



PERÚ

Ministerio
de SaludHospital Nacional Docente
Madre-Niño "San Bartolomé"N° 071 -DG-HONADOMANI-SB-2018

Resolución Directoral

Lima, 05 de Abril de 2018

Visto, el Expediente N° 13379-17;

CONSIDERANDO:

Que, mediante Resolución Ministerial N° 850-2016/MINSA, se aprueba el documento denominado "Normas para la elaboración de documentos normativos del Ministerio de Salud", cuyo objetivo general es establecer las disposiciones relacionadas con los procesos de formulación, aprobación, modificación y difusión de los documentos normativos que expide el ministerio de salud, resultando de aplicación por los órganos desconcentrados del MINSA, en cuyo numeral 5.4 comprende como tipos de documentos normativos a las Guías Técnicas o Manuales;

Que, mediante Resolución Directoral N° 064-DG-HONADOMANI-SB/2008, se aprueba la Directiva Sanitaria para la elaboración de Guías de Procedimientos Asistenciales;

Que, con Memorando N° 467-OGC-2016-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad, pone de manifiesto de la Jefatura del Departamento de Anestesiología y Centro Quirúrgico, que la Jefatura del Dpto. de Enfermería ha remitido las Guías Técnicas de Intervención de Enfermería en atención de Pacientes del Servicio de Centro Quirúrgico;

Que, mediante Informe N° 040-J-OGC-2017-HONADOMANI-SB, el Jefe de la Oficina de Gestión de la Calidad pone de manifiesto de la Dirección Adjunta, que estando al Memorandum N° 248-DA-HONADOMANI-SB-2017 emitido por su Despacho, en el que se solicita opinión respecto a las Guías de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Centro Quirúrgico, se ha efectuado las siguientes recomendaciones:

- a) Corregir los aspectos observados por el Departamento de Anestesiología y la Oficina de Gestión de la Calidad en la parte de análisis y conclusiones del presente informe, para poder continuar con el trámite de aprobación,
- b) Remitir las Guías de Intervención de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico al Departamento de Ginecoobstetricia para que emita opinión sobre las cuatro primeras Guías de Intervención de Enfermería,
- c) Remitir las Guías de Intervención de Enfermería del Servicio de Centro Quirúrgico al Departamento de Cirugía Pediátrica para que emita opinión sobre las dos últimas Guías de Intervención de Enfermería;

Que, con Nota Informativa N° 0136-DE-J-E.C.Q-HONADOMANI-SB-2017, la Jefatura del Servicio de Centro Quirúrgico pone de manifiesto a la Jefatura del Dpto. de Enfermería que está remitiendo la Guía de Intervención de Enfermería de Centro Quirúrgico, debidamente corregida según las observaciones efectuadas por parte de la Oficina de Gestión de la Calidad, precisando no ser necesario remitir al Departamento de Cirugía Pediátrica y Gineco Obstetricia, por cuanto esta Guía está basada en los cuidados de enfermería en el Post operatorio inmediato en la Unidad de Recuperación Post Operatorio Inmediato en la Unidad de Recuperación Post Anestésica (URPA); ningún otro servicio brinda los indicados cuidados al paciente bajo los efectos de anestesia y que además son documentos de gestión netamente de Enfermería, lo cual se especifica



Handwritten notes and signatures at the bottom left corner.



en la Norma Técnica del MINSA, en la que se describe las funciones que desempeñan en el área de recuperación Post Anestésica;

Que, mediante Informe N°007-J-OGC-2018-HONADOMANI-SB, la Jefatura de la Oficina de Gestión de la Calidad expone a la Dirección Adjunta que, con Nota Informativa N° 153-2018-DCP-HONADOMANI-SB, la Jefatura del Dpto. de Enfermería ha levantado las observaciones planteadas anteriormente, recomendando proseguir el trámite de oficialización;

Que, mediante Memorándum N° 431-2017-DG-HONADOMANI-SB, el Director General del HONADOMANI-SB, solicita al Jefe de la Oficina de Asesoría Jurídica emita el correspondiente acto resolutivo;

Con la visación de la Dirección Adjunta y Oficina de Asesoría Jurídica del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé";

En uso de las atribuciones y facultades conferidas al Director General del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", mediante Resolución Ministerial N° 083-2018/MINSA y el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", aprobado por la Resolución Ministerial N° 884-2003-SA/DM;

SE RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar las Guías Técnicas de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Centro Quirúrgico: a) "Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes Post Operadas de Cesárea, b) "Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes Post Operadas de Legrado Uterino, c) "Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes Post Operadas de Histerectomía", d) "Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes Post Operadas de la Laparoscopia", e) "Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes Post Operadas de la Laparotomía Pediátrica" y f) "Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes Post Operadas de Uranoestafilorrafia" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé", que consta de Setenta y Siete (77) folios, que se adjunta a la presente Resolución Directoral debidamente visados.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Disponer que el Departamento de Enfermería, implemente la difusión e implementación interna de las Guías Técnicas de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Centro Quirúrgico del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé".

ARTICULO TERCERO.- Disponer que la Oficina de Estadística e Informática, a través del responsable del Portal de Transparencia de la Institución, se encargue de la publicación de las "Guías Técnicas de Intervención de Enfermería en la Atención de Pacientes del Servicio de Centro Quirúrgico" del Hospital Nacional Docente Madre Niño "San Bartolomé" en la dirección electrónica www.sanbartolome.gob.pe.

Regístrese y Comuníquese,

IAS/RPAG/jcvo.
C.C.

DA
Dep. Enfermería
OEI
OAJ
Archivo

MINISTERIO DE SALUD
HOS. DOCENTE MADRE NIÑO "SAN BARTOLOME"

M.C. ILDAURO AGUIRRE SOSA
Director General (e)
CMP/20884 RNE. 10628

Ministerio de Salud
INSTITUTO DE GESTIÓN DE SERVICIOS DE SALUD
HOSPITAL NACIONAL DOCENTE MADRE NIÑO
SAN BARTOLOME
Documento Autenticado

DR. RODOLFO MELCHOR ARICANA GÓMEZ
FEDATARIO
Reg. N° / Fecha 09 Dic 2018



PERÚ

Ministerio
de Salud

Instituto de Gestión
de Servicio de
Salud

Hospital Nacional
Docente Madre Niño
"San Bartolomé"

Departamento
de Enfermería

Servicio de Centro
Quirúrgico



GUÍAS TÉCNICAS: GUÍA DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRÚRGICO DEL HONADOMANI SAN BARTOLOME"



2017

RESPONSABLE:

MG. ORTIZ ESPINOZA MIRIAM

JEFA DEL DEPARTAMENTO DE ENFERMERIA



LIC. MACASSI MEZA MARIA

JEFA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO

ELABORADO POR:

LIC. ENFERMERIA YESSANIA BARDALES CRUZ
LIC. ENFERMERIA LAURA ARGOTE CARNERO
LIC. ENFERMERIA PILAR MELGAR SALCEDO
LIC. ENFERMERIA HENRY BASTIDAS PAITAPOMA
LIC. ENFERMERIA KARINA CARBAJAL MANTARI
LIC. ENFERMERIA ROSANI CERVANTES OBLITAS
LIC. ENFERMERIA SADITH MONTALVO RAMOS
LIC. ENFERMERIA AMPARO PACO RAMOS
LIC. ENFERMERIA YESENIA GRIMALDO CARDENAS
LIC. ENFERMERIA KARINA IZARRA CRUZ
LIC. ENFERMERIA ANA MENDOZA ARANGO
LIC. ENFERMERIA INES VENTURA CANO
LIC. ENFERMERIA NANCY UBILLUS PADILLA
LIC. ENFERMERIA MARY ORTIZ SOCUALAYA
LIC. ENFERMERIA DIANIRA REGALADO VILLEGAS
LIC. ENFERMERIA MABEL HILARES SORIA
LIC. ENFERMERIA MARIAELENA LAZO SOLIS
LIC. ENFERMERIA PAMELA TRUJILLO LEAL
LIC. ENFERMERIA SARITA LOPEZ MUÑOZ
LIC. ENFERMERIA TONY TAFUR VARGAS
LIC. ENFERMERIA ROXANA VARGAS ALVAREZ
LIC. ENFERMERIA VERONICA FLORES CRUZ
LIC. ENFERMERIA LESLY DELGADO DE LA CRUZ
LIC. ENFERMERIA DORIS JIMENEZ DONAYRE
LIC. ENFERMERIA NORMA CAMUS RAMOS
LIC. ENFERMERIA GLORIA MARTEL MORALES
LIC. ENFERMERIA CESAR VARGAS MENDEZ
LIC. ENFERMERIA MILA HUAYTARA PORRAS
LIC. ENFERMERIA SHIRLEY MORENO ZAMORA
LIC. ENFERMERIA MARY YLLANES FRANCIA
LIC. ENFERMERIA LUZ VARGAS BORBOR

REVISADO POR:

LIC. LUCY SUYO HERRERA
LIC. YOVANA GOMEZ PAIMA
LIC. LINDAURA TEJEDA IPANAQUE



INDICE

I. TITULO: GUIA TECNICA: "GUIA TECNICA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO"	
II. FINALIDAD:.....	5
III. OBJETIVOS:	5
IV. ÁMBITO DE APLICACIÓN	5
V. NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR	5
VI. CONSIDERACIONES GENERALES:	5
VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:	7
GUIA TECNICAS: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADAS DE CESAREA	8
MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADAS DE CESAREA.....	9
GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADA DE LEGRADO UTERINO.....	19
MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADA DE LEGRADO UTERINO.....	20
GUIA TECNICAS: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADAS DE HISTERECTOMIA.....	26
MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADA DE HISTERECTOMIA.....	27
GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROSCOPIA	37
MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROSCOPIA	38
GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROTOMIA PEDIATRICA	44
MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROTOMIA PEDIATRICA	45
GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE URANOESTAFILORRAFIA	54
MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE URANOESTAFILORRAFIA.....	55
VIII. ANEXOS.....	63
ANEXO 1.....	64
TAXONOMIA NANDA	64
ANEXO 2.....	67
TAXONOMIA NIC.....	67
ANEXO 3.....	73



TAXONOMIA NOC.....

IX. BIBLIOGRAFIA.....

77

I. FINALIDAD:

Las intervenciones y actividades de las enfermeras permiten la unificación de criterios, derivación de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería en los servicios de Centro Quirúrgico para garantizar la calidad y eficiencia de la atención.

Seguendo las directrices de políticas de Salud se desarrollan las GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA con el fin de contribuir en la calidad y seguridad de las acciones de salud, para ofrecer el máximo bienestar y el mínimo riesgo para los usuarios del servicio de centro quirúrgico. Las Guías de intervención de enfermería son instrumentos normativos que definen el campo de acción del personal profesional dentro un marco legal al quehacer de la enfermería del servicio de Centro Quirúrgico.

II. OBJETIVOS:

1. Unificar criterios y asegurar una atención de calidad con eficiencia y eficacia en los servicios de Centro Quirúrgico.
2. Contribuir a mejoramiento de la atención.
3. Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.

III. ÁMBITO DE APLICACIÓN:

La presente Guía Técnica, Guía de Intervención de Enfermería, es de aplicación en el servicio de Centro Quirúrgico del Hospital General Docente Madre Niño San Bartolomé, son de uso obligatorio para el personal de enfermería frente a las patologías aquí descritas.

IV. ROMPES DEL PROCESO A ESTANDARIZAR:

- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operados de Cesárea
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operados de Laparotomía
- Guía Técnica: Guía de intervención de Enfermería en Pacientes post operados de Histerectomía
- Guía Técnica: Guía de intervención de Enfermería en Pacientes post operados de Laparoscopia
- Guía Técnica: Guía de intervención de Enfermería en Pacientes post operados de Laparotomía Pedicular
- Guía Técnica: Guía de intervención de Enfermería en Pacientes post operados de Uterostomía

V. CONSIDERACIONES GENERALES:

Definiciones clave:

1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA (PAE)

El proceso de atención de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a las profesionales prestar los cuidados que requiere el paciente, de forma que la intervención de una forma estructurada, homogénea, rigurosa y sistemática.

El Proceso asistencial también se denomina Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un modelo sistemático de brindar cuidados



I. **TITULO: GUIA TECNICA: "GUIA TECNICA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA DEL SERVICIO DE CENTRO QUIRURGICO"**

II. **FINALIDAD:**

La formalización y estandarización de las intervenciones permiten la unificación de criterios, disminución de tiempos de atención y la posibilidad de evaluar resultados de la actividad de enfermería en los servicios de Centro Quirúrgico para garantizar la calidad y eficiencia de la atención.

Siguiendo los lineamientos de política de Salud se desarrolla las GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA con el fin de contribuir en la calidad y seguridad de las atenciones de salud, para ofrecer el máximo beneficio y el mínimo riesgo para las usuarias del servicio de centro quirúrgico. Las Guías de Intervención de Enfermería son instrumentos normativos que definen el campo de acción del ejercicio profesional dándole un marco legal al quehacer de la enfermera del servicio de Centro quirúrgico.

III. **OBJETIVOS:**

1. Unificar criterios y asegurar una atención de calidad con eficiencia y eficacia en los servicios de Centro Quirúrgico.
2. Contribuir a reducir costos de la atención.
3. Facilitar la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.

IV. **ÁMBITO DE APLICACIÓN**

La presente Guía Técnica: Guías de Intervención de Enfermería, es de aplicación en el servicio de Centro quirúrgico del Hospital Nacional Docente Madre Niño San Bartolomé, son de uso referencial para el profesional de enfermería frente a las patologías aquí descritas.

V. **NOMBRE DEL PROCESO A ESTANDARIZAR**

- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operadas de Cesárea
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operadas de Legrado
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operadas de Histerectomía
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operadas de Laparoscopia
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operadas de Laparotomía Pediátrica
- Guía Técnica: Guía de Intervención de Enfermería en Pacientes post operadas de Uranoestafilorrafia

VI. **CONSIDERACIONES GENERALES:**

Definiciones operacionales

1. **PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. (PAE)**

El proceso de atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demanda el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática

El Proceso enfermero, también denominado Proceso de Enfermería (PE) o Proceso de Atención de Enfermería (PAE), es un método sistemático de brindar cuidados

humanistas eficientes centrados en el logro de resultados esperados, apoyándose en un modelo científico realizado por un profesional de Enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de ellas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud.¹

2. DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA

El diagnóstico de enfermería se estructura a partir de tres componentes esenciales: problema de salud, asociados a factores etiológicos o relacionados, características definitorias o serie de signos y síntomas.

El primer componente de un diagnóstico es el problema, un estado o proceso relacionado con la salud, manifestado por el individuo, la familia o la comunidad. El problema está expresado en términos claros y concisos, en dos o tres palabras que representan una serie de signos y síntomas.

El segundo componente de un diagnóstico comprende el probable factor que ocasiona o mantiene el problema de salud del cliente. Estos factores pueden ser comportamientos del cliente, del entorno, o una interacción de ambos. Los factores relacionados son la base para establecer las acciones de enfermería con el fin de resolver el problema.

Un diagnóstico tiene una serie de características que son indicadores de la situación de salud. Algunas están siempre presentes en la mayoría de los clientes con el problema y son llamadas características definitorias.

Se puede evidenciar que los diagnósticos de enfermería son ideas creadas por enfermeras para describir o explicar observaciones clínicas, cuentan con bases teóricas precisas, así como conocimiento y habilidad por parte del profesional. Se requiere seguir un proceso donde se recoge la información, se interpreta, se agrupa, se analiza y se ubica en una etiqueta (problema de salud) que representa la mayoría de los datos recogidos.²

3. META

Una meta es el fin hacia el que se dirigen las acciones o deseos. De manera general, se identifica con los objetivos o propósitos que una persona o una organización se traza.

4. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA. (NIC)

Las Intervenciones (actividades o acciones enfermeras), son las encaminadas a conseguir un objetivo previsto, de tal manera que en el Proceso de Atención de Enfermería, debemos de definir las Intervenciones necesarias para alcanzar los Criterios de Resultados establecidos previamente, de tal forma que la Intervención genérica, llevará aparejadas varias acciones.

N.I.C. (Nursing Interventions Classification)

C.I.E. (Clasificación de Intervenciones de Enfermería)

¹ Berrú Ordoñez, G. L. (2016). *Proceso de atención de enfermería basado en la taxonomía nanda noc y nic en*

² CARRILLO GONZÁLEZ, Gloria Mabel; RUBIANO MESA, Yuriam Lida. La investigación en validación de diagnósticos de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 2007, vol. 23, no 3, p. 0-0.



Definición de Intervenciones:

Se define como una Intervención Enfermera a "Todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de la Enfermería para favorecer el resultado esperado del paciente".³

Las Intervenciones de Enfermería pueden ser directas o indirectas.

- **Intervención de Enfermería directa** es un tratamiento realizado directamente con el paciente y/o la familia a través de acciones enfermeras efectuadas con el mismo.
- **Intervención de Enfermería indirecta** es un tratamiento realizado sin el paciente pero en beneficio del mismo o de un grupo de pacientes.

5. GRADO DE DEPENDENCIA

Dependencia del paciente en el grado de intervención de enfermería para la satisfacción de sus necesidades. Se categoriza en:

- **Grado de dependencia I**, totalmente independiente.
- **Grado de dependencia II**, requiere de apoyo y ayuda parcial para la satisfacción de necesidades.
- **Grado de dependencia III**, requiere de apoyo casi total para la satisfacción de necesidades.
- **Grado de dependencia IV**, requiere de apoyo total.⁴

6. INDICADOR DE SEGUIMIENTO

Unidad de medida que permite realizar el seguimiento del logro de los resultados esperados.

7. GUÍAS DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Es un documento que orienta la intervención o acción de la enfermera en base al proceso de enfermería.

VII. CONSIDERACIONES ESPECÍFICAS:

³ Luis Rodrigo, M T. *Los diagnósticos enfermeros: revisión crítica y guía práctica*. 8ª ed. Barcelona [etc.] : Elsevier, Masson, 2008.

⁴ Vigna CP, Perroca MG. Utilização de sistema de classificação de pacientes e métodos de dimensionamento de pessoal de enfermagem. *Arq Ciênc Saúde*. 2007; 14(1):8-12

GUIA TECNICAS: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADAS DE CESAREA

1. ASPECTOS GENERALES

Es la intervención quirúrgica que permite extraer un feto mediante laparotomía e incisión de la pared uterina. Constituye un procedimiento obstétrico fundamental para reducir daños al recién nacido y a la madre, siempre y cuando se realice bajo justificación médica⁵. Las razones de indicación de la cesárea son: sufrimiento fetal agudo, taquicardia o bradicardia fetal, gestación múltiple, útero con problemas de desprendimiento prematuro de placenta, placenta previa, prolapso del cordón, presentación anómala del bebé, madre de edad avanzada, trabajo de parto muy prolongado, cirugía previa sobre el músculo uterino, deformidad de la pelvis, enfermedad materna grave (cáncer, cardiopatías etc.), estrechez pélvica importante y evidente desproporción (céfalo-pélvica).⁶

2. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes post operadas de cesárea que ingresan a la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

3. OBJETIVO

Unificar criterios para mejorar la calidad de atención del paciente
Brindar cuidados y atención segura a las pacientes post operadas de cesárea.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista en Centro Quirúrgico.

⁵ Romero J, Biruete B, Borrego M, al e. Guía de Práctica Clínica. Reducción de la Frecuencia de Operación Cesárea. México: Instituto Mexicano de Seguro Social, CENETEC; 2014. Report No.: 978-607-7790-92-1. (12)

⁶ Muñoz-Enciso, J. M., Rosales-Ajuang, E., Domínguez-Ponce, G., & Serrano-Díaz, C. L. (2011). Operación cesárea: ¿indicación justificante o preocupación justificada. *Ginecol Obstet Mex*, 79(2), 67-74.



MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADAS DE CESAREA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de Sangrado: R/C complicación post operatoria (atonía uterina). (00206)	La paciente disminuirá riesgo de sangrado.	- Monitorización de Signos Vitales (6680) - Monitorización de la P/A, pulso, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda. (668001) - Observar las tendencias y fluctuación de la presión arterial (668002) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. (668020) - Cuidados posparto (6930) - Vigilar los loquios para determinar el color, cantidad, olor y presencia de coágulos. (693002) - Controlar la localización, altura y tono del fondo de útero, asegurándose de sostener el segmento uterino inferior durante la palpación. (693005) - Masajear el suavemente el fondo uterino hasta que este firme, si es necesario. (693006) - Cuidado del sitio de Incisión (3440) - Controlar la cantidad de sangrado en el apósito. - Delimitar el área manchada y evaluar su extensión.	- Atonía uterina - shock hipovolémico	- Evaluación por Ginecobstetricia - Evaluación por intensivista - Traslado a UCEO o UCI de la mujer según sea el caso	III	- Severidad de la pérdida de sangre. (0413). - Hemorragia post operatoria (041307) - Palidez de piel y mucosas (041308) - Severidad de hipotensión (2114) - Recuperación post operatorio inmediato (2305) - Sangrado (230521) - Estado materno puerperio (2511) - Presión arterial. (251103)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Si aumenta el sangrado del apósito comunicar al médico ginecólogo para evaluación de la paciente. - Manejo de la Eliminación Urinaria (0590) - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda. (59001) - Observar si hay signos y síntomas de retención urinaria (59002) - Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda (59005) - Evita el desplazamiento uterino por globo vesical. - Prevención de hemorragias (4010). - Vigilar de cerca a la paciente por si se produce hemorragias (400101) - Evaluar estado de piel y mucosas para valorar el estado de hidratación de la paciente. - Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito (401002) - Vigilar el estado del apósito para descartar posibles hemorragias de la herida quirúrgica. - Educación a la paciente demostración de masajes uterinos y signos alarmas (sangrado).				- Altura del fondo uterino (251106) - Cantidad de loquios (251107) - Sangrado vaginal (251127)



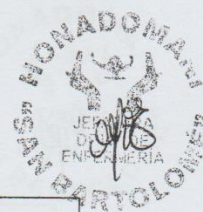
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Disminución de la hemorragia: útero posparto (4026). - Aumentar la frecuencia de masajes en el fondo uterino (402603) - Evaluar la distensión de la vejiga (402604) - Fomentar la micción o cateterizar la vejiga distendida (402605) - Observar las características de los loquios, coágulos y volumen (402606) - Poner en marcha una segunda vía i.v según corresponda (402611) - Administrar oxitócicos por vía i.v. según protocolo u órdenes médicas.(402612) - Cubrir con mantas calientes(402615) - Disminución de la hemorragia (4020). - Comunicar al ginecólogo para evaluación de la paciente para que identifique la causa de la hemorragia - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre (402003) - Administración de medicamento: rectal (2315) Misoprostol según indicación médica. - Administración de tratamiento según indicación médica (ergometrina). - Reposición de líquidos (4140). - Administrar líquidos i.v. según indicación médica (414001)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Administrar hemoderivados, según indicación médica (414002) - Colaborar con los médicos para asegurar la administración de cristaloides, coloides (poligelina, fracción proteica plasmática), según indicación médica (414003) - Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según indicación médica (414010) - Flebotomía: Vía canalizada (4235). - Preparar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes estériles (423501) - Coordinar con el médico para la colocación de una segunda vía en caso de transfusión sanguínea y fluido terapia. - Rotular la nueva vía periférica. - Interpretar datos de laboratorio (7690). - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis (769002) - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos, para determinar los niveles basales (769011) - Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico. (769018) - Administración de hemoderivados (4030).				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Verificar las órdenes del médico (403001) - Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente (403003) - Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor. (403004) - Registrar la duración de la transfundido (403022) - Coordinar con laboratorio para la toma de hematocrito post transfusión según indicación médica.				
Dolor agudo R/C agentes lesivos físicos (procesos quirúrgicos) (00132)	La paciente referirá una disminución o alivio del dolor	- Manejo del dolor (1400) - Brindar apoyo emocional durante el post operatorio. - Comunicar al anestesiólogo sobre una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. (140001) - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente, (bajo efectos de anestesia). (140002)	- Ansiedad	- Evaluación y comunicación a Anestesiología	III	- Nivel del dolor (2102) - Control de dolor (1605) - Refiere dolor controlado (160511) - Satisfacción del paciente / manejo del dolor (3016) - Dolor: respuesta





DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Valorar la intensidad del dolor mediante la escala numérica, antes y después de la administración del analgésico (Escala analógica graduada y la Escala de caras Wong-Baker). - En caso de persistir el dolor solicitar la reevaluación por anestesiología. - Administración de analgésicos (2210) - Comprobar las indicaciones médicas, dosis y frecuencia del analgésico indicado (221002) - Comprobar el historial de alergias a medicamentos (221003) - Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos si se observan signos inusuales (221010)		- Evaluación y comunicación a Anestesiología		psicológica adversa (1306)

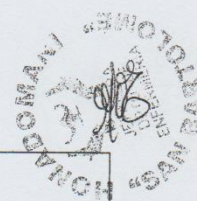
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel (destrucción tisular). (0004)	La paciente disminuirá el riesgo de presentar una infección en el sitio operatorio.	- Monitorización de Signos Vitales (6680) - Monitorización de la P/A, Pulso, Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda.(668001) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.(668020) - Control de infecciones. (6540) - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes (654003) - Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado (654011) - Usar guantes estériles, según corresponda. (654016) - Administrar antibioticoterapia según indicaciones médicas.(654033) - Orientar a la paciente sobre el cuidado de la herida. - Protección contra las infecciones (6550) - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada(655001) - Mantener la asepsia de la paciente de riesgo (655009)	- Infección de sitio operatorio	- Evaluación por ginecoobstetra	II	- Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) - Utilizar precauciones universales (192414) - Práctica de lavado de manos (192415)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Ansiedad R/C factor estresante (resultados de la intervención quirúrgica) (00146)	La paciente disminuirá el nivel de ansiedad. La paciente y familiares tranquilos.	- Escucha activa. (4920) - Establecer el propósito de la interacción (492001) - Mostrar interés por el paciente (492002) - Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. (492004) - Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido. (492012) - Disminución de la ansiedad. (5820) - Utilizar un enfoque sereno que de seguridad (582001) - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante (582004) - Escuchar con atención (582012) - Proporcionar información a los familiares de donde se encuentra su paciente, para tranquilidad de ella. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (582016) - Terapia de relajación simple (6040) - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible (604006)	- Stres y angustia de la paciente y la familia	- Ninguna		- Nivel de ansiedad (1211) - Ansiedad verbalizada (121117) - Autocontrol de la ansiedad (1402) - Controla la respuesta de ansiedad. (140217) - Busca información para reducir la ansiedad. (140204) - Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. (140216)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Introducir conductas que potencien la relajación, como respiración profunda. - Utilizar la relajación como estrategia complementaria junto a los analgésicos o con otras medidas, si procede (604021) - Brindar comodidad y confort.				
Deterioro de la movilidad física (post operatoria) R/C agentes farmacológicos (anestesia) (00085)	La paciente recuperara la movilidad de miembros inferiores.	- Cuidados pos anestesia (2870) - Vigilar el estado neurológico (287018) - Administrar medidas de calentamiento, si es necesario (287010) - Controlar el retorno de la función sensorial y motora (287017) - Llamar al anestesiólogo en caso transcurra las dos horas que le paciente no recupere la sensibilidad de miembros inferiores. - Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta (287031) - Cuidados perineales (1750) - Mantener el periné seco (175002) - Vigilancia de la piel. (3590) - Integridad cutánea, limpieza de yodo o fluido sanguíneo. - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas (359001) - Documentar los cambios en la piel y las mucosas (359012)	-Stres y angustia de la paciente.	-Evaluación y comunicación a anestesiología	I	- Movilización física - Nivel de movilidad (0208) - Se mueve con facilidad. (020814) - Consecuencias de la inmovilidad (0204)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Cuidados de paciente encamado (0740) - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada (74003) - Subir las barandas, según corresponda (74009) - Verificar el uso de medias anti embolicas o vendaje de miembros inferiores.(74022)				



MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADA DE LEGRADO UTERINO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de Sangrado R/C complicación post operatoria (00206)	Controlar el riesgo de sangrado.	- Monitorización de Signos Vitales (6680) - Monitorización de la P/A, pulso, Temperatura, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda.(668001) - Observar las tendencias y fluctuación de la presión arterial (668002) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.(668020) - Prevención de hemorragias (4010). - Vigilar de cerca a la paciente por si se produce hemorragias (400101) - Evaluar estado de piel y mucosas para valorar el estado de hidratación del paciente - Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito (401002) - Cubrir con mantas calientes(402615) - Disminución de la hemorragia (4020). - Evaluación por ginecología - Identificar la causa de la hemorragia (402001)	- shock hipovolémico re intervención quirúrgica	- Evaluación por Ginecobstetra - Evaluación por intensivista - Pase a UCIM O UCEO según corresponda.	III	- Severidad de la pérdida de sangre (0413) - Sangrado vaginal (041307) - Palidez de piel y mucosas (041313)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre (402003) - Reposición de líquidos (4140). - Administrar líquidos i.v. según indicación médica. (414001) - Administrar hemoderivados, según indicación médica (414002) - Obtener si hay sobre carga de líquidos (414009) - Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según corresponda (414010) - Flebotomía: Vía canalizada (4235). - Preparar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes estériles (423501) - Colocación de una segunda vía en caso de transfusión sanguínea y fluido terapia. - Rotular la nueva vía periférica. - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que esté realizando los análisis (769002) - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos, para determinar los niveles basales (769011)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.(769018) - Administración de hemoderivados según indicación médica (4030). - Verificar las órdenes del médico (403001) - Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente(403003) - Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor.(403004) - Registrar la duración de la transfundido (403022) - Control de hematocrito post transfusión.				
Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo (0004)	La paciente no presentará signos de infección	- Monitorización de Signos Vitales (6680) - Monitorización de la P/A, pulso, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda.(668001) - Observar las tendencias y fluctuación de la temperatura.		-Evaluación ginecobstetra por	II	- Control riesgos: proceso infeccioso (1924) - Utilizar precauciones



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.(668020) - Control de infecciones. (6540) - Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes (654003) - Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado (654011) - Usar guantes estériles, según corresponda. (654016) - Administrar antibiotioterapia según indicaciones médicas.(654033) - Protección contra las infecciones (6550) - Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada(655001) - Observar la vulnerabilidad del paciente a las infección (Flujo vaginal fétido, frecuencia aumentada, sangrado vaginal evidente) (655002) - Cuidados perineales (1750) - Ayudar con la higiene (175001) - Mantener el periné seco (175002)	- Sepsis septicemia			universales (192414) - Conocimiento: control de la infección (1842)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Limpiar el periné exhaustivamente con regularidad (175009) - Documentar las características del drenaje (175012) - Instruir al paciente, si es adecuado, sobre la inspección del periné para detectar signos patológicos. (175017)				
Ansiedad factor estresante (intervención quirúrgica). (00146)	La paciente y familiares tranquilos.	- Escucha activa. (4920) - Establecer el propósito de la interacción (492001) - Mostrar interés por el paciente (492002) - Utilizar la comunicación no verbal para facilitar la comunicación. (492004) - Ofrecer la respuesta en el momento adecuado para que refleje la comprensión del mensaje recibido. (492012) - Disminución de la ansiedad. (5820) - Utilizar un enfoque sereno que de seguridad (582001) - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante (582004) - Escuchar con atención (582012)	-Stres y angustia de la paciente y la familia		I	- Autocontrol de la ansiedad (1402) - Controla la respuesta de ansiedad. (140217) - Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. (140216)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Proporcionar información a los familiares de donde se encuentra su paciente, para tranquilidad de ella. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (582016) - Terapia de relajación simple (6040) - Crear un ambiente tranquilo, sin interrupciones, con luces suaves y una temperatura agradable, cuando sea posible (604006) - Introducir conductas que potencien la relajación, como respiración profunda. - Brindar comodidad y confort - Evaluar y registrar la respuesta a la terapia de relajación (604022)				



GUIA TECNICAS: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADAS DE HISTERECTOMIA

1. ASPECTOS GENERALES

Histerectomía es la extirpación del útero (matriz). Una histerectomía puede estar combinada o no con la extirpación de las trompas de Falopio y uno de los ovarios o ambos. La extirpación de una trompa y ovario se denomina salpingooforectomía, y la de las dos trompas y ovarios se denomina salpingooforectomía bilateral.¹⁰

Existen distintos tipos de histerectomía que se describen según los órganos que se extirpan:

- Histerectomía total es la operación más común e indica la extirpación del útero y cérvix o cuello uterino
- Histerectomía parcial (subtotal) indica la extirpación del cuerpo del útero, dejando el cérvix.
- Histerectomía radical implica la extirpación del útero, cérvix, una pequeña porción de la parte superior de la vagina y parte del tejido conjuntivo de la pelvis. Una histerectomía radical sólo es realizada en casos de cáncer de cérvix.¹¹

2. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes post operadas de histerectomía que ingresan a la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

3. OBJETIVO

- Unificar criterios para mejorar la calidad de atención del paciente
- Brindar cuidados y atención segura a las pacientes post operados de histerectomía.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista en Centro Quirúrgico.

¹⁰ Vázquez, J. A. R., Rivera, G. V., Higareda, S. H., & Grover, F. (2008). Histerectomía obstétrica: incidencia, indicaciones y complicaciones. *Ginecol Obstet Mex*, 76(3), 156-60.

¹¹ Faneite, P., Rivera, C., & Faneite, J. (2008). Histerectomía obstétrica: 2000-2007. *Rev. obstet. ginecol. Venezuela*, 68(2), 92-97.



MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADA DE HISTERECTOMIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de Sangrado R/C complicación post operatoria (ligadura de las uterinas). (00206)	La paciente disminuirá el riesgo de sangrado.	- Monitorización de Signos Vitales (6680) - Monitorización de la P/A, pulso, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda.(668001) - Observar las tendencias y fluctuación de la presión arterial (668002) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.(668020) - Cuidado del sitio de Incisión (3440) - Controlar la cantidad de sangrado en el apósito. - Observar las características de cualquier drenaje (344003) - Delimitar el área manchada y evaluar su extensión. - Manejo de la Eliminación Urinaria(0590) - Monitorizar la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color, según corresponda.(59001)	- shock hipovolémico	- Evaluación por Ginecobstetricia - Evaluación por intensivista - Traslado a UCEO o UCI de la mujer según sea el caso	III	- Severidad de la pérdida de sangre. (0413). - Hemorragia post operatoria (041307) - Palidez de piel y mucosas (041308)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Anotar la hora de la última eliminación urinaria, según corresponda (59005) - Controlar balance hídrico - Prevención de hemorragias (4010). - Vigilar de cerca a la paciente por si se produce hemorragias (400101) - Evaluar estado de piel y mucosas para valorar el estado de hidratación del paciente - Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito (401002) - Vigilará el estado del apósito para descartar posibles hemorragias de la herida quirúrgica. Demarcar la zona manchada para corroborar si esta va en aumento. - Educación a la paciente sobre signos alarmas (sangrado). - Controlar si el abdomen está blando y depresible, o se encuentra timpánico o abalonado signo de probable hematomas o hemoperitoneo - Control ecográfico portátil por parte del ginecobstetra para descartar				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		hemoperitoneo. si el caso lo amerita. - Termorregulación corporal, con mantas térmicas. - Disminución de la hemorragia (4020). - Evaluación por ginecología - Identificar la causa de la hemorragia (402001) - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre (402003) - Reposición de líquidos (4140). - Administrar líquidos i.v. según indicación médica. (414001) - Administrar hemoderivados, según indicación médica (414002) - Colaborar con los médicos para asegurar la administración de cristaloideos (suero fisiológico) coloideos (hemacel, fracción proteica plasmática), según indicación médica.(414003) - Obtener si hay sobre carga de líquidos (414009) - Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según corresponda (414010)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Flebotomía: Vía canalizada (4235). - Preparar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes estériles (423501) - Colocación de una segunda vía en caso de transfusión sanguínea y fluido terapia. - Rotular la nueva vía periférica. - Interpretar datos de laboratorio (7690). - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que estén realizando los análisis (769002) - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos, para determinar los niveles basales (769011) - Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.(769018) - Administración de hemoderivados (4030). - Verificar las órdenes del médico (403001)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente (403003) - Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor. (403004) - Registrar la duración de la transfusión (403022) - Control de hematocrito post transfusión. - Documentación registro de los datos pertinentes del paciente en una historia clínica (7920)				
Dolor agudo R/C agentes físicos lesivos (procesos quirúrgicos) (00132)	La paciente referirá una disminución o alivio del dolor	- Manejo del dolor (1400) - Brindar apoyo emocional durante el post operatorio. - Realizar una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. (140001) - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en	- Ansiedad	- Evaluación por Anestesiología	III	- Ausencia de dolor - Control de dolor (1605) - Refiere dolor controlado (160511) - Nivel de dolor (2102) - Dolor referido (210201)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. (140002) - Valorar la intensidad del dolor por mediante la escala numérica, antes y después de la administración del analgésico. - Valorar y reducir los factores externos que aumentan el dolor. - En caso de persistir el dolor solicitar la reevaluación por anestesiología. Administración de analgésicos (2210) - Comprobar la indicación médica, medicamento, dosis y frecuencia del analgésico (221002) - Comprobar el historial de alergias a medicamentos (221003) - Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos si se observan signos inusuales (221010)				Duración de los episodios de dolor (210204) - Expresiones faciales de dolor (210206)

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de infección R/C procedimientos invasivos y alteración de la integridad de la piel (destrucción tisular). (0004)	La paciente disminuirá el riesgo de presentar infección	-Monitorización de Signos Vitales (6680) -Monitorización de la P/A, pulso, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda.(668001) -Observar las tendencias y fluctuación de la temperatura. -Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.(668020) -Control de infecciones. (6540) -Limpiar el ambiente adecuadamente después de cada uso por parte de los pacientes (654003) -Utilizar jabón antimicrobiano para el lavado de manos que sea apropiado (654011) -Usar guantes estériles, según corresponda. (654016) -Administrar antibioticoterapia según indicaciones médicas.(654033) -Cuidados de las heridas (3660) -Desplegar los apósitos y esparadrapo (366001)	- Infección de sitio operatorio	• Evaluación por ginecobstetra	II	• Control del riesgo: proceso infeccioso (1924) • Utilizar precauciones universales (192414) • Práctica de lavado de manos (192415)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		-Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. (366003) -Cambiar el apósito según la cantidad de exudado y drenaje (366015) -Curación de la herida si fuera necesario por parte del ginecólogo. -Reforzar al apósito, si es necesario (366013) -Documentar la localización, el tamaño y aspecto de la herida (366030) -Protección contra las infecciones (6550) -Observar los signos y síntomas de infección sistémica y localizada(655001) -Observar la vulnerabilidad del paciente a las infección (655002) -Evaluación por ginecoobstetra -Vigilar signos de alarma				
Ansiedad factor estresante (intervención)	La paciente disminuirá el nivel de ansiedad.	- Escucha activa. (4920) - Brindar un tiempo para que la paciente exprese sus preocupaciones.	- Stres y angustia de la paciente y la familia		I	- Nivel de ansiedad (1211) - Ansiedad verbalizada (121117)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
quirúrgica) (00146)	La paciente y familiares tranquilos.	- Disminución de la ansiedad. (5820) - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad (582016) - Enseñanza: proceso de enfermedad (5602) - Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad. - Describir el fundamento de las recomendaciones del tratamiento - Terapia de relajación simple (6040) - Brindar un ambiente tranquilo y agradable. - Introducir conductas que potencien la relajación, como respiración profunda. - Brindar comodidad y confort				- Autocontrol de la ansiedad (1402) - Controla la respuesta de ansiedad. (140217) - Ausencia de manifestaciones de una conducta de ansiedad. (140216)
Deterioro de la movilidad física (post operatoria) R/C agentes farmacológicos (anestesia) (00085)	La paciente recuperara la movilización de miembros inferiores.	- Cuidados post anestesia (2870) - Administrar medidas de calentamiento , si es necesario (287010) - Controlar el retorno de la función sensorial y motora (287017) - Cuidados del catéter epidural postoperatorio	-Angustia de la paciente.	-Evaluación anestesiología por	I	- Movilización física - Nivel de movilidad (0208) - Se mueve con facilidad. (020814)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Determinar si el paciente cumple con los criterios del alta (287031) - Vigilar el estado neurológico (287018) - Vigilancia de la piel. (3590) - Integridad cutánea, limpieza de yodo o fluido sanguíneo. - Observar si hay enrojecimiento, calor extremo, edema o drenaje en la piel y las mucosas (359001) - Documentar los cambios en la piel y las mucosas (359012) - Cuidados de paciente encamado (0740) - Colocar al paciente con una alineación corporal adecuada (74003) - Subir las barandas, según corresponda (074009) - Verificar el uso de medias anti embolicas o vendaje de miembros inferiores.(74022) - Comunicar al médico anestesiólogo en caso que se prolongue la recuperación de la sensibilidad de miembros inferiores, para el alta anestésica de la paciente.				



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROSCOPIA

1. ASPECTOS GENERALES

La cirugía laparoscópica o " mínimamente invasiva " es una técnica especializada para realizar cirugía. La cirugía laparoscópica usa varias incisiones de 0.5 a 1 cm. Cada incisión se denomina "puerto". En cada puerto se inserta un instrumento tubular conocido como trocar. Durante el procedimiento, a través de los trocares se pasan instrumentos especializados y una cámara especial llamada laparoscopio. Al iniciar el procedimiento, el abdomen se infla con el gas llamado dióxido de carbono para proporcionar al cirujano un espacio de trabajo y visibilidad. El laparoscopio transmite imágenes de la cavidad abdominal a los monitores de video de alta resolución del quirófano. Durante la operación, el cirujano observa las imágenes detalladas del abdomen en el monitor. El sistema permite que el cirujano realice las mismas operaciones que la cirugía tradicional pero con incisiones más pequeñas.

Laparoscopia ginecológica, laparoscopia ginecológica exploratoria, ligadura de trompas laparoscópica, ooforectomía laparoscópica, histerectomía laparoscópica o recolección laparoscópica de óvulos es un grupo de procedimientos quirúrgicos mínimamente invasivos que utilizan una cámara pequeña para examinar los órganos reproductivos femeninos.¹²

2. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes post operadas de laparoscopia que ingresan a la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

3. OBJETIVO

- Unificar criterios para mejorar la calidad de atención del paciente
- Brindar cuidados y atención segura a las pacientes post operados de laparoscopia.

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista en Centro Quirúrgico.

¹² R Ayala-Yáñez, C Briones-Landa - Ginecol Obstetricia, 2010, Histerectomía total laparoscópica: estudio descriptivo de la experiencia institucional



MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROSCOPIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Dolor agudo r/c agentes lesivos físicos (procesos quirúrgicos) (00132)	La paciente referirá una disminución o alivio del dolor	Manejo del dolor (1400) - Brindar apoyo emocional durante el post operatorio. - Realizar una valoración del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. (140001) - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. (140002) - Valorar la intensidad del dolor por mediante la escala numérica, antes y después de la administración del analgésico. - Valorar y reducir los factores externos que aumentan el dolor. - En caso de persistir el dolor solicitar la reevaluación por anestesiología. Administración de analgésicos (2210) - Comprobar las indicaciones médica, medicamento, dosis y frecuencia del analgésico indicado (221002)	- Ansiedad	- Evaluación por Anestesiología	III	- Ausencia de dolor - Control de dolor (1605) - Refiere dolor controlado (160511) - Nivel de dolor (202) - Dolor referido (210201) - Duración de los episodios de dolor (210204) - Expresiones faciales de dolor (210206)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Ansiedad factor estresante (intervención quirúrgica) (00146)	La paciente disminuirá el nivel de ansiedad. La paciente y familiares tranquilos.	- Escucha activa. (4920) - Brindar un tiempo para que la paciente exprese sus preocupaciones. - Disminución de la ansiedad. (5820) - Proporcionar información a los familiares de donde se encuentra su paciente, para tranquilidad de ella. - Identificar los cambios en el nivel de ansiedad - Brindar comodidad y confort - Brindar individualidad a la paciente durante los procesos para disminuir su ansiedad, y mantener su comodidad.	- Stres y angustia de la paciente y la familia	- Ninguna	I	- Nivel de ansiedad (1211) - Ansiedad verbalizada (121117) - Autocontrol de la ansiedad (1402) - Controla la respuesta de ansiedad. (140217) - Ausencia de manifestaciones de una conducta de

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de aspiración R/C depresión del reflejo tusígeno por intubación endotraqueal. (00039)	La Paciente disminuirá riesgo de aspiración	- Monitorización respiratoria (3350) - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones constantemente.(335001) - Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente(335019) - Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración.(335027) - Precauciones para evitar la aspiración: (3200) - Vigilancia del nivel de conciencia, reflejos tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria (320001). - Evaluar la presencia de disfagia según corresponda (320002) - Mantener una vía aérea permeable (320003)	-Neumonía aspirativa	-Evaluación por Anestesiología	I	ansiedad. (140216) - Prevención de aspiración (1918) - Identificar factores de riesgo191801 - Evitar factores de riesgo198102

[Handwritten signature]

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Colocación erguida a más 30° a 90°, o lo más incorporado posible. (320008) - Mantener el equipo de aspiración disponible - operativo. (320011) - Aspiración de las vías aéreas (3160) - Determinar la necesidad de la aspiración oral y traqueal (316001) - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración (316002) - Disponer precauciones universales; guante, gafas, máscara, si es el caso. (316006) - Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico, nivel de conciencia, estado hemodinámico (316016) - Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones (316023)				
Deterioro del intercambio de gases R/C desequilibrio en la ventilación	El paciente mantendrá un adecuado	- Monitorización respiratoria (3350) - Monitorizaciones de los cambios de saO2 y co2 y los cambios de los valores de AGA. (335017)	INTUBACION ENDOTRAQUEAL	-Evaluación por Anestesiología.	I	- control de riesgo (1902) - Reconoce los factores de riesgo personal

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
perfusión (00030)	intercambio gaseosos.	- Control de la presión de los valores de co2 en el insuflador, según indicación médica. - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones constantemente. (335001) - Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. (335011) - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente (335019) - Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración. (335027) - Monitorización de los parámetros respiratorios como: Frecuencia (Fc), Volumen corriente (Vc), Volumen minuto (VM), fracciones (tanto inspiradas como espiradas) de los gases. (335014) - Observar si hay presencia de crepitaciones y roncus en las vías aéreas. (335003)				(190201) - Controla factores de riesgo (190202) - Estado respiratorio: intercambio gaseoso (0402) - PaO2 (040208) - PaCO2 (040209) - pH (040210)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Colocar al usuario en la postura de Fowler intermedia con una postura incorporada de 45°				



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROTOMIA PEDIATRICA

1. ASPECTOS GENERALES

La exploración quirúrgica del abdomen o laparotomía exploratoria se recomienda para diagnosticar una enfermedad abdominal no precisable por otros métodos o cuando hay una lesión en el abdomen causada por una herida con arma de fuego o cortante, lo cual es conocido como "trauma contundente". Entre las enfermedades que pueden diagnosticarse con mayor precisión por medio de la laparotomía exploratoria se encuentran las siguientes:¹³

Incisiones quirúrgicas de la pared abdominal anterior:

- Supra umbilical.
- Pararectal superior derecha e izquierda.
- Mac Burney.
- Pfannenstiel.

Las enfermedades que se pueden descubrir por una laparotomía exploratoria son, entre otras:

- Inflamación del apéndice (apendicitis aguda).
- Sacos de infección (absceso retroperitoneal, absceso abdominal, absceso pélvico).

2. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes post operados de laparotomía que ingresan a la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

3. OBJETIVO

- Unificar criterios para mejorar la calidad de atención del paciente
- Brindar cuidados y atención segura a las pacientes post operados de laparotomía

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería Especialista en Centro Quirúrgico

¹³ M Bejarano, CX Gallego, JR Gómez - Revista Colombiana de Cirugía, 2011, Frecuencia de abdomen agudo quirúrgico en pacientes que consultan al servicio de urgencias



MATRIZ DE INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES POST OPERADOS DE LAPAROTOMÍA PEDIÁTRICA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCIÓN DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCIÓN INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Dolor agudo R/C agentes físicos lesivos (procesos quirúrgicos) (00132)	El paciente disminuirá el dolor.	- Manejo del dolor (1400) - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. (140001) - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. (140002) - Amiel-Tison: Utilizada para lactantes menores, evalúa la calidad de sueño, movimientos corporales, la expresión facial, tono muscular y motricidad, succión y sociabilidad. - Escala Visual Análoga (EVA): Utilizada en niños despiertos y mayores de 4 años, ésta escala puede ser útil para medir la intensidad de los efectos colaterales y el grado de discomfort. - Valorar y reducir los factores externos que aumentan el dolor.	- Shock neurogénico - Eventración por llanto o pujo constante	- Evaluación por Anestesiología	III	- Control de dolor (1605) - Refiere dolor controlado (160511) - Nivel del dolor (2102) - Dolor referido (210201) - Duración de los episodios de dolor (210204) - Expresiones faciales de dolor (210206)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Acercar a la madre al acompañamiento del niño o bebe, para el apego afectivo que disminuya el dolor y el llanto. - Al cabo de 1 hora evaluar si expresa la disminución según las tablas de valoración. - En caso de persistir el dolor solicitar la evaluación por anestesiología. - Control de funciones vitales y administración de oxígeno si el caso lo requiere. - Evaluar y registrar la evolución del paciente y la consecución de resultados. - Monitorizar el grado de satisfacción del paciente con el control del dolor a intervalos especificados (140043) - Administración de analgésicos (2210) - Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito (221002) - Comprobar el historial de alergias a medicamentos (221003)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos si se observan signos inusuales (221010) - Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. (221011) - Técnica de relajación (5880) - Mantener contacto visual con el paciente (588001) - Transmitir al paciente tranquilidad y tratarlo con amor y paciencia. - Acercamiento de la madre o familiar que le dé más tranquilidad al niño.				
Riesgo de Aspiración R/C depresión del reflejo tusígeno por intubación endotraqueal. 00039	La Paciente disminuirá de riesgo aspiración	- Monitorización respiratoria 3350 - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones constantemente. (335001) - Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. (335011)	-Neumonía aspirativa	-Evaluación por Medicina pediátrica.	II	- Prevención de aspiración (1918) - Identificar factores de riesgo (191801) - Evitar factores de riesgo (198102)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Vigilar las secreciones respiratorias del paciente(335019) - Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración, en caso de niños rodete sobre los hombros para mejorar la hiperextensión del cuello.(335027) - Precauciones para evitar la aspiración: (3200) - Vigilancia del nivel de conciencia, reflejos tusígeno, reflejo nauseoso y capacidad deglutoria (320001). - Evaluar la presencia de disfagia según corresponda (320002) - Mantener una vía aérea permeable (320003) - Mantener el equipo de aspiración disponible - operativo.(320011) - Aspiración de las vías aéreas (3160) - Determinar la necesidad de la aspiración y comunicar al anestesiólogo. - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración (316002)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Disponer precauciones universales; guante, gafas, máscara, si es el caso. (316006) - Monitorizar el estado de oxigenación del paciente, estado neurológico, nivel de conciencia, estado hemodinámico (316016) - Controlar y observar el color, cantidad y consistencia de las secreciones (316023) - Documentación (7920)				
Riesgo de Sangrado: R/C complicación post operatoria (00206)	Disminuir el riesgo de sangrado	- Monitorización de Signos Vitales (6680) - Monitorización de la P/A, pulso, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda. (668001) - Observar las tendencias y fluctuación de la presión arterial (668002) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel. (668020) - Cuidado del sitio de Incisión (3440) - Controlar la cantidad de sangrado en el apósito.	shock hipovolémico	- Evaluación por UTI pediátrica - Evaluación por UCI neonatal	III	- Severidad de la pérdida de sangre. (0413). - Hemorragia post operatoria (041307) - Palidez de piel y mucosas (041308) - Severidad de hipotensión (2114) - Sangrado (230521)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Observar las características de cualquier drenaje (344003) - Delimitar el área manchada y evaluar su extensión. - Prevención de hemorragias (4010). - Vigilar de cerca a la paciente por si se produce hemorragias (400101) - Evaluar estado de piel y mucosas para valorar el estado de hidratación del paciente - Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito (401002) - Vigilará el estado del apósito para descartar posibles hemorragias de la herida quirúrgica. Demarcar la zona manchada para corroborar si esta va en aumento. - Controlar si el abdomen está blando y depresible, o se encuentra timpánico o abalonado signo de probable hematomas o hemoperitoneo - Termorregulación corporal, con mantas térmicas.				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Disminución de la hemorragia (4020). - Evaluación por cirujano pediatra - Identificar la causa de la hemorragia (402001) - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre (402003) - Reposición de líquidos (4140). - Administrar líquidos i.v. según indicación médica. (414001) - Administrar hemoderivados, según indicación médica (414002) - Colaborar con los médicos para asegurar la administración tanto de cristaloides (suero fisiológico) como coloides (hemacel, fracción proteica plasmática), según indicación médica. (414003) - Obtener si hay sobre carga de líquidos (414009) - Obtener muestras de sangre para pruebas cruzadas, según indicación médica (414010) - Flebotomía: Vía canalizada (4235).				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Preparar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes estériles (423501) - Colocación de una segunda vía en caso de transfusión sanguínea y fluido terapia. - Rotular la nueva vía periférica. - Interpretar datos de laboratorio (7690). - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que estén realizando los análisis (769002) - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos, para determinar los niveles basales (769011) - Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.(769018) - Administración de hemoderivados según indicación médica (4030). - Verificar las órdenes del médico (403001) - Obtener o comprobar el consentimiento informado del paciente(403003)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han realizado las pruebas cruzadas para el receptor. (403004) - Registrar la duración de la transfundido (403022) - Control de hematocrito post transfusión. - Documentación (7920)				

OK ✓



GUIA TECNICA: GUIA DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE URANOESTAFILORRAFIA

1. ASPECTOS GENERALES

URANOESTAFILORRAFIA: Cierre quirúrgico de paladar en su porción anterior y posterior (paladar duro y paladar blando)

2. POBLACION OBJETIVO:

Pacientes post operados de uranoestafilorrafia que ingresan a la Unidad de Recuperación Post Anestésica.

3. OBJETIVO

- Unificar criterios para mejorar la calidad de atención del paciente
- Brindar cuidados y atención segura a las pacientes post operados de uranoestafilorrafia

4. PERSONA RESPONSABLE

Licenciada en Enfermería especialista en Centro Quirúrgico.



MATRIZ DE INTERVENCION DE ENFERMERIA EN PACIENTES POST OPERADOS DE URANOESTAFILORRAFIA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Riesgo de Sangrado: R/C complicación post operatoria (00206)	Disminuir el riesgo de sangrado	- Monitorización de Signos Vitales (6680) - Monitorización de la P/A, pulso, Frecuencia Respiratoria, Saturación de Oxígeno según corresponda.(668001) - Observar las tendencias y fluctuación de la presión arterial (668002) - Monitorizar periódicamente el color, la temperatura y la humedad de la piel.(668020) - Cuidado del sitio de Incisión (3440) - Inspeccionar el sitio de incisión oral para evidenciar sangrado activo - Controlar la cantidad de sangrado en el apósito el cual se recoge las secreciones de la cavidad oral. - Comunicar a su cirujano si este persiste - Prevención de hemorragias (4010). - Vigilar de cerca a la paciente por si se produce hemorragias (400101)	- Re intervención quirúrgica - Riesgo de aspiración.	- Evaluación por cirugía plástica -Evaluación por cirugía pediátrica	III	- Severidad de la pérdida de sangre. (0413). - Hemorragia post operatoria (041307) - Palidez de piel y mucosas (041308) - Severidad de hipotensión (2114) - Sangrado (230521)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Evaluar estado de piel y mucosas para valorar el estado de hidratación del paciente - Anotar los niveles de hemoglobina/hematocrito (401002) - Disminución de la hemorragia (4020). - Evaluación por cirugía pediátrica - Identificar la causa de la hemorragia (402001) - Observar la cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre (402003) - Reposición de líquidos (4140). - Administrar líquidos i.v. según indicación médica. (414001) - Administrar hemoderivados, según indicación médica (414002) - Colaborar con los médicos para asegurar la administración de cristaloideos (suero fisiológico) coloides (hemacel, fracción proteica plasmática), según indicación médica. (414003) - Flebotomía: Vía canalizada (4235). - Preparar el equipo, lavarse las manos y ponerse guantes estériles (423501)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Colocación de una segunda vía en caso de transfusión sanguínea y fluido terapia. - Rotular la nueva vía periférica. - Interpretar datos de laboratorio (7690). - Utilizar los rangos de referencia del laboratorio que estés realizando los análisis (769002) - Comparar los resultados con valores anteriores obtenidos, para determinar los niveles basales (769011) - Informar inmediatamente de cambios súbitos de los valores de laboratorio al médico.(769018) - Administración de hemoderivados (4030). - Verificar las órdenes del médico (403001) - Obtener o comprobar el consentimiento informado de los padres del paciente(403003) - Verificar que el hemoderivado se ha preparado y clasificado, que se ha determinado el grupo y que se han				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
Dolor agudo r/c procedimiento quirúrgico (00132)	La paciente referirá una disminución o alivio del dolor	realizado las pruebas cruzadas para el receptor. (403004) - Registrar la duración de la transfundido (403022) - Control de hematocrito post transfusión según indicación médica. - Manejo del dolor (1400) - Realizar una valoración exhaustiva del dolor que incluya la localización, características, aparición/duración, frecuencia, calidad, intensidad o gravedad del dolor y factores desencadenantes. (140001) - Observar signos no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente. (140002) - Amiel-Tison: Utilizada para lactantes menores, evalúa la calidad de sueño, movimientos corporales, la expresión facial, tono muscular y motricidad, succión y sociabilidad. Escala Visual Análoga (EVA): Utilizada en niños despiertos y mayores de 4 años, ésta escala puede ser útil para medir la	- Shock neurológico	- Evaluación por Anestesiología	III	- Ausencia de dolor - Control de dolor (1605) - Refiere dolor controlado (160511) - Nivel del dolor (2102) - Dolor referido (210201) - Duración de los episodios de dolor (210204) - Expresiones faciales de dolor - (210206)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		intensidad de los efectos colaterales y el grado de discomfort. - Valorar y reducir los factores externos que aumentan el dolor. - Acerca a la madre al acompañamiento del niño o bebe, para el apego afectivo que disminuya el dolor y el llanto. - Al cabo de 1 hora evaluar si expresa la disminución según las tablas de valoración. - En caso de persistir el dolor solicitar la evaluación por anestesiología. - Control de funciones vitales y administración de oxígeno si el caso lo requiere. - Evaluar y registrar la evolución del paciente y la consecución de resultados. - Administración de analgésicos (2210) - Comprobar las ordenes médicas en cuanto al medicamento, dosis y frecuencia del analgésico prescrito (221002)				



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Comprobar el historial de alergias a medicamentos (221003) - Controlar los signos vitales antes y después de la administración de los analgésicos si se observan signos inusuales (221010) - Atender a las necesidades de comodidad y otras actividades que ayuden en la relajación para facilitar la respuesta a la analgesia. (221011) - Técnica de relajación (5880) - Mantener contacto visual con el paciente (588001)				
Riesgo de Aspiración R/C el incremento de secreciones, salivación, náuseas, vómitos, ausencia de reflejos en el nivel de conciencia (sedación) 00039	Disminuir el riesgo de aspiración	- Monitorización respiratoria 3350 - Vigilar la frecuencia, ritmo, profundidad y esfuerzo de las respiraciones constantemente. (335001) - Auscultar los sonidos respiratorios, anotando las áreas de disminución/ausencia de ventilación y presencia de sonidos adventicios. (335011) - Vigilar las secreciones respiratorias del paciente (335019)			I	- Prevención de aspiración (1918) - Identificar factores de riesgo (191801) - Evitar factores de riesgo (198102)



DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Colocar al paciente en decúbito lateral, para evitar la aspiración.(335027) - Precauciones para evitar la aspiración: (3200) - Vigilancia del nivel de conciencia, reflejos de (320001) - Mantener una vía aérea permeable(320003) - Mantener el equipo de aspiración disponible - operativo.(320011) - Aspiración de las vías aéreas (3160) - Determinar la necesidad de la aspiración (316001) - Aspirar por las comisuras evitando tocar la zona de suturas (uranoestafiorrafia) - Ayudar al niño a eliminar las secreciones por si solo con una gasa evidenciando si es sangrado o secreción salival. - Auscultar los sonidos respiratorios antes y después de la aspiración	Neumonía aspirativa	-Evaluación por anestesiología		



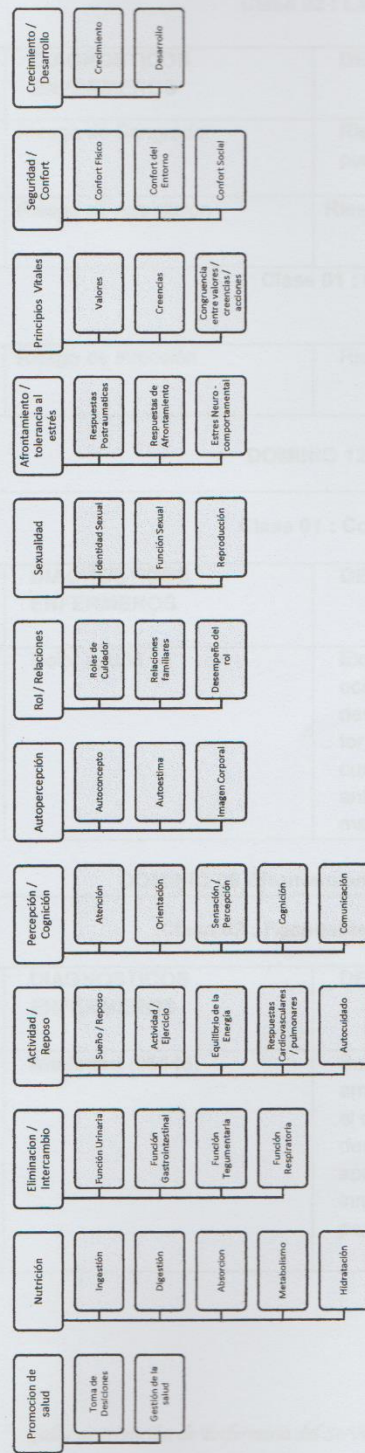
DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA (NANDA)	META	INTERVENCION DE ENFERMERIA (NIC)	COMPLICACION	INTERVENCION INTERDISCIPLINARIA	GRADO DE INDEPENDENCIA	INDICADOR DE SEGUIMIENTO (NOC)
		- Disponer precauciones universales; guante, gafas, máscara, si es el caso.(316027) - Anotar el tipo y cantidad de secreciones obtenidas.				





VIII. ANEXOS

ANEXO 1 TAXONOMIA NANDA



1. Fuente: Johnson M. *Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones: interrelaciones NANDA, NOC y NIC*. 2ª ed. Madrid: Elsevier, 2006.



TAXONOMIA NANDA

DOMINIO 11:Seguridad/Protección

Clase 02 : Lesión Física

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00206	Riesgo de Sangrado:	Riesgo de disminución del volumen de sangre que puede comprometer la salud
00039	Riesgo de Aspiración	Riesgo de que penetren en el árbol traqueo bronquial

Clase 01 : Infección

0004	Riesgo de infección	Riesgo de ser invadido por organismos patógenos
------	---------------------	---

DOMINIO 12: Confort

Clase 01 : Confort físico

CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00132	Dolor agudo	Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión real o potencial o descrita en tales términos (International Association for the Study of Pain); inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible y una duración inferior a 6 meses

DOMINIO 09 Afrontamiento /Tolerancia al Estrés

Clase 02 : Respuestas de afrontamiento

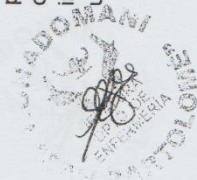
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00146	Ansiedad (00146)	Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza

DOMINIO 3: Eliminación e intercambio		
Clase 04: Función respiratoria		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00030	Deterioro de intercambio de gases	Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana
DOMINIO 4: Actividad y reposo		
Clase 02: Actividad / Ejercicio		
CÓDIGO	DIAGNOSTICOS ENFERMEROS	DEFINICION
00085	Deterioro de la movilidad física	La limitación del movimiento independiente, intencionado, que padece la persona en el conjunto de su cuerpo o de una o más extremidades.



ANEXO 2 TAXONOMIA NIC

Nivel 1 Campos	Campos				Campos	Campos	Campos
	Campo 1	Campo 2	Campo 3	Campo 4	Campo 5	Campo 6	Campo 7
1. Fisiológico: Básico	Cuidados que apoyan el funcionamiento físico	2. Fisiológico: Complejo	3. Conductual	4. Seguridad	5. Familia	6. Sistema Sanitario	7. Comunidad
		Cuidados que apoyan la regulación homeostática	Cuidados que apoyan el funcionamiento psicosocial y facilitan los cambios de estilo de vida	Cuidados que apoyan la protección contra daños	Cuidados que apoyan a la unidad familiar	Cuidados que apoyan el uso eficaz del sistema de prestación de asistencia sanitaria	Cuidados que apoyan la salud de la comunidad
Nivel 2 Clases	Control de actividad y ejercicio: intervenciones para organizar o ayudar en la actividad física y la conservación y el gasto de energía	Control de electrolitos y ácido básico: intervenciones para regular el equilibrio electrolítico y ácido básico y prevenir complicaciones.	Terapia Conductual Terapia Cognitiva Potenciación de la Comunicación Ayuda para el afrontamiento	Control en casos de crisis Control de Riesgos: intervenciones para iniciar actividades de reducción de riesgos y continuar el control de riesgos a lo largo del tiempo.	W. Cuidados de un bebe Z. Cuidados de crianza de un nuevo bebé X. Cuidados durante la vida	Y. Medicación del sistema sanitario a. Gestión del sistema sanitario b. Control de la Información	c. Fomento de la salud de la comunidad d. Control de riesgos de la comunidad
	Control de la eliminación: intervenciones para establecer y mantener las pautas regulares de eliminación intestinal y urinaria y	Control de Fármacos: intervenciones para facilitar los efectos deseados de los agente farmacológicos	Educación de los pacientes Fomento de la comodidad psicológica				



controlar las complicaciones resultantes de pautas alteradas.	<i>Control Neurológico:</i> Intervenciones para optimizar la función neurológica
<i>Control de la Inmovilidad:</i> intervenciones para controlar el movimiento corporal restringido y las secuelas	<i>Cuidados Perioperatorios:</i> intervenciones para proporcionar cuidado antes, durante e inmediatamente después de la cirugía.
<i>Apoyo Nutricional:</i> intervenciones para modificar o mantener el estado nutricional	<i>Control Respiratorio:</i> intervenciones para fomentar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso
<i>Fomento de la Comodidad Física:</i> intervenciones para fomentar la comodidad utilizando técnicas físicas	<i>Control de la piel/heridas:</i> intervenciones para mantener o restablecer la integridad de los tejidos.
<i>Facilitación del Autocuidado:</i> intervenciones para proporcionar o ayudar en las	



actividades
rutinarias de la
vida diaria

Termorregulación:
intervenciones
para mantener la
temperatura
corporal dentro de
unos límites
normales

*Control de la
Perfusión tisular:*
intervenciones
para optimizar la
circulación
sanguínea y de
líquidos hacia los
tejidos.

Fuente: Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Madrid: Elsevier, 2008. Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.



TAXONOMIA NIC

CODIGO	ETIQUETA	DEFINICION	CAMPO	CLASE
4010	Prevención de hemorragia	Disminución de los estímulos que pueden inducir hemorragias en pacientes con riesgo de sufrirlas	Fisiológico: Complejo	Control de la perfusión tisular
4020	Disminución de la hemorragia	Limitación de la pérdida de volumen sanguíneo durante un episodio de hemorragia	Fisiológico: Complejo	Control de la perfusión tisular
4235	Flebotomía: Vía canalizada	Extracción de una muestra de sangre a través de un catéter vascular permanente para pruebas de laboratorio	Fisiológico: Complejo	Control de la perfusión tisular
4140	Reposición de líquidos	Administración rápida de los líquidos intravenosas	Fisiológico: Complejo	Control de la perfusión tisular
7690	Interpretación de datos de laboratorio	Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones medicas	Sistema sanitario	Gestión del sistema sanitario
4030	Administración de hemoderivados	Administración de sangre o hemoderivados y monitorización de la respuesta del paciente	Fisiológico: Complejo	Control de la perfusión tisular
1400	Manejo de dolor	Alivio del dolor o disminución del dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente	Fisiológico: Básico	Fomento de la comodidad física
6680	Monitorización de los signos vitales	Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones	Seguridad	Control de riesgos
6540	Control de Infecciones	Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos	Seguridad	Control de riesgos
6550	Protección contra las infecciones	Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo	Seguridad	Control de riesgos
4920	Escucha Activa	Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes y no verbales del paciente	Conductual	Potenciación de la comunicación



5820	Disminución de la ansiedad	Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica
6040	Terapia de relajación	Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica
0590	Ayuda con el Autocuidado: Micción / Defecación	Ayudar a otra persona en las eliminaciones	Fisiológico: Básico	Facilitación del autocuidado
0840	Cambio de posición	Colocación deliberada del paciente o de una parte corporal para favorecer el bienestar fisiológico y/ o psicológico	Fisiológico: Básico	Control de inmovilidad
3590	Vigilancia de la piel	Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y de las mucosas	Fisiológico: Complejo	Control de la piel/heridas
0740	Cuidados del paciente encamado	Fomento de la comodidad y la seguridad, así como prevención de complicaciones en el paciente que no puede levantarse de la cama	Fisiológico: Básico	Control de inmovilidad
1750	Cuidados Perineales	Mantenimiento de la integridad de la piel perineal y alivio de las molestias perineales	Fisiológico: Básico	Facilitación del autocuidado
6680	Monitorización de los signos vitales	Recogida y análisis de datos sobre el estado cardiovascular, respiratorio y de temperatura corporal para determinar y prevenir complicaciones	Seguridad	Control de riesgos
6540	Control de Infecciones	Minimizar el contagio y transmisión de agentes infecciosos	Seguridad	Control de riesgos
6550	Protección contra las infecciones	Prevención y detección precoces de la infección en pacientes de riesgo	Seguridad	Control de riesgos
4920	Escucha Activa	Prestar gran atención y otorgar importancia a los mensajes y no verbales del paciente	Conductual	Potenciación de la comunicación



5820	Disminución de la ansiedad	Minimizar la aprensión, temor, presagios o inquietud relacionados con una fuente no identificada de peligro previsto	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica
6040	Terapia de relajación	Uso de técnicas para favorecer e inducir la relajación con objeto de disminuir los signos y síntomas indeseables como dolor, tensión muscular o ansiedad	Conductual	Fomento de la comodidad psicológica
3350	Monitorización respiratoria	Recopilación y análisis de datos de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado	Fisiológico: Complejo	Control Respiratorio
3200	Precauciones para evitar la aspiración	Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo en el paciente con riesgo de aspiración	Fisiológico: Complejo	Control Respiratorio
3160	Aspiración de las vías aéreas	Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de una sonda de aspiración en la vía oral, nasofaríngea o traqueal del paciente	Fisiológico: Complejo	Control Respiratorio
3350	Monitorización respiratoria	Recopilación y análisis de datos de un paciente para asegurar la permeabilidad de las vías aéreas y el intercambio gaseoso adecuado	Fisiológico: Complejo	Control respiratorio
3300	Manejo de la ventilación mecánica: invasiva	Ayudar al paciente a recibir soporte respiratorio artificial a través de un dispositivo insertado en la traquea	Fisiológico: Complejo	Control respiratorio

**ANEXO 3
TAXONOMIA NOC**

	Dominio I	Dominio II	Dominio III	Dominio IV	Dominio V	Dominio VI	Dominio VII
Nivel 1	Salud Funcional	Salud fisiológica	Salud psicosocial	Conocimiento y conducta de salud	Salud percibida	Salud familiar	Salud comunitaria
Dominio	Resultados que describen la capacidad y realización de las actividades básicas de la vida	Resultados que describen el funcionamiento orgánico	Resultados que describen el funcionamiento psicológicos y social	Resultados que describen actitudes, comprensión y acciones con respecto a la salud y a la enfermedad	Resultados que describen impresiones de la persona sobre la salud y la asistencia sanitaria	Resultados que describen el estado de salud, conducta o el funcionamiento de la familia en conjunto o de una persona como miembro de la familia	Resultado que describen la salud, el bienestar y el funcionamiento de una comunidad o población
Nivel 2	Mantenimiento de la energía:	Cardiopulmonar: Resultados que describen el estado cardiaco, pulmonar, circulatorio o de perfusión tisular de una persona	Bienestar psicológico: resultados que describen la salud emocional de una persona y la autopercepción relacionada	Conducta de salud	Salud y calidad de vida	Desempeño del cuidados familiar	Protección de la salud comunitaria
Clases	Resultados que describen la recuperación, conservación y gasto de la energía de una persona	Eliminación: Resultados que describen los patrones y el	Adaptación psicosocial	Creencias sobre la salud	Satisfacción con los cuidados	Estado de salud de los miembros de la familia	Bienestar comunitario
	Crecimiento y Desarrollo		Conocimientos sobre salud		Sintomatología	Bienestar familiar	



estado de excreción y eliminación de una persona

Movilidad:
Resultados que describen la movilidad física de una persona y las secuelas de la restricción de movimientos

Líquidos y electrolitos:
resultados que describen el estado hidroelectrolítico de una persona

Autocuidado:
Resultados que describen la capacidad de una persona para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria

Respuesta Inmune

Regulación metabólica:
Resultados que describen la capacidad de una persona para controlar el metabolismo corporal

Control de riesgos y seguridad:

Resultados que describen el estado de seguridad de una persona y/o las acciones para evitar, limitar o controlar las amenazas identificables para la salud

Interacción social



Neurocognitiva

Digestión y Nutrición:
Resultados que describen los patrones digestivos y nutricionales de una persona

Respuesta terapéutica

Integridad tisular:
Resultados que describen la condición y función de los tejidos corporales de una persona

Función sensitiva

CÓDIGO	ETIQUETA	DEFINICIÓN	DOMINIO	CLASE
1012	Resultados de pruebas de lenguaje	Capacidad de las personas y estructuras de comunicación verbal y no verbal	Salud psicológica	Comunicación
1040	Control del peso	Acciones terapéuticas para controlar el peso	Conocimiento y conducta de salud	Control de salud
1050	Control de la ingesta, función intestinal	Acciones terapéuticas para controlar la ingesta, función intestinal y salud	Conocimiento y conducta de salud	Control de salud
1211	Plan de Atención	Organización de la atención, recursos, prioridades, planes de acción, recursos de una persona o sistema	Salud psicosocial	Organización
1212	Movilidad	Capacidad para moverse con independencia y seguridad en un entorno de salud	Salud funcional	Movilidad
1013	Resultados de la actividad de lenguaje	Capacidad de las personas y estructuras de comunicación verbal y no verbal	Salud psicológica	Comunicación
1041	Control del peso	Acciones terapéuticas para controlar el peso, función intestinal y salud	Conocimiento y conducta de salud	Control de salud
1051	Control de la ingesta, función intestinal	Acciones terapéuticas para controlar la ingesta, función intestinal y salud	Conocimiento y conducta de salud	Control de salud
1213	Plan de Atención	Organización de la atención, recursos, prioridades, planes de acción, recursos de una persona o sistema	Salud psicosocial	Organización

Fuente: Clasificación de resultados enfermería (NOC) 4ª ed. Madrid. Elsevier, 2008. Nanda Internacional: diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificación, 2009-2011. Barcelona. Elsevier España, cop. 2010.

TAXONOMIA NOC

CODIGO	ETIQUETA	DEFINICION	DOMINIO	CLASE
0413	Severidad de pérdida de sangre	Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa	Salud Fisiológica	Cardiopulmonar
1605	Control del dolor	Acciones personales para controlar el dolor	Conocimiento y conducta de salud	Conducta de salud
1924	Control de riesgo: Proceso infeccioso	Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección	Conocimiento y conducta de salud	Control del riesgo y seguridad
1211	Nivel de Ansiedad	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable	Salud psicosocial	Bienestar psicológico
0208	Movilidad	Capacidad para moverse con resolución en el entorno independientemente con o sin mecanismo de ayuda	Salud funcional	Movilidad
0413	Severidad de la pérdida de sangre	Gravedad de los signos y síntomas de hemorragia interna o externa	Salud fisiológica	Cardiopulmonar
1924	Control del riesgo: Proceso infeccioso	Acciones personales para comprender, evitar, eliminar o reducir la amenaza de adquirir una infección	Conocimiento y conducta de salud	Control de riesgo y seguridad
1211	Nivel de Ansiedad	Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente no identificable	Salud psicosocial	Bienestar psicológico

1.

