación y taquipnea</p>	<p>Disminuir el trabajo de los músculos respiratorios.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participación en la aplicación de presión de apoyo en el ventilador mecánico, para ayudar a superar el trabajo respiratorio ▪ Control de AGA ▪ Manejo nutricional para evitar el exceso de producción de dióxido de carbono ▪ Vigilar aspectos de comunicación con el paciente ▪ Coordinar acciones con fisioterapeuta. ▪ Manejo del dolor y la ansiedad ▪ Promover el sueño del paciente ▪ Posición semifowler 		<p>Paciente con frecuencia respiratoria de 16 – 20 por minuto, no uso de músculos accesorios, ausencia de disnea, saturación de oxígeno mayor a 94%</p>

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
Interrupción de los Procesos Familiares R/C cambios en el estado de salud en un miembro de la familia E/P preocupación familiar, cambio de roles, falta de apoyo familiar, pronóstico, días de hospitalización.	Mejorar los procesos familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar a la familia sobre estado de salud de paciente. ▪ Fomentar vínculo paciente – familia mediante la facilitación de visitas. ▪ Coordinar con servicio social apoyo para ingreso al SIS. ▪ 		Familiares se tornan más tranquilos y colaboradores paciente manifiesta tener apoyo familiar. Participación activa de familiares en la recuperación de su paciente.

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
Hipertermia R/C enfermedad infecciosa pulmonar E/P temperatura 39°C, taquicardia, hemograma con leucocitosis, piel enrojecida y seca	Disminuir temperatura corporal	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control de temperatura ▪ Aplicación de medios físicos ▪ Administración de antipiréticos ▪ Toma de cultivos ▪ Administración de antibióticos ▪ Vigilar hidratación ▪ Control de hemograma 		Paciente mantiene temperatura corporal norma, frecuencia cardiaca disminuye. piel hidratada.

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SHOCK SEPTICO

I. DEFINICION:

Llamamos shock al síndrome caracterizado por un estado de fallo cardiocirculatorio, debido a una inadecuada perfusión sanguínea a nivel de los distintos tejidos, que ocasiona reducción del flujo de sangre, oxígeno y de nutrientes. Cuando esta reducción es marcada y sostenida, lleva a daño progresivo celular, debido también a la acumulación de metabolitos y productos de excreción, lo cual se traduce finalmente en una alteración metabólica, disfunción, y muerte celular con destrucción de tejidos.

II. Objetivo:

- Mejorar la perfusión tisular, cardiocirculatoria.
- Evitar la alteración metabólica, disfunción y muerte celular.

III. RECURSOS HUMANOS:

Enfermera, personal técnico de enfermería,.

IV. RECURSOS MATERIALES:

- Monitor cardiaco,
- camilla,
- porta sueros,
- bombas de infusión parenteral,
- set de línea arterial,
- set de CVC, ropa estéril,
- soluciones (cristaloides y coloides),
- buretas, equipo de venoclisis,
- inotrópicos,
- antibióticos,
- sedantes, analgésicos,
- bolsa presurizada,
- jeringas,
- ventilador mecánico con filtro bacteriológico,
- filtro HME,

- frascos estériles para muestras,
- medios para hemocultivos,
- sondas de aspiración de circuito cerrado.
- frascos de agua destilada,
- gasas estériles,
- guantes estériles, guantes no estériles,
- mandilones y mascarillas,
- Hoja de registro de enfermería.

V. INDICACIONES:

La guía está indicada para uso con pacientes con sepsis, sepsis severa, shock séptico.

VI. COMPLICACIONES

- insuficiencia respiratoria,
- [insuficiencia cardíaca](#)
- CID (Coagulopatía intravascular diseminada)
- Falla Multiorgánica sistémica

VII. PERSONA RESPONSABLE:

Enfermera Especialista asistencial.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	OBJETIVOS	INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA	Hora	RESULTADO ESPERADO
<p>1. Déficit de volumen de líquidos r/c distribución anormal del volumen intra-Vascular, vaso dilatación vascular periférica ,evidenciado por hipotensión arterial, piel fría, taquicardia, PVC <8 cm de H2O, mucosa oral reseca, oliguria , orina colúrica.</p>	<p>El paciente recuperará el volumen hídrico.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitoreo hemodinámica ▪ Asistir en la colocación CVC, línea arterial, Catéter swan Ganz. ▪ Administre fluidos como coloides y cristaloides. ▪ Controle PVC luego de cada reposición de volumen. ▪ Inicie infusión de inotrópicos indicados. ▪ Titule inotrópicos según PAM. ▪ controle diuresis a horario. ▪ Comprobar pulso y llenado capilar. ▪ Vigile la aparición de edemas. ▪ Reevaluar signos de deshidratación. 		<p>El paciente queda con:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PAM > 60mmHg. ▪ piel tibia. ▪ mucosa oral húmeda. ▪ flujo urinario >0.5/Kg/hora
<p>2. Alteración de la perfusión cardiopulmonar, renal r/c</p>	<p>El paciente mantendrá una</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorice hemodinámica. ▪ Administre fluidos. 		<p>El paciente queda con PAM</p>

Resistencia vascular sistémica disminuida evidenciada por hipotensión arterial, permeabilidad capilar aumentada y pérdida de líquido extravascular, oliguria, diuresis colúrica.	adecuada perfusión tisular cardiopulmonar y renal.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Inicie infusión de drogas Inotrópicas y vasopresoras. ▪ Controle PVC. ▪ Mantenga PAM>60mmHg. ▪ Vigile P/A invasiva. ▪ Vigile diuresis a horario. ▪ Realice BHE. 		<p>>60mmHg, diuresis 30cc/H.</p> <p>No tiene signos de cianosis distal.</p>
3. Patrón respiratorio ineficaz r/c hipo- hiperventilación evidenciado por fatiga de músculos respiratorios, satO2 < 90mmHg.	El paciente mantendrá un patrón respiratorio eficaz.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Monitorice patrón oxigenatorio. ausculte ambos campos pulmonares para verificar presencia de sibilantes, roncales, estridor, broncoespasmo, etc.. ▪ Administrar oxigenoterapia de acuerdo a requerimiento. ▪ Vigile SatO2. ▪ Mantener al paciente posición semifowler ▪ Aspiración de secreciones de 		El paciente queda con SatO2 >90%, frecuencia respiratoria :20, no uso de musculos accesorios, no cianosis, buen llenado capilar.

		<p>acuerdo a requerimiento y según protocolo.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Colaborar en los exámenes de control radiográfico. ▪ Brinde cuidados de TET según protocolo. ▪ Vigile signos de hipoxemia. ▪ Preparar equipo para intubación y VM. ▪ Preparar Coche paro. 		
<p>4. Deterioro del intercambio gaseoso r/c alteración de la V/Q evidenciado por cianosis, gasometría arterial anormal pH < 7.35 o > 7.45, pO₂ < 70, pCO₂ < 35 ó > 45 mmHg, HCO₃ < 22 ó > 26 mmHg, PaFi < 300, satO₂ < 90%.</p>	<p>El paciente mantendrá un adecuado intercambio gaseoso.</p>	<p>Vigile FR, ritmo y profundidad. Control seriado de AGA previa coordinación con el médico. Vigile coloración de la piel. Observe signos de hipoxemia.</p>		<p>Paciente mantiene valores de gases arteriales dentro de los rangos normales pH 7.35 - 7.45, pO₂ > 70 mmHg, pCO₂ 35 - 45 mmHg, HCO₃ 22-</p>

				26 mmHg. SatO2 >90%. No presenta signos de hipoxemia.
5. Gasto cardiaco disminuído r/c alteración del volumen de eyección, VS disminuido evidenciado por taquicardia, aumento o disminución de la PVC oliguria, presencia de crepitantes, llenado capilar >2", pulsos periféricos débiles.	El paciente mantendrá un adecuado gasto cardiaco.	Vigile ritmo, FC, arritmias y otros cambios en el EKG. Control de EKG diario. Controle diuresis horaria. Controle PVC. Titule inotrópicos. Vigile llenado capilar, cambios de color en la piel. Detecte crepitantes. Palpar pulsos periféricos para detectar presencia o ausencia, así como calidad y simetría. Valora llenado capilar.		El paciente mantiene diuresis 30cc/H, un BH (-), EKG normal, llenado capilar <2".
6. Alteración de la excreción urinaria r/c afectación del	El paciente mantendrá	Controle diuresis horaria. Vigile calidad de la orina y presencia		El paciente mantiene un flujo

sistema renal.		de sedimento, hematuria. Administre diurético prescrito. Coordine control de B.U.N. y creatinina sérica diario. Realice balance hídrico estricto.		urinario de 0.5/Kg/h, BH (-), orina de características normales, creatinina <1.0.
7. Termoregulación ineficaz r/c proceso infeccioso. Hemograma patológico Cultivos Positivos Hipotermia Hipertermia.	El paciente presentara temperatura corporal no > a 37.5°C.	Manejo ambiental. Monitorización de signos vitales. Regulación hemodinámica. Hipotermia: Brinde abrigo y calor local.º Coloque vendaje de MMII. Hipertermia: Aplique medios físicos si tiene fiebre. Baño. Administre antipirético prescrito. Tome muestras para hemocultivo según prescripción. Administración de antibióticos en		El paciente queda con Tº 36 - 37º.

		horario		
8. Alteración en la nutrición por defecto r/c NPO, hipercatabolismo por stress, motilidad intestinal alterada evidenciado por RHA disminuidos, absorción intestinal deficitaria y utilización acelerada por la situación de estrés	El paciente recibirá un adecuado aporte nutricional de acuerdo a requerimiento y tolerancia.	Después de estabilización hemodinámica. Colocar SNG y/o Nasoyeyunal. Administre dieta hipocalórica y luego de 25 a 30 calorías por kilo de peso Evaluar y observar tolerancia oral así como registrarla. si en 5 días paciente no tolera dieta Iniciar NPT PARCIAL O TOTAL. Realizar la Evaluación Antropométrica (estimación del peso real en pacientes inmovilizados).		Paciente mantiene y o mejora su estado nutricional (peso ideal) Conserva buena tolerancia a la dieta.
7. Hiperglicemia r/c estado hipercatabólico y situación de estrés glucosa >a 150 mg/dl	El paciente mantendrá glicemia dentro de los rangos normales.	Comunique al médico el resultado de hiperglicemia. Controle glicemia cada 2 horas y/o de acuerdo a indicación medica. Administre insulina si lo requiere según		El paciente queda con glicemia >69 y < de 120 mg/dl

		<p>indicación médica.</p> <p>Administre el aporte dietético</p> <p>Monitoreo de hemoglucotes</p> <p>Monitoreo de diuresis.</p>		
<p>8. Déficit del autocuidado (higiene, alimentación, acicalamiento) r/c limitación de la movilización por efecto de sedantes, vía aérea artificial, postración, etc.</p>	<p>El paciente se mantendrá limpio y asistido en la alimentación.</p>	<p>Valoración inicial.</p> <p>Realizar el baño de esponja, comodidad y confort.</p> <p>Brinde ayuda en aseo personal según estado de dependencia.</p> <p>Brinde cuidados y medidas preventivas para evitar UPP.</p> <p>Proteja las prominencias óseas con parches hidrocoloides o guantes con agua.</p> <p>Realice cambios posturales cada 2 horas.</p> <p>Mantenga postura corporal anatómica.</p>		<p>El paciente queda limpio, con dieta por SNG, Tolerando. no manchas de presión, limpio bien aliñado.,</p>

<p>9. Alteración de la dinámica familiar r/c llanto, ansiedad de la familia, pronóstico, estancia hospitalaria, falta de dinero, etc.</p>	<p>La familia se mostrará tranquila y colaboradora con la terapéutica.</p>	<p>Preséntese con la familia. Brinde confianza y seguridad. Solicite un número telefónico para comunicarse con la familia. Oriente sobre el área física y las medidas de protección a usar en la UCI. Facilite las visitas en los horarios establecidos. Coordine con Servicio Social para ingreso al SIS. Brinde apoyo emocional.</p>		<p>La familia se muestra colaboradora y tranquila. Paciente ingresa al SIS. recibe apoyo de la iglesia o parroquias.</p>
---	--	--	--	--

VIII. BIBLIOGRAFÍA:

www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000668.htm.

<http://es.geocities.com/simplex59/shockseptico.html>

<http://www.aibarra.org/Guias/1-13.htm>.

NANDA INTERNACIONAL Diagnósticos Enfermeros: Definición y clasificación 2007 – 2008 Edit. Elsier España 2007.

GUIA DE ATENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES CON SHOCK HIPOVOLEMICO

I. DEFINICION

Síndrome que cursa con bajo flujo sanguíneo e inadecuada perfusión tisular, que conduce a un trastorno metabólico celular, disfunción orgánica y muerte.

II. OBJETIVO

Identificar y detener la fuente de la pérdida de líquidos.
Reponer el volumen circulante

III. RECURSOS HUMANOS

Licenciada en Enfermería

IV. RECURSOS MATERIALES

- Monitor Cardíaco.
- Electrodo para monitoreo.
- Estetoscopio.
- Desfibrilador, Gel.
- Coche de paro
- Sets de líneas endovenosas para infusiones
- Oxímetro de pulso
- Equipo de intubación
- Aspirador
- Bombas de infusión:

V. INDICACIONES

No aplicable

VI. CONTRAINDICACIONES/COMPLICACIONES

El *shock* hipovolémico siempre es una emergencia médica, aunque hay una variación amplia tanto en los síntomas como en los resultados, dependiendo de la cantidad de sangre perdida, la tasa de pérdida, la enfermedad o lesión subyacente causante de la pérdida y otros factores.

En general, los pacientes con grados de *shock* más leves tienden a reponerse mejor que aquellos con uno severo; sin embargo, en los casos de *shock* hipovolémico severo, se puede producir la muerte aun con atención médica inmediata. Las personas de edad avanzada corren un riesgo mayor de tener pronósticos desalentadores a partir del *shock*.

Complicaciones:

- Daño Renal
- Daño Cerebral

VII.BIBLIOGRAFIA

Urdey Lough Stacy. Cuidados intensivos de Enfermería. Ed. Haurcout Brace 2da ed. Barcelona.

NANDA I. Diagnósticos Enfermeros: Definición y Clasificación 2007-2008.

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
<p>Alteración de la Perfusión tisular - cerebral- cardíaca- mesentérica -renal R/C hipoperfusión hística E/P piel fría, pálida, oligoanuria, taquicardia, hipotensión marcada, alteración de conciencia, llenado capilar lento > a 2 “</p>	<p>Paciente mejorará y Mantendrá una perfusión tisular hística adecuada</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colocación de 02 vías de grueso calibre. ▪ Administración de grandes volúmenes de líquidos (cristaloides, coloides, sangre y hemoderivados) ▪ Monitoreo de signos vitales y de estado neurológico. ▪ Colocación de sonda foley ▪ Control de diuresis horaria ▪ Participación en la colocación de catéter venoso central. ▪ Medición de PVC ▪ Realizar Balance Hídrico ▪ Control seriado de hemograma y hemoglobina ▪ Participación en la corrección de la causa de hipovolemia(análisis de laboratorio prequirúrgicos, 		<p>Paciente estable hemo dinámicamente, con escala de Glasgow 12 -15, piel tibia normotérmica, PAM mayor a 70 mmHg Flujo urinario de 35 cc/h, PVC de 8 – 12 cc H2O, balance hídrico (+) Hb >7gr/dl llenado capilar 2”</p>

		<p>riesgo quirúrgico y autorización para sala de operaciones)</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Posición supina▪ Vigilar signos y síntomas de sobrecarga hídrica y/o hipotensión.		
--	--	--	--	--

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
Perfusión tisular cardiopulmonar inefectiva R/C hipoventilación , deterioro de transporte de oxígeno E/P taquicardia, taquipnea hipotensión arterial, hipotermia, llenado capilar >2"	Mantendrá perfusión cardiopulmonar adecuada	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Control y monitoreo de funciones vitales ▪ Toma de EKG ▪ Administración de oxígeno según necesidad ▪ Control de AGA ▪ Vigilancia de PAM , llenado capilar ▪ Posición supina ▪ Preparación de ventilador mecánico y coche de paro 		Paciente con frecuencia respiratoria de 18 a 24 por min., no uso de músculos accesorios y saturación de oxígeno mayor a 90%. PAM: 70 mmhg PVC 8 – 12 cm H2O

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
<p>Riesgo de Infección R/C procedimientos invasivos. EV CVC, Sonda NSG, Vía periférica, Sonda Foley, Toma de muestras para ex. Auxiliares. Días de permanencia en áreas críticas. Normotérmico. Hemograma Normal Leucocitos 5.000 a 10,000 mm³</p>	<p>Paciente no presentara signos y síntomas de infección.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Uso de medidas de bioseguridad ▪ Aplicar medidas antisépticas durante los procedimientos. ▪ Vigilar temperatura corporal. ▪ Realizar limpieza y curación de inserción cada 24 horas y según necesidad. ▪ Vigilar control de hemograma, hematocrito y leucocitos. ▪ Movilización según estabilidad hemodinámica. ▪ Vigilar vigencia de catéteres. ▪ Administración de antibióticos según indicación. ▪ Toma de cultivos, según indicación. ▪ Recojo de resultados de cultivos. 		<p>Paciente con temperatura corporal de 36.5 – 37 °c. No signos de flogosis, piel integra, sin zonas de presión. Leucocitos de 5,000 a 10,000 mm³, Hb 12.2 – 16 gr/dl. Hematócrito 37-48 %</p>

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
Ansiedad R/C amenaza a la integridad biológica , psicológica y social E/P piel fría, diaforesis, taquicardia, taquipnea, inquietud, irritabilidad, no colabora con tratamiento-	Paciente referirá sentirse menos ansioso.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar al paciente sobre su estado de salud. ▪ Fortalecer comunicación terapéutica ▪ Coordinar e instruir a paciente sobre estrategias de relajación ▪ Fomentar vínculo paciente – familia mediante la facilitación de visitas. 		Paciente verbaliza sentirse tranquilo, no taquicardia, no taquipnea. Paciente colaborador con su tratamiento.

DIAGNOSTICOS	OBJETIVOS	INTERVENCIONES	HORA	RESULTADO ESPERADO
Interrupción de los Procesos Familiares R/C cambios en el estado de salud en un miembro de la familia E/P preocupación familiar, cambio de roles, falta de apoyo familiar, económico, días de hospitalización.	Mejorar procesos familiares	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Informar a la familia sobre estado de salud de paciente. ▪ Fomentar vínculo paciente – familia mediante la facilitación de visitas. ▪ Coordinar con servicio social apoyo para mejorar situación familiar 		Paciente manifiesta tener apoyo familiar y tranquilo durante su hospitalización y participación activa de familiares.