



# Cuidados de enfermería en la atención extrahospitalaria

Grupo Regional de Cuidados de EPES  
Revisión 2014



Emergencias Sanitarias  
CONSEJERÍA DE IGUALDAD,  
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES



Editado por Empresa Pública de Emergencias Sanitarias  
Enero 2014, Grupo Regional de Cuidados de la Empresa Pública de  
Emergencias Sanitarias de Andalucía

EMPRESA PÚBLICA DE EMERGENCIAS SANITARIAS  
Parque Tecnológico de Andalucía. C/ Severo Ochoa, 28.  
29590 Campanillas, Málaga. España  
[www.epes.es](http://www.epes.es) | [scentral@epes.es](mailto:scentral@epes.es)

---

Esta obra está licenciada bajo la Licencia Creative Commons  
Atribución-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional.  
Para ver una copia de esta licencia, visite:  
[http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es\\_CO](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.es_CO)



# ÍNDICE

1.	<b>PRESENTACIÓN.....</b>	<b>5</b>
2.	<b>AUTORES .....</b>	<b>6</b>
3.	<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>8</b>
4.	<b>PRINCIPIOS BÁSICOS.....</b>	<b>18</b>
5.	<b>PERFIL DE PACIENTES.....</b>	<b>20</b>
6.	<b>CUESTIONES GENERALES.....</b>	<b>23</b>
	6.1. Monitorización de constantes.....	23
	6.2. Información DIRAYA.....	23
	6.3. Uso de Escalas.....	24
	6.4. Situación Basal del paciente.....	25
	6.4.1. Nivel funcional para las ABVD.....	25
	6.4.2. Cuidador/a.....	25
	6.4.3. Dispositivos previos.....	25
	6.4.4. Conductas de riesgo.....	26
	6.4.5. Conocimiento / Cumplimiento.....	26
7.	<b>LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.....</b>	<b>27</b>
	7.1. Necesidad de Seguridad/Evitar peligros.....	30
8.	<b>PROBLEMAS DETECTADOS POR ENFERMERIA.....</b>	<b>34</b>
9.	<b>NOCs.....</b>	<b>36</b>
	9.1. Uso de los NOCs para determinar resultados de los cuidados de Enfermería.....	36
	9.2. USO DE LOS NOCs para monitorización de constantes.....	36
10.	<b>NICs.....</b>	<b>37</b>
11.	<b>SEGURIDAD DEL PACIENTE EN ASISTENCIA Y TRASLADO (GPC).....</b>	<b>37</b>
12.	<b>DERECHOS DEL PACIENTE.....</b>	<b>39</b>
	12.1. Facilitar la participación de las personas que dan “soporte afectivo” al paciente.....	39
	12.2. Protección de los derechos del paciente (7460).....	39
	12.3. El acompañamiento del paciente por su familiar en la UVI móvil.....	39
	12.4. Consentimiento informado (CI).....	39
13.	<b>CONTINUIDAD DE CUIDADOS (Con AP y AE).....</b>	<b>40</b>
	13.1. Con atención especializada.....	40
	13.2. Con atención primaria.....	40
14.	<b>CUIDADOS POR PROCESOS (también representados con las gradillas de evaluación en cada uno).....</b>	<b>40</b>
	14.1. Genérico EE y ECA.....	42
	14.2. ACVA.....	48
	14.3. PCR.....	56

14.4. Cardiológicos.....	63
14.5. Trauma Grave.....	70
14.6. Respiratorio.....	79
14.7. Hipoglucemia ECA.....	85
<b>15. ANEXOS.....</b>	<b>90</b>
ANEXO 1. Dolor.....	90
ANEXO 2. Derivación pacientes vulnerables (derivación EGC).....	96
ANEXO 3. Transferencia ISOBAR .....	99
ANEXO 4. Intervenciones basadas en evidencia .....	100

## 1. PRESENTACIÓN

La Empresa Pública de Emergencias Sanitarias (EPES) como entidad que gestiona los centros de coordinación de urgencias y emergencias de Andalucía, el servicio de emergencias sanitarias con sus diferentes equipos y el servicio Salud Responde, ha evolucionado y adaptado su organización, su estructura y sus competencias y perfiles profesionales a las nuevas fórmulas y servicios que el Sistema Sanitario Público ha ido desplegando en respuesta a las necesidades de nuestra sociedad.

La empresa ha desarrollado al máximo las competencias profesionales de los integrantes y componentes de nuestros equipos a lo largo de los años. Equipos que necesariamente son multidisciplinarios, que intervienen en el proceso asistencial tanto desde la UVI móvil o desde el centro coordinador, lo que exige cohesión, responsabilidad y compromiso.

En esta línea para desarrollar las competencias de los profesionales de enfermería a su máximo nivel, se ha prestado especial atención a la gestión de los espacios compartidos con los demás integrantes de los equipos profesionales, imprescindible para potenciar y afianzar los resultados en salud.

El desarrollo de los cuidados en todas las actividades y servicios que EPES presta ha sido un elemento esencial que ha facilitado esta evolución, y que comenzó hace más de una década, cuando un grupo de profesionales de enfermería a raíz de un proyecto de investigación realizado en 1999, propuso “el cuidado integral del paciente” como una meta estratégica en la empresa, siendo impulsada y renovada en 2004 con la creación del Grupo de Cuidados.

La línea de atención de enfermería de la empresa ha evolucionado desde un rol profesional donde predominaban las técnicas hacia la asunción del cuidado integral del paciente. Este enfoque, recogido en el documento ‘Marco conceptual del Proceso enfermero’, está en perfecta armonía con la estrategia de cuidados del Sistema Sanitario Público de Andalucía, que facilitó además la evolución de la práctica avanzada de enfermería en nuestros Equipos de Coordinación Avanzada (ECAs) y la incorporación de enfermería en la coordinación sanitaria, constituyendo así un modelo de gestión compartida de la demanda urgente y emergente en el Centro de Coordinación de urgencias y emergencias.

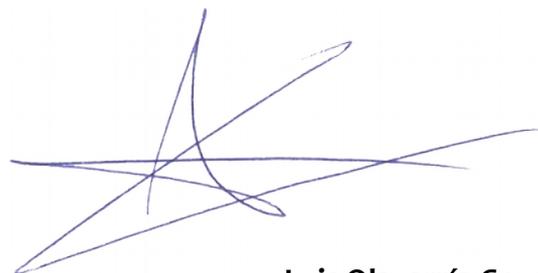
En el año 2012 se establecieron los seis principios básicos sobre los que se asienta el cuidado de nuestros pacientes, integrándolos en cada uno de los procesos de cuidados desarrollados, para configurar la mejor atención de enfermería en los Equipos de Emergencias y ECAs. Cuidados que se realizan en el contexto de la atención multidisciplinaria urgente y emergente y que facilitan la toma de decisiones conjunta en el equipo sanitario y con el paciente-familia a quien se presta la asistencia.

El documento que aquí presentamos refleja, tras años de aprendizaje, investigación, consenso, y práctica reflexiva y madura, elementos claves para que el profesional de

enfermería aporte cuidados de calidad en la atención multidisciplinar del paciente urgente y emergente.

Lo que se expone a continuación es el marco de referencia del cuidado del paciente en nuestra organización en el que se expresan las bases metodológicas, legales y científicas que conforman el metaparadigma del cuidado en emergencias y en el que se detallan cada una de las evidencias de cuidado en cada tipo de paciente que atendemos en EPES.

Desde estas líneas, es necesario reconocer y agradecer el esfuerzo del Grupo de Cuidados, formado por profesionales de enfermería de toda Andalucía, artífices de este excelente trabajo que recoge las aportaciones de los profesionales de enfermería de nuestra organización. Con todos ellos, seguiremos avanzando para asegurar el mejor cuidado posible a las personas que atendemos con nuestros recursos, garantizando la individualización del cuidado al paciente-familia, la aplicación de la máxima evidencia disponible, y entre otras cuestiones, la coordinación con profesionales de enfermería de otros niveles asistenciales para asegurar la continuidad o la mejora del cuidado que necesita cada paciente, que en no pocas ocasiones, es la clave para asegurar la mejor atención sanitaria a determinadas personas.



**Luis Olavarría Govantes**  
Director Gerente de la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias

**2. AUTORES/AS:**

Ana Bocanegra Pérez

Ana M<sup>a</sup> Rojas Jiménez

Ángeles Ríos Ángeles

Beatriz Martín Reyes

César Pedro Sánchez Almagro

Enrique Coca Boronat

Esperanza Sánchez Ropero

Hugo José Rodríguez Ruíz

Inmaculada Rodríguez Morales

Javier Jesús Tello García

Justi De La Cruz Fernández

M<sup>a</sup> Del Carmen García Cazalilla

M<sup>a</sup> Del Mar Hernández Rodríguez

Manuel Moyano Jiménez

Rafael Muñoz Arcos

Roberto Ariza Wachler

Susana De Castro García

Victoria Maíz Gabino

### 3. INTRODUCCION

El objetivo inicial con el que se creó en 2004 el “Grupo de Proceso enfermero de EPES” fue el siguiente:

Garantizar en EPES la atención enfermera en base a un Modelo conceptual y un método científico para **prestar los cuidados de forma integral al paciente y su familia** en el contexto de la **atención extrahospitalaria**, haciendo asimismo realidad la **continuidad de cuidados interniveles**.

#### **Algunas claves del Marco Conceptual de Proceso enfermero<sup>1</sup> en EPES.**

Edición EPES 2005

**El cuidado de la persona en situación crítica ha sido uno de los campos de los servicios de salud que mayores transformaciones ha sufrido en los últimos 25 años.** Desde los primitivos dispositivos de urgencias que se desplegaban ante catástrofes naturales o conflictos bélicos, hasta los actuales servicios de Cuidados Críticos y Urgencias o los Servicios de Emergencias, la atención al paciente crítico se ha convertido en un recurso sanitario convencional e imprescindible para dar cobertura a la alta frecuencia de procesos cardiovasculares, traumatismos y a la demanda de atención urgente. Esta evolución ha estado marcada por un enorme progreso tecnológico y una gran mejora de la efectividad, con la consecución de grandes retos, como la atención rápida a la cardiopatía isquémica aguda, el soporte vital avanzado en el politraumatizado o los dispositivos de soporte prolongado del paciente crítico (ventilación mecánica, monitorización hemodinámica, etc.).

Pero, mientras que la atención médica en este contexto parece haber alcanzado cotas de efectividad más que suficientes, no ocurre así con el cuidado integral de la persona en situación crítica, justo la que mayor vulnerabilidad presenta en la casuística de la atención especializada. Y, aquí, reside una de las mayores fuentes de confusión relativa a los cuidados en estos entornos; **se ha reducido de forma desproporcionada el enfoque de la atención enfermera al paciente crítico a un adecuado manejo de ciertas situaciones fisiopatológicas y de la tecnología derivada.**

**Hoy día las enfermeras, ante una sociedad cada vez mejor informada y más exigente con los servicios sanitarios tanto comunitarios, como hospitalarios y extrahospitalarios, además de proporcionar los cuidados tradicionales debemos responder a las necesidades de las personas para la gestión de su propia salud y de sus autocuidados, funciones de nuestra competencia históricamente.**

La OMS<sup>2</sup> afirma, por ejemplo, que "el ejercicio de la enfermería es un valioso recurso para la salud" y para que dicho recurso alcance pleno desarrollo, los cuidados de enfermería deben ofrecer un servicio competente, diferente al de otros grupos profesionales y útil para las personas que lo requieren.

<sup>1</sup> Marco Conceptual Proceso enfermero en EPES. Hacia la excelencia en el cuidado extrahospitalario. Edita EPES 2005. I.S.B.N.: 84-609-4153-1.

<sup>2</sup> OMS. Fortalecimiento de la enfermería y la partería. 56ª Asamblea Mundial de la Salud, A56/19 Punto 14.11 del orden del día provisional 2 de abril de 2003.

En un estudio elaborado por Nieto y Bernaus<sup>3</sup>, respecto a la opinión y expectativas que sobre los profesionales de enfermería tenía una muestra de 582 pacientes hospitalizados, éstos referían como responsabilidades propias "hacer curas", 512 (88%), y "administrar tratamiento", 484 (83%). Entre las características de la enfermera que consideraban como más relevantes estaba la de ser responsable en su trabajo, 169 (39%); experta en técnicas, 140 (32%), y atenta y educada, 66 (15%). El área de expectativas más importante para los pacientes fue la de comunicación, información y educación.

Afortunadamente en la actualidad la situación es otra. Cada vez más, **las enfermeras tomamos decisiones responsables basadas en conclusiones de investigación (evidencia) y asumimos que la formación permanente es la clave de la independencia y el desarrollo profesional.**

Pero sin duda a pesar de los progresos que estamos obteniendo día a día y que se plasman en las conclusiones de Sociedades de Enfermería y Congresos tanto nacionales como internacionales, hemos sido tradicionalmente nosotros mismos los que hemos frenado la puesta en marcha de un lenguaje común, de un desarrollo profesional independiente, motivado entre otras causas por:

- La formación Biomédica que hemos recibido.
- La cultura hospitalaria con gran importancia de la dimensión interdependiente.
- Escaso conocimiento de Modelos enfermeros
- No reconocemos la necesidad de avanzar en la dimensión independiente.

Luego, **debe haber un cambio conceptual, reestructurando la forma de entender el cuidado, cambiando nuestro entorno para que el ciudadano se beneficie de ello.** Podríamos decir que es fundamental que los profesionales de enfermería del ámbito asistencial, docente, o de la gestión y administración busquemos la complementariedad, lo que unido al desarrollo académico específico y sin limitaciones como derecho que debemos disfrutar en la actual sociedad del conocimiento, nos posibilitará ofrecer cuidados enfermeros de calidad científica, técnica y humana.

Es obligación de los profesionales de Enfermería evolucionar conforme a esta realidad. **Está sobradamente demostrado que el empleo del proceso enfermero en cualquier área implica una garantía científica, profesional y de calidad, que beneficia por encima de todo al ciudadano, sin olvidar al profesional en si mismo y a la Institución que lo ampara.**

En la actualidad, se ha conseguido alcanzar un lenguaje enfermero con un grado de consenso y estandarización, que permite gracias a las diferentes taxonomías y clasificaciones internacionales, reflejar las etapas del proceso de la práctica enfermera.

Enfermería es responsable de dar cuidados de calidad al paciente, conforme a un modelo establecido y la aplicación de un método científico que establezca de forma clara la valoración de las necesidades del paciente con sus manifestaciones de dependencia e independencia, detección de problemas derivados de esta valoración, el establecimiento de unos objetivos o criterios de resultados esperados que minimicen o favorezcan la desaparición de esos problemas, ejecutando para ello una serie de intervenciones con sus respectivas actividades y realizando después una evaluación del proceso para determinar en qué medida se han modificado los indicadores de resultados esperados.

---

<sup>3</sup> Nieto E, Bernaus E, Laínez R, et al. Valoración de las necesidades y expectativas de los pacientes respecto a enfermería. *Enfermería Clínica*, 6 1998; 8: 236-

Estas premisas, aparecían ya en el año 2005, en este Marco Conceptual realizado por profesionales de Enfermería de EPES. Ya entonces hubo que enfrentarse a muchos cuestionamientos sobre el tema, tanto internos como externos. La cuestión era y es clara:

**En Emergencias se puede y se debe cuidar de forma INTEGRAL al paciente.**

### **MARCO ÉTICO-LEGAL**

Establecer fundamentos de derecho, ética y valores en la aplicación de los cuidados enfermeros en la población atendida por los equipos de la empresa pública de emergencias sanitarias, está ligado directamente a la propia filosofía de la Consejería de Salud, y a la ley<sup>4</sup> 2/1998 de 15 de Junio, Ley de Salud de Andalucía-(BOE nº 74 de 4 de Julio de 1998)<sup>i</sup>

Plan Andaluz de Salud<sup>5</sup>, que ya en año 2004 y en relación al cuatrienio 2003- 2008, establecía objetivos como:

- Mejorar la salud desde los entornos sociales. Desarrollando estrategias socio sanitario de atención domiciliaria donde debe converger la asistencia sanitaria con el apoyo social que fomente la autonomía y el autocuidado, así como medidas de ayuda al cuidador principal, papel inherente a la enfermería.
- Personalizar el cuidado de manera que los servicios se organicen para cada persona según sus necesidades, expectativas, autonomía y apoyo social, promoviendo la equidad en el acceso y la continuidad asistencial.
- Favorecer la autonomía de las personas con enfermedades crónicas o discapacidades, y la de sus cuidadores.
- Reducir la morbilidad, la mortalidad prematura y la discapacidad a través del desarrollo de planes integrales sobre un número específico de patologías unificadas en los procesos asistenciales, según criterios de la consejería.

A su vez por el Sistema Público de Andalucía se prestarán cuidados enfermeros de forma reglada y continuada, en su domicilio a todas aquellas personas mayores o con discapacidad que lo necesiten y por indicación médica o enfermera. Este servicio se prestará en todo caso de forma coordinada con los Servicios Sociales correspondientes, garantizado por el **Decreto 137/2002 De Apoyo A Las Familias Andaluzas**<sup>6</sup>: es misión por tanto de la enfermería de EPES, coordinarse con las Enfermeras Comunitarias de Enlace (ECE), para la identificación y control de los usuarios que sean susceptibles de ser reevaluados por las ECE (o viceversa), y por tanto garantizar así la continuidad asistencial.

**La gestión de casos es un proceso de colaboración mediante el cual la enfermera vela para que el paciente alcance los objetivos marcados en su plan asistencial coordinándose con diferentes profesionales y movilizandolos recursos necesarios, garantizando así una atención integral y continuada que resuelva las necesidades de cuidados del paciente y su cuidadora.**

**Ley 41/2002 Básica reguladora de la Autonomía del paciente y de Derechos y Obligaciones en materia de Información y Documentación Clínica**<sup>7</sup>, especifica en los artículos 14 y 15 del capítulo

<sup>4</sup> Ley de Salud de Andalucía (Ley 2/1998 de 15 de Junio)

Disponibile en: [www.funcionadministrativa.com/legis/leysalud.HTM](http://www.funcionadministrativa.com/legis/leysalud.HTM) Consultada 05/08/2004

<sup>5</sup> III Plan Andaluz de Salud 2003-2008

Disponibile en: [www.csalud.junta-andalucia.es](http://www.csalud.junta-andalucia.es) Consultada 07/08/2004

<sup>6</sup> Decreto 137/2002 de Apoyo a las Familias Andaluzas. BOJA nº 52 de 04 de Mayo 2002 Página 7127 y siguientes.

Disponibile en: [www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp](http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp) (Manual de procedimientos de la ECE . (Versión 3) Consultado 20/08/2004

V: la Historia Clínica.-definición y archivo de las historias clínicas. Contenido de la historia clínica de cada paciente.

“La historia clínica comprende el conjunto de documentos relativos a los procesos asistenciales de cada paciente, con la identificación de los médicos y profesionales que han intervenido en ellos..., donde el contenido mínimo será entre otros la evolución y planificación de cuidados de enfermería, la aplicación terapéutica de enfermería y el gráfico de constantes”.

Asimismo esta Ley determina elementos fundamentales para garantizar la intimidad del paciente y preservar su dignidad, de la confidencialidad de los datos clínicos y de la historia del paciente y de la información que hay que dar al paciente para la toma de decisiones conjunta y más adecuada a los valores del paciente en la asistencia (Consentimiento informado).

**Ley 44/2003 de 21 de noviembre, de Ordenación de Profesiones Sanitarias**<sup>8</sup> estructura como profesión sanitaria de nivel diplomado el título de Diplomado en enfermería, la cual sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesión sanitaria, son funciones de nivel diplomado enfermeros: La dirección, evaluación, prestación de los cuidados de enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

La actual **profesión de Enfermería, regulada por el Real Decreto 1231/2001 de 8 de noviembre**<sup>9</sup>, se encuentra perfectamente actualizada a los perfiles exigidos en todo momento no solo por el SSPA y SNS, sino por las demandas que están y persiguen los usuarios de dicho sistema, siempre mediante un procedimiento holístico y científico, como fundamentado por el código deontológico<sup>10</sup> de la profesión enfermera, el cual determina que el ejercicio de la actividad enfermera se realizará alrededor de unos valores que, con el paso del tiempo, se han ido traduciendo en normas de conducta capaces de generar un verdadero "talante profesional" que distingue la forma de hacer de las enfermeras y enfermeros. El **Código Deontológico de la Enfermería Española** recoge ese acervo acuñado por la profesión y expresa la genuina forma en que se realiza la actividad de cuidar, con la finalidad de alcanzar la máxima Calidad y Excelencia de la Profesión Enfermera.

Esta ley explícita la misión de la enfermería, con la misión específica de prestar atención de salud a los individuos, familias, y comunidades en todas las etapas del ciclo vital y en sus procesos de desarrollo. Además determina que la profesión enfermera es la única habilitada a nivel legal y nacional, como la encargada de los cuidados de la población (Art. 53-1,2).

Por tanto los cuidados de enfermería son funciones inherentes a la única profesión nacional habilitada al efecto, incumbiendo a ésta profesión la responsabilidad de proporcionar de forma individual o, en su caso, de forma coordinada dentro de un equipo de salud, los cuidados propios de su competencia, al individuo, a la familia y a la comunidad, de modo directo, continuo, integral e individualizado. (Art. 54. -1-2).

---

<sup>7</sup> Ley Básica Reguladora de la Autonomía del Paciente y de Derechos y Obligaciones en Materia de Salud. Disponible en: [www.actualderechosanitario.com](http://www.actualderechosanitario.com) Actualidad de derecho Sanitario. Nº 88-noviembre 2002. Consultado el 25/08/2004.

<sup>8</sup> Ley de Ordenación de Profesiones Sanitarias. Ley 44/2003 de 21 de noviembre. Disponible en: [www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp](http://www.sas.junta-andalucia.es/principal/documentosAcc.asp) Consultada 10/09/2004

<sup>9</sup> REAL DECRETO 1231/2001, de 8 de noviembre [BOE nº 269 de 9 de Noviembre de 2001](http://www.boe.es) [Página 40986 y siguientes.](http://www.boe.es)

<sup>10</sup> [Código Deontológico de la Enfermería Española](http://www.ocenf.org) Disponible en: [www.ocenf.org](http://www.ocenf.org) Consultada el 12/08/2004

En dicho artículo en su punto 3, se resume diciendo: “**Los Cuidados de Enfermería comprenden la ayuda prestada por el enfermero en el ámbito de su competencia profesional a personas, enfermas o sanas, y a comunidades, en la ejecución de cuantas actividades contribuyan al mantenimiento, promoción y restablecimiento de la salud, prevención de las enfermedades y accidentes, así como asistencia, rehabilitación y reinserción social**”.

Tras la realización del marco conceptual por parte del Grupo Proceso Enfermero, ha habido un desarrollo legislativo más amplio en materia de derechos del paciente que nos obligan a los profesionales sanitarios a modificar y adaptar nuestra práctica asistencial para dar respuesta a estas garantías en la atención sanitaria. A modo de resumen:

A nivel interno, se desarrollan los siguientes documentos:

- **Carta** de derechos y deberes EPES
- **PG28\_0. Procedimiento general de Intimidad, confidencialidad e información en la Atención Sanitaria Extrahospitalaria**, aprobado por la Comisión de ética e investigación y publicado en Mapa de Procesos de EPES en septiembre de 2009.
- **PG29\_1. TOMA DE DECISIONES POR REPRESENTACIÓN**, aprobado por la Comisión de ética e investigación y publicado en Mapa de Procesos de EPES en septiembre de 2009 y que se ha modificado recientemente por consenso del Comité de Ética de EPES (Julio 2013)
- **PG19\_1. ATENCIÓN DEL PACIENTE AL FINAL DE LA VIDA**, pendiente de publicación en Mapa de Procesos y que viene a sustituir al Procedimiento de aplicación de la Voluntad Vital del paciente, ya que la Ley 2/2010 amplía los deberes de los profesionales sanitarios en cuanto a la atención del paciente en el final de la vida. *Aprobado por el Comité de Ética de EPES en Marzo 2013.*

A nivel externo, algunas referencias son:

- **Estatuto de autonomía de Andalucía**, aprobado en referéndum el 18 de febrero de 2007 en el que se determinan derechos del paciente relacionados con el dolor y sufrimiento, con la información y con la mejor atención sanitaria en el final de la vida.
- **Orden de 8 de Julio de 2009 Instrucciones para los centros sanitarios del SSPA en relación al procedimiento de Consentimiento Informado.**
- **Ley 2/2010 de 8 de abril de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte.**
- Resolución SAS de 1 de junio de 2010 con instrucciones para la aplicación de la ley 2/2010
- **Real Decreto 1093/2010, de 3 de septiembre, por el que se aprueba el conjunto mínimo de datos de los informes clínicos en el Sistema Nacional de Salud.** En este decreto se indica que el lenguaje utilizado por Enfermería debe ser la taxonomía Nanda-NOC-NIC para la expresión de los problemas, criterios de resultado e intervenciones. Se indica además que la valoración debe hacerse sobre un modelo establecido, añadiendo los test precisos para determinar la situación del paciente, etc. Esta información se encuentra en el Anexo VII de este real decreto.

También ha habido un desarrollo amplio en materia de Seguridad del paciente, con elementos clave que son de aplicación por parte de todos los profesionales sanitarios. En nuestro medio (atención extrahospitalaria), una de las referencias clave para esta cuestión es la **Guía de**

**Práctica clínica de Seguridad del paciente<sup>11</sup>**, realizada por el grupo de Cuidados de EPES en 2010 y cuya revisión se está llevando a cabo en la actualidad.

Diez años después de esta segunda Fase iniciada en EPES (la anterior fue en 1999, promovida también por profesionales), enmarcamos la situación actual y los cuidados establecidos a nuestros pacientes por parte de Enfermería a nivel asistencial, en los Equipos de Emergencias Terrestres y Aéreos (EE) y Equipos de Coordinación Avanzada (ECA).

**Enfermería es responsable de prestar un cuidado integral al paciente<sup>12</sup>**. Debe cuidar no solo la **esfera Física** (relacionada con la situación de base del paciente y la patología que presente en ese momento) sino también la **emocional**, las respuestas humanas (qué respuesta tiene cada persona a la situación que está viviendo), a una situación de ruptura que puede ser total con su vida de hace 30 minutos (accidente de tráfico, SCACEST, ACVA, etc) o a un empeoramiento en su situación de salud (en caso de pacientes con reagudizaciones de su enfermedad) o en situaciones de final de la vida; un tipo de pacientes que hasta hace poco tiempo pensábamos que no eran susceptibles de atención por un EE. La legislación vigente viene a determinar que la atención de las personas en el final de la vida es responsabilidad de todos los profesionales sanitarios y por tanto, también de los profesionales de emergencias que tienen que aprender a asistirlos y por tanto a cuidarlos.

El profesional de Enfermería debe cuidar la Esfera **Social** o relacional o de Soporte afectivo y del **entorno** del paciente (lo que se engloba en el concepto de familia y entorno), facilitando la presencia de la familia, no solo en el acompañamiento del paciente en la UVI, sino durante la asistencia del EE o ECA, **implicando a la familia** en el cuidado del paciente, como elemento de seguridad, ya que es la familia en muchos casos la que aporta información relevante sobre la situación previa del paciente y como elemento de sostenibilidad ya que nuestra sociedad está repleta de cuidadoras/es informales que día a día asisten y por tanto cuidan al paciente en su entorno más íntimo (sus casas), y por último, la **esfera “espiritual”<sup>13</sup>**, los **valores** de esa persona, los que se ha dado así misma o ha adquirido a lo largo de su vida y que han hecho posible su

---

<sup>11</sup> Editado por la Empresa Pública de Emergencias Sanitarias. Marzo 2010. D.L: SE-1425-2010

<sup>12</sup> “Transforming Emergency Care in England”, editado en 2004, se hacía una revisión hasta el momento de todo el sistema de urgencias y emergencias del NHS Inglés, que incluye a todo el sistema de atención urgente y emergente también extrahospitalario, Y por tanto a los recursos extrahospitalarios. Ya en ese momento se hablaba de la necesidad de incorporar un enfoque realmente integrador y con atención a las necesidades personales de forma individualizada a cada paciente como requisito indispensable para el avance y futuro de los servicios de atención emergente y su calidad. Indica que el futuro en la atención en la emergencia pasa por la puesta en marcha de “un modelo de atención en la emergencia centrado en el paciente que vaya más allá de las divisiones tradicionales entre la atención primaria, especializada y la atención social”. “Avances espectaculares se han ido produciendo en el campo de atención emergente. El NHS en Inglaterra ha abanderado este desarrollo. Nuestra propuesta es asentarnos sobre este avance para adoptar un enfoque integrado centrado en el paciente para la atención en las áreas de la urgencia y la emergencia. Queremos ser capaces de crear un sistema que repercuta en el máximo beneficio para los pacientes...[...]. De los seis principios de una atención centrada en el paciente, se establecen: 1. Servicio de alta calidad y atención personalizada e individualizada 2. Sin importar dónde sea prestada la asistencia, ésta será realizada de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

<sup>13</sup> Barry McBrien MSc (Hons), BSc (Hons), PG Dip, PG. Cert. Nurses’ provision of spiritual care in the Emergency Setting – An Irish Perspective. *International Emergency Nursing* (2010) 18, 119– 126. El contexto de la atención emergente ha sufrido cambios en años recientes. La demanda en los flujos de atención y el nivel de complejidad de los pacientes ha aumentado, y simultáneamente ha habido avances en los aspectos clínicos y tecnológicos para su manejo.(Dolan 1998).A pesar de que los avances tecnológicos pueden posibilitar la medición objetiva de respuestas a los cuidados prestados, no pueden en cambio reemplazar la premisa de una atención y cuidados holísticos.

No obstante, ha sido empíricamente demostrado que la prestación de cuidados en la esfera espiritual y emocional es no sólo posible dentro del contexto tecnológico de la enfermería de emergencias, sino que además puede ser positivamente reforzado por el control del contexto tecnológico. (Ray 1987; Cooper, 1993; Walters, 1994, 1995; Davidhizar et al., 2000)

proyecto vital y que modulan la atención sanitaria de nuestros equipos, porque “con el marco legislativo actual como base” orientan la toma de decisiones en el ámbito de la salud.

Un Modelo de Cuidados teniendo en consideración el **enfoque holístico** de la persona, basado en el **Modelo de Suplencia y Ayuda** de Virginia Henderson, en el **Modelo Bifocal** de Carpenito para la determinación de los problemas que presenta el paciente y por supuesto utilizando el lenguaje estandarizado NANDA-NOC-NIC para expresar problemas, objetivos e intervenciones, aplicando para ello el método científico proceso enfermero.

*“Un gran número de modelos<sup>14</sup> de atención centrados en el paciente han sido desarrollados, estableciendo la base de lo que puede denominarse “la experiencia del paciente”.*

*Sin duda el más ampliamente reconocido es el establecido por el Instituto de Medicina (IOM) que establece 6 dimensiones fundamentales de todo aquel sistema de atención centrado en el paciente:*

- 1. Compasión (o lo que quizá podríamos traducir a nuestros valores europeos la consideración de los valores éticos y morales)*
- 2. Empatía y capacidad de respuesta hacia las necesidades individuales, valores personales y preferencias expresadas.*
- 3. Coordinación e integración.*
- 4. Información, comunicación y educación.*
- 5. Capaz de proporcionar bienestar físico y soporte emocional, aliviando el miedo y la ansiedad.*
- 6. Participación de la familia y personas de referencia”*

---

<sup>14</sup> Institute of Medicine. *Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century*. Washington, DC: National Academy Press, 2001.



Imagen tomada de Internet: Metaparadigma de enfermería. epistemología del cuidado.

Estos son los cuatro elementos básicos del Metaparadigma de Enfermería. Desde nuestros inicios, hemos considerado los conceptos definidos por Virginia Henderson como la base de nuestro Metaparadigma de Cuidados.

Hoy día, estos elementos definidos por Virginia Henderson siguen teniendo una influencia muy relevante en nuestros cuidados, pero han evolucionado de forma natural y podríamos decir que han ido “creciendo” por la incorporación a nuestro modelo de cuestiones fundamentales marcadas por el gran desarrollo legislativo en materia de salud, la evolución de la atención extrahospitalaria, el perfil de pacientes que atendemos en nuestro ámbito, las relaciones que precisamos mantener y mejorar con otros niveles asistenciales y la reflexión continua que hacemos sobre el impacto que tienen nuestros cuidados en la salud de los pacientes – familias que atendemos con nuestros recursos extrahospitalarios.

Aunque pueda parecer prematuro aventurar estos conceptos, podemos avanzar algo de los mismos, a día de hoy, en el año 2014 y aplicados a nuestra actividad. La mayor parte del contenido de estos elementos quedan reflejados en este documento. A modo de concreción, podemos clarificarlos de la siguiente forma:



Aplicación del **proceso enfermero** que realiza el profesional de enfermería de forma **colaborativa e independiente** para cuidar a la persona, que sufre un episodio de salud urgente o emergente, desde el punto de vista **holístico**. Para atender la **esfera física, emocional, relacional o de soporte y de valores** del paciente. Buscando enfocar su práctica para detectar los **elementos claves** en todas las fases del proceso, desde la valoración a la reevaluación, para facilitar la **continuidad de cuidados** que va necesitar el paciente en otros niveles asistenciales, utilizando para ello la máxima **evidencia** disponible, garantizando la **seguridad** del paciente y el **respeto de sus derechos**.



La **persona** que sufre un episodio urgente o emergente y que ve mermada su salud de forma aguda y crítica en muchos casos. La **persona** es el centro de nuestros cuidados y esto significa que a veces es la **unidad paciente-familia** la destinataria de los mismos. La individualidad de cada **persona** debe traducirse en la **individualización del cuidado** prestado a cada una, y por supuesto al respeto por sus valores.



La **pérdida de la Salud o la merma de la misma** en el contexto de la **urgencia o emergencia** tienen muchas connotaciones. Los pacientes que atendemos en nuestro ámbito tienen **perfiles diferentes**. Pueden ser personas **previamente sanas** que de forma súbita sufren una situación urgente o emergente, personas **enfermas** que tienen episodios de empeoramiento o reagudización de su patología basal, o en las que aparecen nuevos cuadros clínicos que inciden de forma negativa en su situación previa de enfermedad; o personas que se encuentran en el **final de la vida** y que necesitan que se palie su sufrimiento, dolor y en general su padecimiento. Los **objetivos de nuestros cuidados**, entre otras cuestiones, están sujetos a la **situación de partida** del paciente, ya que eso va a condicionar en muchos casos la guía para priorizarlos y realizarlos.



Una de las características de nuestra actividad es la **variabilidad** en cuanto al **lugar de atención del paciente**. En el concepto de urgencia y emergencia está implícito este hecho, ya que son situaciones que acontecen de forma brusca y por tanto en cualquier lugar donde se encuentre la persona en ese momento. Este **entorno** puede ser **facilitador** o todo lo contrario y se suma a la **percepción** del paciente sobre su estado de salud. **Facilitar la presencia** de la **familia** o de la persona que represente el soporte afectivo o relacional del paciente es **clave** en estas situaciones. Este soporte debe estar presente también en nuestro **medio de trabajo**, tan seguro para los profesionales como “hostil” puede resultar para algunas personas.

**En EPES la Historia de Salud del paciente se configura así:**

**ANAMNESIS-SITUACIÓN BASAL:** Historia de salud del paciente, que se compone no solo de las enfermedades previas del paciente y la medicación que toma, sino de si esa persona es independiente o no para realizar las ABVD o las AIVD (toma de decisiones y resolución de problemas) o las AAVD (avanzadas), si tiene hábitos de vida saludables, si su entorno es seguro para prevenir situaciones no deseadas, como caídas, si tiene cuidador o no en caso de que el paciente sea dependiente de cuidados, etc. Si es un paciente polimedicado, con el riesgo que esto tiene sobre todo a partir de cierta edad, si el paciente es vulnerable y por tanto susceptible de padecer enfermedades relevantes o reagudizaciones de su situación de salud u hospitalizaciones reiteradas, etc. Es la suma de la **anamnesis** del médico y de **Enfermería** que son complementarias para establecer la base de cómo se encontraba el paciente previo a la demanda prioridad 1 ó 2 que ha requerido la atención de un EE o ECA.

La **EXPLORACIÓN FÍSICA**, realización de pruebas complementarias y **VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS** para ir enmarcando el problema de salud del momento.

El **JC o DIAGNÓSTICO CLÍNICO**, que determina la patología que tiene el paciente. De igual modo, Enfermería detecta los **problemas más relevantes del paciente**, desde el punto de vista colaborativo y desde el independiente. De igual modo que el JC determina el tratamiento del paciente, los problemas detectados por Enfermería, determinan los objetivos o criterios de resultado (NOC) y las intervenciones (NIC) de cuidados que debe realizar enfermería con cada paciente. Objetivos e intervenciones enfocados a paliar, minimizar o eliminar los problemas detectados.

**REEVALUACIÓN/EVALUACIÓN:** De la eficacia del tratamiento administrado y de las intervenciones realizadas.

**CONTINUIDAD ASISTENCIAL y DE CUIDADOS (Transferencia).** La actuación de un Equipo de Emergencias o ECA, puede finalizar en el domicilio o en un centro hospitalario. En cualquiera de estos casos, y dado que casi nunca somos finalistas en nuestra atención, es fundamental transmitir la información al nivel asistencial que corresponda para que se continúe con el tratamiento y cuidados que el paciente necesita, para el restablecimiento de su salud o para su mejoría, evitando nuevos ingresos hospitalarios, nuevas situaciones de descompensación (urgentes o emergentes), ya que no todos los problemas de salud, afortunadamente se resuelven con más medicación, sino con mejores cuidados y con una reorientación de los mismos por parte de quienes están en el nivel de Atención Primaria. Y no menos importante, en caso de final de la vida, la continuidad y coordinación interniveles es fundamental para que el paciente pueda tener una muerte digna.

#### 4. PRINCIPIOS BÁSICOS

En base a lo expuesto con anterioridad, se establecen los siguientes principios básicos en relación al cuidado de nuestros pacientes:

1. **INDIVIDUALIZACIÓN DEL CUIDADO.** Los Cuidados de Enfermería que se detallan en este documento tienen como **centro a la persona, siendo esto en muchos casos atención a la unidad** paciente-familia, para dar el mejor cuidado. Es imprescindible tener en consideración la información que nos facilita el propio paciente y/o la persona responsable de su cuidado, para prestarle la atención de Enfermería adecuada y adaptada no sólo a la situación de enfermedad que tiene el paciente sino a sus respuestas humanas, en relación a este episodio crítico o urgente que acontece en su vida. Los **valores** del paciente deben ser tenidos en consideración ya que son claves para prestar el cuidado más personalizado posible en situaciones de urgencia o emergencia. Facilitar la **presencia y la implicación de la familia**, si el paciente así lo considera o de forma obligada si el paciente no tiene capacidad para tomar decisiones, es un elemento fundamental a garantizar en la asistencia.

*Poder identificar a la persona que sufre el episodio agudo (urgente o emergente) es fundamental; siendo preciso para ello, registrar la respuesta del paciente (siempre que sea posible) a lo que está aconteciendo. No podemos hacer registros “tipo” en función de la patología o grupo patológico concreto. En cada Historia, al igual que se deben garantizar los datos correctos de filiación de cada persona, debe quedar reflejada la individualidad del paciente.*

2. **EVIDENCIA DEL CUIDADO.** Se mantienen o incorporan elementos esenciales del cuidado de Enfermería, soportados por la Evidencia disponible. Esto es clave para garantizar el **mejor resultado posible** en base a actuaciones que las/os enfermeras/os deben llevar a cabo durante el proceso asistencial.
3. **CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Elemento vital para garantizar una asistencia de calidad. En los Cuidados de Enfermería que se han diseñado, se determina como elemento clave en la atención de determinados pacientes “Vulnerables” (pacientes con enfermedades crónicas, detección de alteraciones en los cuidadores informales, etc.), la derivación de estas situaciones al nivel asistencial de Atención Primaria (enfermera de Familia/enfermera gestora de casos) para que sea esta figura la que realice una monitorización del paciente y/o cuidador/a, con el fin de evitar situaciones de riesgo que puedan ser prevenibles a través de una reorientación de los cuidados que el paciente necesita. Asimismo es fundamental garantizar la continuidad de cuidados con el nivel asistencial de Atención especializada en aquellos pacientes que tras asistencia sean trasladados al Hospital. La transferencia sistematizada a nivel documental y verbal, se convierte además en un elemento de seguridad imprescindible en el proceso de atención del paciente. Transferencia ISOBAR.

*La atención de un paciente por un EE o ECA se deriva de un episodio en la vida del paciente que puede obligar a cambios, puesto que puede requerir de atención especializada, seguimiento y cuidados no precisados con anterioridad. La nueva situación de salud quizá haga necesarios cambios en el estilo de vida del individuo, cuidados o ayuda para alguna o todas las ABVD. La atención enfermera en nuestro ámbito es clave tanto para el control de la situación en la que encontramos al paciente, como para su evolución y resolución de problemas una vez finalizada la asistencia extrahospitalaria.*

4. **SEGURIDAD DEL PACIENTE.** Los Cuidados de Enfermería integran por supuesto, algunos de los elementos esenciales que conforman una **asistencia segura** para los pacientes atendidos. Estos elementos nacen de la GPC: Seguridad del paciente en la atención extrahospitalaria y están integrados en todos los procesos de cuidados de EPES.
5. **RESULTADOS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA.** Se han integrado en el cuidado de pacientes con determinados procesos asistenciales, **criterios de resultado** en relación a Problemas identificados, tanto en el ámbito colaborativo como independiente, definiendo las intervenciones de Enfermería más acordes a realizar para que el resultado esperado tras el cuidado de Enfermería, sea positivo en el estado de salud del paciente.

Es imprescindible que podamos ir revelando el **impacto que el profesional de Enfermería tiene al cuidar al paciente en el ámbito de la atención urgente/emergente. Las áreas más relevantes hasta el momento en cuanto a resultados están enmarcadas en:**

1. Detección de pacientes vulnerables y su derivación, con un Informa de Continuidad de Cuidados (ICC) a Enfermería Gestora de casos (EGC)/Enfermería de Familia (EF), para garantizar una adecuada valoración y seguimiento de pacientes en los que se detecte que la reagudización pueda estar relacionada con cuidados insuficientes, ineficaces o inadecuados y que requieran por tanto de información, reorientación al paciente y/o cuidador sobre ellos.
2. Valoración del dolor del paciente mediante escalas adaptadas a cada tipo de paciente (adulto consciente, niños, adulto con alteración del nivel de conciencia, etc.), para que se pueda garantizar la analgesia efectiva en cada caso.
3. Tolerancia a la CPAP, siendo clave la intervención de enfermería para que el paciente se adapte a este dispositivo y facilitar así la aplicación del procedimiento terapéutico indicado, con el consecuente beneficio sobre el paciente.

**6. GARANTIZAR LOS DERECHOS DEL PACIENTE.** La legislación vigente ha ido dando contenido a determinados elementos que son aplicables a nuestro ámbito de actuación. La Ley establece como deberes de los profesionales sanitarios garantizar los derechos del paciente, siendo ineludible **conformar la actuación de los profesionales** para garantizar el derecho de autonomía del paciente contemplando cuestiones fundamentales como el mantenimiento de la confidencialidad, el respeto de su intimidad, los valores, la voluntad del paciente al final de la vida, así como el aporte de toda la información necesaria para que sea posible el proceso de consentimiento informado.

## 5. PERFIL DE PACIENTES

En el año 2013 hasta 30 de noviembre hemos atendido en EPES a un total de 57.049 pacientes.

Mujeres un 46,1% - Hombres un 51,5%

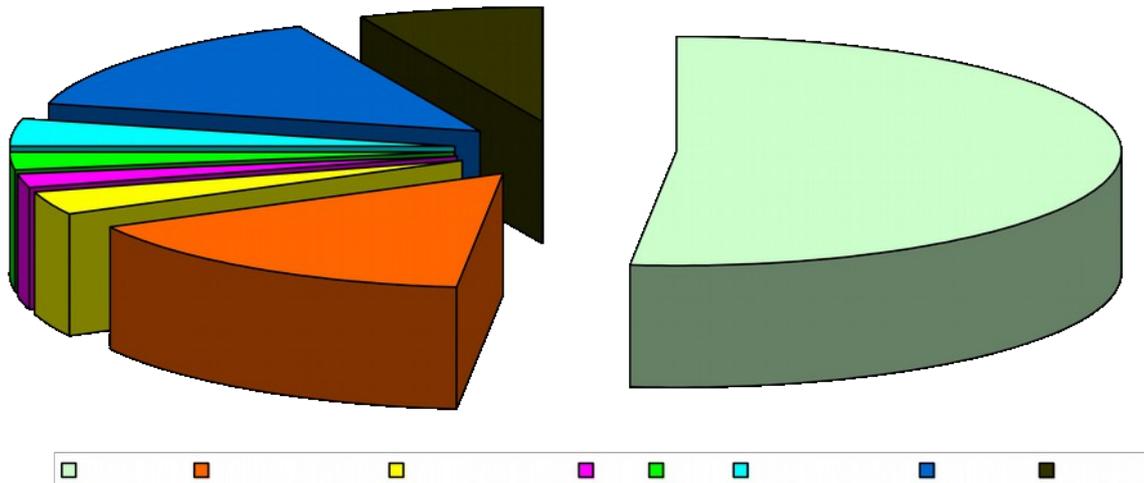
Datos										
	Asistidos	% (<10años)	% (10-20años)	%						
Hombres	29.398	3,00%	4,07%							
Mujeres	26.297	2,73%	3,64%							
Sin Datos	1.296	1,08%	3,16%							
Desconocidos	58	3,45%	6,90%							
<b>Total general</b>	<b>57.049</b>	<b>2,83%</b>	<b>3,85%</b>							

Las franjas de edad de 20-40 años suponen un 15,22% de todos los pacientes atendidos.

De 40 a 60 años, han supuesto un 23,82% de los pacientes asistidos.

De 60 a > 90 años un 54,27%.

### POR TIPO DE PACIENTE. Perfil según patología:



**PROCESO GENÉRICO.** En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 48% del total de asistidos. Un 50% son mujeres y un 47,6% hombres. Un 42,5% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años.

**PROCESOS CARDIOLÓGICOS** (Incluye los Diagnósticos SCACEST-SCASEST-FA-BRADIARRITMIAS-TAQUIARRITMIAS-DOLOR TORÁCICO). En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 14,6% del total. Un 50,1% son Hombres y un 47,5% Mujeres. Un 51,4% de estos pacientes están en la franja de edad de 70 a mayores de 90 años. En caso de proceso SCACEST un **17% son pacientes de 30 a 50 años.**

**PROCESOS RESPIRATORIOS (Incluye los Diagnósticos EPOC-ASMA-EAP).** En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 3,2% del total. Un 63,1% son Hombres y un 34,6% Mujeres. Un 68,2% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años.

**PROCESO PCR** En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 1,6% del total. Un 69,3% son Hombres y un 28% Mujeres. Un 37,7% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años. **Un 7,9% de 20 a 40 años. Un 28% de 40 a 60 años.**

**PROCESO ACVA** En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 2,3% del total. Un 53,6% son Hombres y un 44% Mujeres. Un 60% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años. Un 7,3% de entre 30-50 años. Un 12,6% de 50 a 60 años.

**PROCESO CONVULSIONES** En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 3,7% del total. Un 59,7% son Hombres y un 39,1% Mujeres. Un 22,7% de estos pacientes tienen menos de 10 años. Un 22,32% de 10 a 30 años. Un 19% de 70 años hasta más de 90 años.

**PROCESO TRAUMA** En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 13,5% del total. Un 59,5% son Hombres y un 38,4% Mujeres. Un 47,8% de estos pacientes están en una franja de edad de los 20 a los 50 años.

**PROCESO SÍNCOPE** En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 6,1% del total. Un 53,8% son Hombres y un 43,9% Mujeres. Un 49% de estos pacientes tienen una edad por encima de los 70 años.

**Actualmente los procesos de Cuidados están definidos de la siguiente forma:**

**Cuidados de Enfermería al paciente Cardiológico:** Incluye CIE-9 de: SCACEST-SCASEST-FA-TAQUIARRITMIAS-BRADIARRITMIAS.

**Cuidados de Enfermería al paciente Respiratorio:** Incluye CIE-9 de: EAP-EPOC-ASMA.

**Cuidados de Enfermería al paciente Neurológico:** Incluye el diagnóstico de ACVA.

**Cuidados de Enfermería al paciente Traumatizado:** Desglosado en Trauma Grave para Equipos de Emergencias Terrestres (EET) y Aéreos (EEA) y TSR < 12 (preferentemente) con CIE-9 determinados con esta patología. Y Trauma Leve para ECA.

**Cuidados de Enfermería al paciente en situación de PCR.**

Se tiene una consideración especial en caso del paciente en el final de la Vida, que se deben codificar con CIE-9 V66.7.

**Cuidados de Enfermería al paciente con Hipoglucemia, atendido por ECA.**

**Cuidados de Enfermería al paciente “Genérico”,** incluyendo a todos los pacientes con CIE-s que no se incluyen dentro de los procesos mencionados anteriormente. Desglosado en EET y EEA y en ECA.

Lo establecido en este documento marco de Cuidados, se traduce en una herramienta de Evaluación del Cuidado a modo de evidencias, que recoge todas las cuestiones precisas para el adecuado cuidado de cada paciente

**La TIPIFICACIÓN DE EVIDENCIAS** está basada en la configuración de evidencias de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía.

Los Procesos de Cuidados estarán conformados por evidencias, que den respuesta a las buenas prácticas establecidas en cada proceso (por tipo de paciente). Las evidencias serán esenciales, de grupo I, II ó III. Además de esta configuración, las evidencias se considerarán básicas, entendiendo por éstas las que se deben cumplir para que el proceso de cuidados sea adecuado a la situación del paciente, o avanzadas; siendo éstas las que determinen un cuidado de máxima calidad para el paciente. La catalogación de básica o avanzada, será independiente del tipo de evidencias (esencial, GI-II ó III). Se definen de la siguiente forma:

Esenciales y que es imprescindible que el profesional cumpla,

Grupo I, que indican que el profesional progresa hacia la madurez,

Grupo II, que consolidan la madurez del profesional,

Grupo III, que convierten al profesional en un referente para el resto de los profesionales del Sistema.

De este modo, un proceso adecuado será el que cumpla con las evidencias básicas establecidas. Un proceso avanzado, será aquel que cumpla las evidencias básicas y las avanzadas. El proceso mejorable será aquel que no cumpla con alguna de las evidencias básicas determinadas.

Se extraerán de algunos procesos, evidencias que consideramos claves en el cuidado del paciente. Estas evidencias darán información de resultados concretos esperados con el cuidado del paciente. Por ejemplo; la tolerancia del paciente a la CPAP en caso de que su enfermedad sea un EAP, la valoración del dolor del paciente, la derivación a EF/EGC, etc.

*Nota importante: Las evidencias que consideramos avanzadas están relacionadas con la expresión de los problemas como Diagnósticos de Enfermería (DdE) o Problemas de autonomía (PA), la determinación de NOCs con indicadores claros y adecuados a la situación del paciente, y con algunos derechos del paciente.*

*En las gradillas de Evaluación de los procesos, la forma de evaluar las mismas y de considerarlas realizadas o no, dependerá siempre de si el profesional, por las circunstancias del paciente y de la atención al mismo, ha tenido la oportunidad de realizarlas. En casos en los que se vea claro que el profesional no ha tenido opción a realizar lo indicado en dicha evidencia, ésta se evaluará como E: Excluida en el proceso que se está evaluando. En caso de que el profesional sí tiene la oportunidad de realizarla pero no lo ha hecho, se indicará dicha evidencia como N: No, en la gradilla de evaluación de ese proceso.*

## 6. CUESTIONES GENERALES PARA TODOS LOS PROCESOS DE CUIDADOS:

La Historia de Salud del paciente es única, por tanto no tiene sentido que se repitan determinados elementos en la misma. A continuación se expresan los elementos que deben considerarse con esta premisa, y otros elementos clave en la valoración del paciente:

**6.1 Monitorización de Constantes vitales.** Debe garantizarse por el EE/ECA la toma de aquellas constantes básicas e imprescindibles para cada tipo de paciente, en función de la situación patológica que presente. Asimismo se considera imprescindible que aquella constante que no esté en el rango de lo esperado en función del tipo de paciente atendido, tenga que monitorizarse y registrarse tantas veces como sea preciso para ver la evolución y respuesta del paciente al tratamiento y cuidados prestados. La toma de constantes la realiza el médico/a y enfermera/o en la asistencia. La monitorización de estas constantes es igualmente responsabilidad de ambos profesionales durante toda la asistencia, hasta la resolución de la atención en domicilio o la derivación del paciente al Hospital que corresponda. Por tanto, serán registradas de forma indistinta y común por ambos profesionales. Las constantes a determinar son:

- Tensión Arterial
- Frecuencia Cardíaca.
- Frecuencia Respiratoria.
- Saturación de Oxígeno.
- Glucemia.
- Temperatura.
- **Dolor** (considerada como constante vital), que será valorado por el profesional de **Enfermería** aplicando la **escala** más adecuada a la situación del paciente, en todos los procesos en los que exista dolor referido por el paciente y en aquellos en los que se entiende que éste está presente aún cuando el paciente no lo pueda expresar por motivos diferentes, como en el caso de niños pequeños, pacientes con déficits cognitivos, neurológicos, problemas para la comunicación etc, atendidos por procesos patológicos considerados dolorosos. Este dato será igualmente consensuado por ambos profesionales sanitarios.

Requiere una mención en este apartado el **Nivel de conciencia del paciente**. Habitualmente en nuestro medio, el/la profesional médico/a utiliza la GCS para la determinación de la situación neurológica del paciente. Esta información en la Historia de Salud del paciente es válida, no siendo obligada la determinación de la escala AVDI por parte de Enfermería. Lo que si es imprescindible es que se recoja la situación inicial del nivel de conciencia y las variaciones que ésta pueda tener durante la asistencia del paciente.

**6.2 Información de DIRAYA.** La HCD\_M permite obtener, en los casos en los que esté cumplimentado por MF y EF del paciente, parte de la situación previa de dicho paciente. Historial de Enfermedades, diagnósticos de Enfermería, medicación prescrita, productos

sanitarios prescritos al paciente, alergias. Si esta información existe y se vuelca desde DIRAYA, se tomará en consideración por parte del EE/ECA para no repetir información ya indicada por el nivel de AP. Esto significa que no se volverán a escribir, aunque evidentemente y durante la asistencia en la anamnesis realizada por ambos profesionales, deban verificarse las cuestiones que sean precisas sobre dicha información. Esto posibilita:

- **Verificar las alergias indicadas sin volver a escribirlas**
- **Verificar dispositivos previos que tenga instaurados el paciente sin volver a escribirlos por Enfermería**
- **Orientar sobre el nivel funcional del paciente (Autónomo-Suplencias Parcial o Total). Si la enfermera de familia del paciente ha indicado por ejemplo un índice de Barthel que determina una clara situación de suplencia en el paciente, esto determinaría de forma clara dicha situación sin que fuera necesario repetirlo por parte del profesional del Equipo de Emergencias o ECA.**
- **Reafirmarse en alguno de los Problemas detectados por este nivel asistencial (DdE ya indicados por Primaria).**
- **Verificar conductas de riesgo ya detectadas, etc.**

**6.3 El uso de Escalas.** Las escalas son instrumentos adecuados para expresar situaciones concretas en el paciente. Así como consideramos innecesario que el profesional de Enfermería repita escalas que ya realiza el médico/a del Equipo, estimamos necesario el uso de otras, para evitar errores de valoración y por tanto reducir la variabilidad en algunos elementos clave del cuidado. Algunas de éstas serán:

**ESCALAS de DOLOR.** En el [ANEXO 1 del dolor](#) se presentan las escalas que consideramos necesarias incluir en la HCD\_M y en la práctica diaria para medir de forma correcta el dolor del paciente.

**ESCALA para el NIVEL FUNCIONAL.** Se está desarrollando un trabajo para ajustar de forma más clara la situación de Autonomía o Suplencia del paciente.

**ESCALA RANKIN** en paciente con ACVA. Es preciso que la situación del paciente indicada en la escala Rankin sea equivalente al nivel funcional del paciente para las ABVD. Se considerará adecuado que Enfermería tome en consideración en este tipo de pacientes dicha escala en lugar del nivel funcional. La escala será por tanto consensuada por médico/a y enfermera/o del EE.

**ESCALA DE DISNEA.** No será necesario que Enfermería aplique ninguna escala de Disnea.

Se irán introduciendo escalas en la HCD\_M para que ayuden a la valoración de determinadas áreas del paciente, siempre que sean fáciles y rápidas de aplicar y sobre todo tengan valor, ya no solo para nuestra atención sino para la continuidad de cuidados que el paciente necesite.

Por supuesto no hay que olvidar que los **NOCs**, que se configuran con **escalas Likert con 5 puntos**, pueden ser válidos para determinar, no solo el resultado de los cuidados realizados al paciente, sino también para definir el estado real en el que se encuentre el paciente o cuidador durante la asistencia y que pueda resultar relevante destacar por parte del profesional responsable del cuidado. Para ejemplificar esta cuestión, están las

escalas de medición que se usan en la situación basal del paciente en relación al conocimiento y cumplimiento del Régimen Terapéutico, que se exponen más adelante.

#### **6.4. Situación Basal del Paciente.**

**6.4.1 Nivel funcional para las ABVD.** La identificación de si el paciente es Independiente o Dependiente es muy importante. En la situación de independencia, el sujeto, **con sus propios recursos (esto incluye determinados dispositivos)**, puede satisfacer sus necesidades básicas. Las personas que no son independientes para alguna/s ABVD es porque necesitan la ayuda de otra persona para poder satisfacer dicha/s necesidad/es. En nuestro caso, el nivel funcional se indica: Autónomo-Suplencia parcial-Suplencia Total.

**6.4.2. CUIDADOR/A en caso de Suplencia.** Para pacientes con dependencia parcial y fundamentalmente dependencia total la **valoración del cuidador/a principal es muy relevante**, ya que en no pocas ocasiones la atención sobre la unidad paciente-familia es clave para la mejor atención sanitaria. Es preciso valorar al cuidador, en situaciones de suplencia del paciente, cuando:

- Se detecten déficits de cuidados en el paciente.
- Se encuentren desconocimientos importantes sobre el cuidado del paciente por parte de su cuidador/a.
- Se detecte algún problema en el cuidador, por ejemplo: cansancio o riesgo de cansancio del rol del cuidador, o imposibilidad del cuidador/a de realizar los cuidados adecuados al paciente por razones variadas, o entornos inadecuados para llevar a cabo unos cuidados correctos.
- Se derive al paciente a EGC/EF, por motivos comentados anteriormente o por otros que identifique el profesional de enfermería.

**La valoración del cuidador, que se hará por supuesto cuando sea posible, se registrará bien con los dos primeros ítems de este apartado: Tiene dificultad para el cuidado y cuida a más personas o mediante el NOC 2202 *Preparación del cuidador familiar domiciliario*, con el/los indicador/es más relevantes que considere la enfermera/o.**

**Algunos Indicadores sugeridos en este caso son:**

- 220205 Conocimiento del proceso de enfermedad del receptor en los cuidados
- 220206 Conocimiento del régimen de tratamiento recomendado
- 220207 Conocimiento de los procedimientos recomendados
- 220220 Conocimiento de funcionamiento del equipamiento

**6.4.3. DISPOSITIVOS PREVIOS.** Como se indica en otro apartado, si alguno de los dispositivos previos más clave para la situación del paciente han sido ya indicados por la EF y así constan en la HCD\_M, se darán por registrados. En caso de que no haya nada reflejado y exista un **dispositivo importante** del que dejar constancia, se registrará en el apartado correspondiente (pañal, SNG, SV, reservorio subcutáneo, CPAP nocturna,

oxígeno domiciliario, silla de ruedas, audífono, bomba de insulina, etc.). Dejar constancia de estos dispositivos es imprescindible en:

- Pacientes dependientes para todas las ABVD.
- Pacientes mayores de 75 años.
- Pacientes que independientemente de la edad que tengan, necesiten de un dispositivo para sustentar o realizar alguna ABVD (Por ej. oxígeno domiciliario en paciente respiratorio).

**6.4.4. CONDUCTAS DE RIESGO.** Al igual que en el apartado anterior, si ya se ha indicado por la EF del paciente se da por registrado. Si no hubiera ninguna información o hubiera variación a lo registrado por AP y la conducta de riesgo **sea relevante** para la situación del paciente, debe dejarse reflejada en el apartado correspondiente.

**6.4.5. CONOCIMIENTO RT Y CUMPLIMIENTO RT.** En la situación basal del paciente que tenga medicación prescrita y activa siendo este tratamiento relevante en la situación clínica que presenta el paciente durante la asistencia, es necesario conocer el grado de conocimiento que el paciente tiene sobre dicho tratamiento y el seguimiento del mismo para un adecuado control de la enfermedad. Así mismo, esto es muy relevante en pacientes “polimedicados” (se considera paciente polimedicado el que toma más de 4 medicamentos), ya que esta cuestión suele estar asociada a pacientes mayores o muy mayores, con pluripatologías y/o comorbilidades asociadas. Lo que se registra son los siguientes NOCs que en esta ocasión se usan para definir situación actual del paciente en estas dos cuestiones:

### **CONOCIMIENTO**

**El NOC 1813 Conocimiento: Régimen terapéutico** hace referencia no solo a la medicación sino al proceso de enfermedad, a la dieta prescrita, ejercicio, actividad y procedimientos prescritos, etc. Por tanto si se usa, se debería especificar sobre qué elemento/s (**indicador/es**) se está especificando este conocimiento.

**El NOC 1808 Conocimiento: Medicación** hace referencia a aspectos relacionados con la medicación como si conoce toda la medicación que se está tomando, efectos terapéuticos e indeseables, administración correcta, almacenamiento adecuado, etc. Si es éste el que se usa, se debería especificar sobre qué elemento/s (**indicador/es**) se está especificando este conocimiento.

**Por supuesto, siempre que el paciente no sea independiente, se hará esta valoración sobre su cuidador/a.**

La escala de ambos NOCs es:

1. Ningún conocimiento
2. Conocimiento escaso
3. Conocimiento moderado
4. Conocimiento sustancial

5. Conocimiento extenso

Si la escala de valoración está **por debajo de 3** es importante actuar, con la NIC que proceda. Por ejemplo:

**5602 Enseñanza: proceso de enfermedad**

**5616 Enseñanza: medicamentos prescritos**

**5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescritos**

**5614 Enseñanza: dieta prescrita**

Somos conscientes de que en el medio extrahospitalario las intervenciones de educación sanitaria que podemos realizar, no solventarán en muchos casos el desconocimiento detectado, pero si podemos durante nuestra asistencia dar la información más relevante e imprescindible sobre los déficits detectados en relación a esta cuestión. El profesional de Enfermería valorará si este desconocimiento del paciente y/o de su cuidador/a requiere la derivación del paciente (NIC 8100) a la EGC por el riesgo que puede suponer para su salud este desconocimiento.

En cuanto al CUMPLIMIENTO, los NOC más adecuados serían:

**El NOC 1601 Conducta de cumplimiento**, que hace referencia no solo a la medicación sino al control de la enfermedad, reconocimiento de síntomas, realización de ABVD según prescripción, etc.

**NOC 1622 Conducta de cumplimiento: dieta prescrita**

**NOC 1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita**

**NOC 1609 Conducta terapéutica: enfermedad o lesión**

En cualquiera que sea el usado, se debería especificar sobre qué elemento/s (**indicador/es**) se está especificando este cumplimiento.

La escala de estos NOCs es:

1. Nunca demostrado
2. Raramente demostrado
3. A veces demostrado
4. Frecuentemente demostrado
5. Siempre demostrado

Si la escala de valoración está **por debajo de 4** es importante actuar, con la NIC que proceda. Por ejemplo:

**5616 Enseñanza: medicamentos prescritos**

**5612 Enseñanza: actividad/ejercicio prescritos**

## 5614 Enseñanza: dieta prescrita

### 7400 Guías del Sistema sanitario

Somos conscientes de que en el medio extrahospitalario las intervenciones de educación sanitaria, como es el caso, que podemos realizar, no solventarán en muchos casos el incumplimiento detectado, pero si podemos durante nuestra asistencia dar la información más relevante e imprescindible sobre los déficits detectados en relación a esta cuestión. El profesional de Enfermería valorará si este desconocimiento del paciente y/o de su cuidador/a requiere la derivación del paciente (**NIC 8100**) a la EGC por el riesgo que puede suponer para su salud este incumplimiento.

**Un nivel de desconocimiento o de incumplimiento como el indicado, afecta directamente a la seguridad del paciente.**

En la HCD\_M estos NOCs (los nuevos que se incorporan este año para clarificar la situación del paciente) no están en la parte de situación basal. Se considera adecuado que el profesional los especifique con los indicadores precisos, en la parte de Criterios de resultado de la HCD\_M con una valoración inicial y final, y con las intervenciones que correspondan en caso de que así se requiera.

## 7. LAS 14 NECESIDADES BÁSICAS.

La primera fase de nuestro proceso de cuidados (método científico) comienza por una valoración del paciente. Parte de esta valoración se enmarca dentro de los aspectos recogidos en los apartados anteriores de Situación basal.

En relación a las 14 Necesidades básicas, que adaptamos del modelo de Virginia Henderson, queremos recordar lo siguiente:

*“Las necesidades básicas son las mismas para todos los seres humanos. Éstas son normalmente cubiertas por cada individuo cuando está sano y tiene el conocimiento suficiente para ello. La forma de manifestarse cada una de ellas (manifestaciones de dependencia e independencia), depende entre otros factores, de las características personales, contexto social y etapa del ciclo evolutivo de la persona. Henderson determina como cuidados básicos, las actividades que enfermería hace para ayudar al paciente a cubrir estas necesidades, o para suplirlas en caso de que el paciente no tenga capacidad para hacerlo por sí mismo”.*

Las 14 NB son (entre paréntesis cómo están nombradas en la parte de cuidados de la HCD\_M):

- **Respirar normalmente (RESPIRAR)**
- Comer y beber de forma adecuada (ALIMENTACIÓN)
- Evacuar los desechos corporales: Eliminar (ELIMINACIÓN)
- **Moverse y mantener una postura adecuada (MOVILIDAD)**
- Dormir y descansar (DORMIR/DESCANSAR)
- Vestirse, desvestirse (Tª/VESTIRSE)
- Mantener una adecuada temperatura corporal (Tª/VESTIRSE)
- Mantener higiene corporal, proteger la piel (HIGIENE/PIEL)
- **Evitar peligros y no dañar a los demás (SEGURIDAD/EVITAR PELIGROS)**
- **Comunicarse con otros expresando sus emociones, necesidades, temores u opiniones (COMUNICACIÓN)**
- **Actuar según sus creencias y valores (VALORES)**
- y 13 Autorrealización y recrearse, disfrutar del tiempo de ocio (REALIZACIÓN/OCIO)
- **Aprender (APRENDER)**

*Existe un grupo de necesidades que parecen tener más interrelación entre sí en nuestro ámbito de actuación, y de forma general. Si bien, cada una de ellas resulta relevante en determinado tipo de pacientes y deben ser reconocidas cuando su alteración indique la necesidad de realizar los cuidados básicos, bien por nuestra parte en un primer momento o por otro nivel asistencial en un momento posterior, según requiera la situación del paciente.*

El Grupo de Cuidados determina que es imprescindible **FOCALIZAR** la valoración de las NB en función del tipo de paciente al que estamos atendiendo:

- **En ningún caso** es necesario valorar las 14 NB en un paciente. Se registrarán sólo las que se indiquen en cada proceso concreto **y estén alteradas**, por tanto aquellas que, aún

- estando indicada su valoración en el proceso concreto, no hayan cambiado con respecto a la situación basal previa del paciente, no será necesario ni siquiera chequearlas, ya que debe haber quedado clara la situación basal del paciente y no se precisa repetir esta información.
- En cada proceso se determinará **qué necesidad de forma completa o con algún ítem específico** hay que valorar por parte de Enfermería y que vendrá modulado por el estado de conciencia del paciente y la patología que presenta.
  
  - En aquellas NB en las que ya exista información registrada por parte del médico/a del EE en la anamnesis no será preciso repetirlas. P Ej.: Si el médico/a indica Disnea, no será preciso repetirlo en la parte de Enfermería, aunque sí puede ser preciso indicar algún parámetro adicional dentro de dicha necesidad. (Se especificará esto cuando hablemos de cada proceso).
  
  - La Necesidad de **Seguridad, es una necesidad clave en el individuo y está interrelacionada de una forma muy clara con el resto de necesidades.** Actualmente en esta necesidad hay ítems que no tiene sentido mantener, ya que están identificados en otros apartados de los cuidados del paciente. **La necesidad de Seguridad se explicará en un apartado concreto de este documento.**
  
  - Normalmente lo que queda reflejado en la **valoración del paciente es la situación de partida.** Durante la atención sanitaria, pueden producirse cambios en alguna o algunas de las necesidades básicas. Estos cambios no solo se producen en la necesidad en concreto sino que suelen afectar a otras necesidades, por la interrelación entre ellas. Los profesionales de Enfermería en EPES expresan cambios en las necesidades del paciente de forma diversa:
    - o Indicando en la necesidad concreta, cuestiones que se quieren resaltar y que se han producido durante la atención del paciente.
    - o Expresando la evolución con NOCs específicos o con comentarios específicos

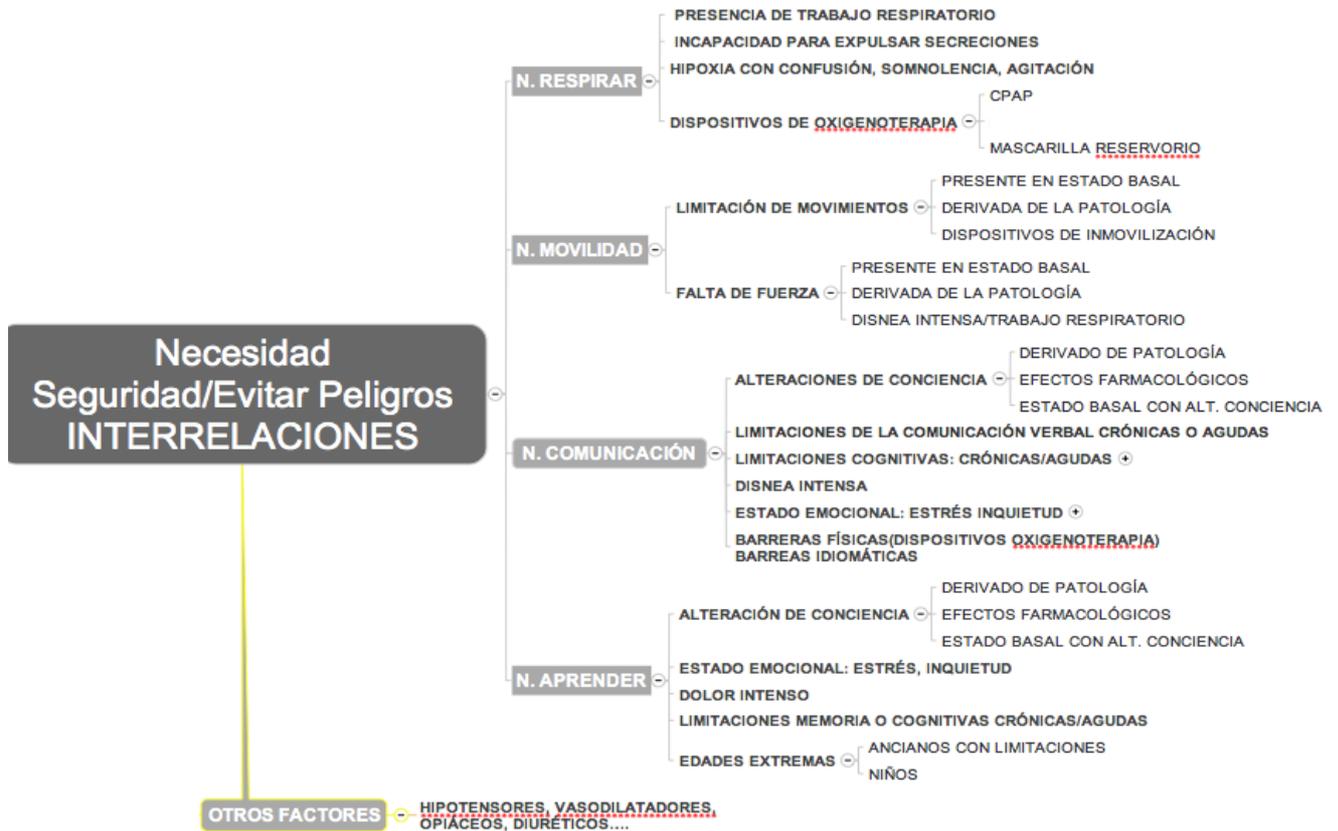
Para clarificar esta situación y que sea entendible lo que queda registrado sobre dichos cambios, se propone que en caso de que éstos se reflejen dentro de las necesidades ya valoradas inicialmente, se indique con un **2º (de segunda valoración) o un F (final)**, previo al nuevo comentario o ítem de la necesidad que ha cambiado.

### **7.1. LA NECESIDAD DE SEGURIDAD/EVITAR PELIGROS (en NANDA aparece Seguridad/Protección) (Dominio 11. Clases 2 y 6)**

Es una de las necesidades que más aspectos abarca, y que por más cuestiones puede verse comprometida. Puede decirse que es la necesidad que más interrelaciones mantiene con las restantes necesidades.

El Esquema 1 muestra las interrelaciones entre las necesidades, y ciertos aspectos de cada una de ellas, así como otros relacionados con la asistencia, que pueden comprometer la seguridad y generar un problema importante en el paciente.

El Esquema 2 muestra la síntesis de las interrelaciones expuestas en el anterior.



Esquema 1. Interrelación con otras necesidades y otros factores de la asistencia.



Esquema 2. Síntesis de las interrelaciones indicadas anteriormente

Por tanto, los elementos que participan en la evaluación de esta necesidad se pueden agrupar en:

**A. FISIOPATOLÓGICOS:**

- Edades extremas (ancianos y niños)
  - Situación Basal de dependencia en Seguridad/Movilidad
  - Limitaciones cognitivas o para la comunicación, crónicas o agudas
  - Alteraciones derivadas de la patología
- ← - Alteración del nivel de conciencia
  - ← - Disnea intensa, falta de fuerza, incapacidad para expulsar secreciones
  - ← - Dolor intenso y estrechamiento del foco de atención, atención centrada en sí mismo, reducción de la interacción con personas y entorno.
  - ← - Alteraciones de la percepción/cognición, de la respuesta sensorial/motora, de la orientación en cuanto a personas-espacio-tiempo-circunstancias
  - ← - Disminución o carencia de la capacidad para los procesos de pensamiento
  - ← - Disminución o carencia para recibir, procesar transmitir y/o usar cualquier forma de comunicación

**B. TERAPÉUTICOS:**

- Dispositivos de Oxigenoterapia
- Dispositivos de inmovilización
- Fármacos y sus efectos derivados (vasodilatadores, hipotensores, opiáceos, benzodiazepinas, sedantes, relajantes musculares, antiarrítmicos, etc.)
- Traslado del paciente en UVI móvil a centro sanitario

*Se trabajará para establecer las interrelaciones en la HCD\_M de forma automática y facilitar al profesional la detección de la alteración de esta necesidad.*

**Damos por hecho que un paciente que tiene alguna alteración expresada anteriormente, bien porque esté presente en su situación basal, por la patología actual o por el tratamiento administrado en nuestra asistencia, tiene alterada la necesidad de seguridad.** El profesional de Enfermería tendrá esta información en consideración ya que facilitará la determinación de problemas, establecimiento de NOCs con indicadores concretos y por supuesto la realización de NICs específicas para dar respuesta desde el punto de vista colaborativo o independiente a esta alteración en la necesidad de Seguridad.

**C. RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO** (en NANDA Tolerancia al Estrés/Afrontamiento)

**(Dominio 9. Clase 2)**

El afrontamiento se define como el conjunto de esfuerzos cognitivos y conductuales que realiza un individuo, que están en constante cambio, y que permiten al individuo adaptarse a una situación que percibe como inasumible con los recursos de los que dispone (Lázarus y Folkman 1986).

El afrontamiento es un proceso que se inicia cuando se dan circunstancias en las que la persona se enfrenta a amenazas como la de perder la propia autonomía/independencia, la pérdida de roles, el dolor o el disconfort, incluso la amenaza para la vida. Este proceso debe ser gestionado con las intervenciones enfermeras adecuadas a la respuesta evaluada en el paciente.

Las respuestas del individuo podrían relacionarse, según las características que presente, manifestaciones y factores relacionados, con DdE enmarcados en el **Afrontamiento/Tolerancia al estrés** (Dominio 9 NANDA). Al tratarse de un proceso que, generalmente se inicia con el acontecimiento que genera la asistencia, puede que resulte difícil al profesional identificar un DdE, incluso en pacientes con procesos crónicos podríamos no disponer de información suficiente para aventurar un diagnóstico.

Como contrapartida, encontramos que los DdE relacionados con el afrontamiento tienen como punto en común que, entre las características definitorias recogen factores relacionados con el **miedo del paciente, el nivel de estrés** o respuestas a éstos. Así mismo, en los resultados sugeridos para estos diagnósticos en la NOC encontramos, como factor común, el indicador **Inquietud**, por lo que si la respuesta del paciente es en este sentido, debe quedar registrada la presencia de la Inquietud y evaluada su intensidad como indicador, con valores Inicial/Final.

La respuesta del paciente puede ir acompañada de expresiones que orienten a la fuente de su inquietud, su miedo o su dificultad para el afrontamiento adecuado, información de gran interés para su abordaje y valoración de la evolución en este sentido, tanto en la atención hospitalaria como en Atención Primaria, al alta.

- **Inquietud ESCALA LIKERT**
- **VERBALIZACIÓN DEL PROBLEMA** (Espacio abierto a texto libre en el que recoger literalmente el origen de la inquietud, del temor, preocupación o incertidumbre del paciente)

**La respuesta inicial de estrés que puede presentar el paciente puede ser una respuesta adaptativa a la situación acontecida.** De hecho puede ser “esperable” una respuesta de estas características (estrés, impotencia, negación, etc.) durante nuestra asistencia. Es preciso detectarla, observarla y acompañar al paciente para hacer frente a la situación, realizando intervenciones como **5270 Apoyo emocional-5340 Presencia 4920-Escucha activa**. O las que se requiera en caso de que se haya identificado un DdE específico sobre el afrontamiento del paciente.

**La respuesta del paciente, el manejo que de ésta hayamos realizado y cómo ha modificado o no estas intervenciones su respuesta emocional, debe ser un elemento a transferir en el siguiente nivel asistencial, ya que esta respuesta debe ser vigilada y cuidada durante la hospitalización del paciente.**

## 8. PROBLEMAS DETECTADOS EN EL PACIENTE

Hasta ahora, los problemas detectados en nuestro medio se han enmarcado en tres áreas:

- Problemas de Colaboración
- Diagnósticos de Enfermería (reales, potenciales o de riesgo)
- Problemas de Autonomía

Las dos áreas en las que interviene una enfermera son la colaborativa y la independiente.

Ante un problema detectado dentro del área colaborativa, las intervenciones de Enfermería se centran en monitorizar la situación del paciente, vigilando los cambios que puedan surgir de las complicaciones que presenta el paciente en ese momento o que puede presentar por su estado fisiopatológico<sup>15</sup>.

Se han dado muchas definiciones de Diagnóstico de Enfermería. Se indican algunas que consideramos más adecuadas. No cabe duda de que la identificación de diagnósticos de Enfermería responde a una práctica reflexiva, orientada a guiar el mejor cuidado del paciente y adaptada por supuesto al medio en el que se desarrolla el cuidado.

Una de las definiciones más actuales de Diagnóstico de enfermería es la de Ruyman Brito: ***“Juicio clínico que enuncia la enfermera al identificar, teniendo en cuenta la percepción del paciente y su familia, una necesidad, respuesta o experiencia humana, perteneciente a las áreas fisiológicas, funcional, psicosocial o ambiental de la persona, que genera una disfunción real o potencial para la vida diaria del paciente dentro de su contexto vital y que conlleva siempre algún tipo de cuidados enfermeros. La resolución de los problemas encontrados puede depender de uno o varios proveedores de cuidados: por un lado del propio paciente y su familia y por otro, la enfermera, acompañada o no de otros profesionales si así fuera necesario<sup>16</sup>”***. ***“Los DdE también son útiles para identificar funcionalidades personales que capacitan y potencian los autocuidados por parte del individuo.”***

Carpenito (en su intervención en la Conferencia de la NANDA-I 2008) define el Diagnóstico enfermero como: ***“Juicio clínico que formulan las enfermeras sobre las respuestas del individuo, familia o comunidad a las afecciones o procesos vitales. A tenor de dicho juicio, la enfermera será responsable de la monitorización de las respuestas del cliente, de la adopción de las decisiones***

<sup>15</sup> Linda J Carpenito. *Diagnóstico de Enfermería. Aplicación a la práctica clínica*. MacGraw Hill-Interamericana de España. 1995

<sup>16</sup> Pedro Ruymán Brito Brito. *Redes y diagnósticos enfermeros. Capítulo I. Qué diagnostican las enfermeras* Editorial: Círculo rojo-Investigación. Julio 2013.

**que culminarán en el un plan de cuidados, y de la ejecución de las intervenciones, incluyendo la colaboración interdisciplinaria y la derivación del paciente si fuera necesario. La enfermera será total o parcialmente responsable de la consecución de los resultados deseados.”**

Carpenito determina que lo más relevante es la detección del problema y que éste debe enmarcarse en una de las dos áreas (colaborativa o independiente) para que las intervenciones realizadas por Enfermería enfoquen bien el cuidado del paciente.

En base a estas reflexiones y a la práctica desarrollada durante estos años en la atención extrahospitalaria, establecemos desde el grupo de cuidados que:

- Es preciso **FOCALIZAR** también en esta fase del proceso. Se debe identificar el problema o los problemas más relevantes que presenta el paciente durante nuestra asistencia, ya que esto definirá el cuidado del paciente.

- **Es preferible no indicar ningún problema que hacer una “lista”, sobre la que no vamos a poder actuar.** En nuestro ámbito de trabajo, siempre existirán problemas colaborativos y será muy relevante destacar el problema o problemas **fundamentales** que presenta el paciente en el área independiente de Enfermería. Esto nos ayuda a centrar la planificación del cuidado a realizar (determinación de NOC precisos y realización de intervenciones).

- La identificación del problema o problemas más relevantes que detectemos serán, en gran medida, los que deban tener una **continuidad de cuidados** para su minimización o resolución en otro nivel asistencial ya que por las características de nuestro entorno de atención, será muy difícil que podamos **resolver** los problemas detectados. Cobra importancia por tanto esta detección precoz para que empecemos a actuar y se trasladen al siguiente nivel asistencial que debe seguir actuando sobre ellos.

- Los **problemas del área independiente se deben expresar con taxonomía NANDA.** EL formato en que se debe expresar este diagnóstico es PES (Problema – Etiología – Síntomas). En ocasiones y debido a que en nuestro medio estamos más familiarizados con la etiqueta diagnóstica, se expresa el diagnóstico solo enunciando el problema. Esto puede ser correcto, como indica la NANDA-I, si bien es deseable que las características definitorias que han llevado a realizar ese DdE puedan identificarse en la historia del paciente.

- Los **problemas del área colaborativa** pueden expresarse como:

- **DdE** si el profesional entiende que esta expresión es más adecuada a la situación del paciente (Carpenito indica que los diagnósticos potenciales (o de riesgo) están enmarcados dentro del área colaborativa). Los DdE pueden expresar por tanto, situaciones **reales, de riesgo o Complicaciones Potenciales.**

- Como **Problema de Autonomía**, si es así como el profesional entiende que es más adecuado a la situación del paciente.

**No consideramos correcto expresar el problema con el diagnóstico clínico,** ya que además es una reiteración innecesaria de un elemento que ya está en la Historia del paciente y es responsabilidad de otro profesional (médico/a). La expresión de Problemas por parte de Enfermería debe ser en los formatos indicados antes: Diagnóstico de Enfermería o Problema de Autonomía.

En relación a los Problemas de Autonomía, que se consideraron importantes en su momento (2005) como instrumento metodológico, para enmarcar las suplencias que realiza el profesional de Enfermería, debemos indicar que las 7 áreas de suplencia que se establecieron en su día:

- Seguridad – Movilidad – Alimentación – Eliminación – Mantener Tª – Vestirse – Higiene/piel deben también FOCALIZARSE en nuestro ámbito de actuación, en base a las intervenciones que vamos a realizar sobre estos problemas identificados.

Hay una situación que queda fuera de lo indicado anteriormente: El paciente en situación de dependencia total (PCR). En este paciente no tiene sentido expresar que existen Problemas de Autonomía ni de otro tipo puesto que su situación describe perfectamente el estado en el que se encuentra.

**En cualquier caso la identificación de Problemas (en formato DdE o PA) se considera Evidencia Avanzada en todos los procesos de Cuidados.**

## **9. CRITERIOS DE RESULTADO**

### **9.1 Uso de los NOCs para determinar resultados de los cuidados de Enfermería**

Los NOC se definen como el estado, conducta o percepción variable de un paciente o familiar medidos a lo largo de un tiempo de respuesta a intervenciones de enfermería. Estos resultados definen un estado del paciente en un momento concreto y pueden indicar una mejora o deterioro del estado en comparación con una valoración anterior.

Se han integrado para el cuidado de pacientes en determinados procesos, criterios de resultado en relación a diagnósticos de Enfermería concretos que podemos detectar en estos pacientes, definiendo las intervenciones de Enfermería más acordes a realizar para que el resultado esperado tras el cuidado, sea positivo en el estado de salud del paciente.

Estos criterios de resultado que se plantean son claves en los objetivos que se pretenden conseguir en el paciente, tratando de asegurar con ellos, estándares de cuidados que ayuden a la evolución favorable del paciente.

### **9.2. USO DE LOS NOCs para monitorización de constantes o para reflejar la alteración de una necesidad básica concreta. Consideramos incorrecto e innecesario que se usen determinados NOCs al respecto. En concreto:**

- a. El uso de NOCs que reflejan constantes vitales es innecesario y carece de sentido. Las constantes están reflejadas en la tabla de constantes y no es preciso que haya NOCs que indiquen por ejemplo: 0415 Estado respiratorio. Indicador: 041501 FR Inicial 2 final 4 o inicial 5 final 5. Independientemente de la variación de este parámetro fisiológico, al estar ya expresado en la tabla de constantes, es inútil su expresión en formato NOC. Sirva este ejemplo para todas las constantes vitales. A excepción del Dolor (considerada también como constante vital), ya que en caso de pacientes que no puedan expresar su dolor, podemos usar los indicadores precisos del NOC Nivel de dolor para reflejar esta situación en el paciente.
- b. El uso de NOC para reflejar **alteración** de necesidad básica puede ser adecuado si se cumple con las premisas:

- 1) No se repite información. Es decir, o la información está en la necesidad o en el NOC pero no en ambos, porque es tiempo de más a la hora de registrar y porque no aporta nada.
- 2) El indicador usado es correcto para indicar la alteración más relevante de esa necesidad y la puntuación de la escala describe bien dicha situación.

## 10. INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA

*“Intervención de Enfermería es todo tratamiento, basado en el conocimiento y juicio clínico, que realiza un profesional de enfermería para favorecer el resultado esperado en el paciente”.*

**Toda intervención consta de una definición y unas actividades, en número variable, que explican la intervención en sí.** Las actividades son acciones concretas. El profesional de enfermería debe elegir las intervenciones más adecuadas a la situación del paciente, sabiendo que está reflejando acciones concretas (actividades) que están enmarcadas dentro de cada intervención. Es preciso ser conscientes de esto para **FOCALIZAR** también en esta fase.

Trabajaremos para que el profesional pueda ver en la HCD\_M cuando elija una NIC, las actividades que el Grupo de Cuidados haya consensuado como las más relevantes y adecuadas en nuestro medio. Esto se mostrará al profesional para que facilite la elección de la NIC, pero lo que quedará reflejado en la Historia del paciente será la NIC y no las actividades incluidas en cada NIC.

La elección adecuada de las NICs más relevantes para el paciente debe estar vinculada con los problemas que presenta el paciente y los objetivos marcados. Hay que tener en cuenta además que sería imposible en nuestro medio realizar muchas intervenciones, ya que cada una de ellas traduce la ejecución de actividades concretas.

No tiene sentido en el tiempo de atención del paciente que un profesional de Enfermería refleje un nº elevado de NICs. Sería materialmente imposible. Es preciso que el profesional conozca las intervenciones que va a aplicar para saber qué actividades se incluyen en las mismas, puesto que en muchas ocasiones, se indican NICs que no son acordes a la situación del paciente.

Un buen proceso de cuidados es aquel en el que todas las fases son coherentes entre sí, en las que se ha **FOCALIZADO** la atención de enfermería y por tanto el cuidado del paciente ya que se han extractado los elementos clave de su situación, no sólo aquellos fundamentales mientras estamos asistiendo, sino también aquellos que será imprescindible comunicar al siguiente nivel asistencial para que se continúe con el mejor cuidado del paciente.

Bulechek y McCloskey (1985) definieron los objetivos como “indicadores para la selección de las intervenciones de enfermería y de los criterios para su evaluación”. Estas autoras continúan diciendo que “**deben existir vínculos claramente identificables y lógicos entre los diagnósticos y el plan de cuidados, y las actividades prescritas deben ayudar a capacitar al cliente a lograr el resultado esperado establecido**”.

## 11. SEGURIDAD DEL PACIENTE EN LA ASISTENCIA Y TRASLADO

El profesional de Enfermería realiza actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad del paciente atendido y trasladado por el EE/ECA y RTU.

Los elementos clave de la Seguridad están extraídos de la Guía de Práctica Clínica de Seguridad del paciente en la asistencia extrahospitalaria (2010).

**1. Las Alergias del paciente.** Ya se ha hablado de esta cuestión en apartados anteriores. Las alergias deben estar registradas en la historia de salud y es responsabilidad de ambos profesionales: médico/a y enfermero/a.

**2. Las NIC Punción IV-Aspiración de Secreciones en paciente con VM-Sondaje Nasogástrico-Sondaje Vesical, (ANEXO 4) se realizarán en base a sus procedimientos basados en la Evidencia.** Se valorará positivamente el ítem con el chequeo de la NIC correspondiente. En caso de no ser necesaria la realización de alguna de estas intervenciones, se entenderá como excluida. En caso de que la enfermera/o del EE o ECA no las haya realizado porque lo haya hecho otro profesional con anterioridad deberá indicarse en la historia. Lo que indican estas NICs es que se han realizado siguiendo las recomendaciones de la evidencia. Consideramos que este matiz es importante.

La recogida de la NIC correspondiente se considera **EVIDENCIA BÁSICA**

**3. Realización de las siguientes intervenciones, teniendo en cuenta que todo paciente trasladado en UVI móvil y ambulancia convencional es un paciente con alto riesgo de caídas. Se debe realizar al menos una de las siguientes intervenciones sugeridas:**

COD: 35 (Traslado en UVI móvil por EE/ECA)	COD: 36 (Traslado en Ambulancia convencional)
6490 Prevención de caídas	6490 Prevención de caídas
6654 Vigilancia Seguridad.	6486 Manejo ambiental: seguridad.
6486 Manejo ambiental: seguridad	6482 Manejo ambiental: confort
6482 Manejo ambiental: confort.	

En el traslado del paciente en Ambulancia convencional, se darán las **indicaciones oportunas al acompañante (si lo hubiera) o al conductor de la ambulancia para la adecuada vigilancia del paciente durante el traslado.**

La realización de cualquiera de las NIC en Cod 35 ó 36 se considera **EVIDENCIA BÁSICA**

**4. CHEQUEO ORDEN VERBAL en la administración de medicación al paciente.**

Registrar toda la medicación administrada, incluso por otro equipo. En este caso, si el EE no ha administrado la medicación, se registrará como tal y quedaría el ítem exento.

**Ante la prescripción por parte del médico/a del EE de administración de fármacos, el profesional de Enfermería debe efectuar un doble chequeo verificando el medicamento (Genérico Vs ®), la dosis (en unidades de peso), velocidad de infusión, la vía de administración y el paciente a quien va dirigido (especial atención en AMV).**

Esta evidencia se verificará con la NIC **Administración de medicación, ya que dichas actividades se incluyen en esta NIC. O con cualquiera de las que especifican la vía de administración, por**

**ejemplo: 2314 Administración de medicación intravenosa, o 2303 Administración de medicación intraósea, 2311 Administración de medicación: inhalatoria, etc.**

El chequeo queda registrado en la HCD\_M. La NIC Administración de medicación o las que especifican la vía de administración se considera **EVIDENCIA BÁSICA** para el chequeo de la orden verbal.

**4 Transferencia ISOBAR.** Es un elemento de seguridad que se enmarca dentro de la continuidad asistencial con atención especializada. Se explica además en el [ANEXO 3](#).

## **12. DERECHOS DEL PACIENTE**

Los derechos que debemos garantizar durante nuestra asistencia viene marcados por la legislación vigente.

**12.1 Facilitar la participación de las personas que dan “soporte afectivo” al paciente durante su asistencia es imprescindible.** En pacientes conscientes debe ser el paciente el que de su consentimiento para que la persona más adecuada esté presente en su asistencia. En caso de imposibilidad de este consentimiento porque el paciente no tenga la capacidad de darlo, es importante que la persona de la familia más indicada, esté presente en la asistencia. La participación de la familia durante la asistencia se puede registrar con alguna de estas NICs:

**7170 Facilitar la presencia de la familia**

**7140 Apoyo a la familia.**

**7110 Fomentar la implicación familiar.**

Tienen **connotaciones distintas**, por tanto es importante que el profesional elija la más ajustada a la situación del paciente.

Cualquiera de estas intervenciones tiene consideración de **EVIDENCIA AVANZADA**

**12.2 Protección de los derechos del paciente (7460). Protección de los derechos a cuidados sanitarios de un paciente incapaz de tomar decisiones**, especialmente si es menor, está incapacitado o es incompetente. Por tanto, será de **obligada realización en los pacientes que cumplen los criterios que hay en la definición** (P. Ej.: inconscientes, en PCR, menores, etc.). **EVIDENCIA BÁSICA** en pacientes incapaces de tomar decisiones. No está indicada para pacientes conscientes y que pueden expresar su voluntad ya que la protección de sus derechos se hace con otras intervenciones, por ejemplo garantizando el Consentimiento informado, que se explica más adelante.

**12.3. EL ACOMPAÑAMIENTO DEL PACIENTE POR SU FAMILIAR EN LA UVI MÓVIL.** Éste es un derecho que todo el EE debe garantizar. El profesional médico/a o de enfermería pueden dejarlo registrado en la HCD\_M.

**12.4. CONSENTIMIENTO INFORMADO (CI).** Se debe dejar constancia de la realización del proceso de consentimiento informado en todos los casos. Si el paciente está consciente, se reflejará si se ha realizado el proceso. Si el paciente no puede tomar decisiones, el proceso de CI se hará con la familia o persona responsable del paciente, dejando constancia en el RE de este hecho. En el caso de que el paciente esté solo y esté en situación de incapacidad de tomar decisiones, no será

posible hacer el CI y por tanto no se puede registrar. Esto será comunicado en la transferencia del paciente en el siguiente nivel asistencial. **EVIDENCIA BÁSICA**

En pacientes que son atendidos por otro nivel asistencial, se debe excluir el CI si el paciente cuando es atendido por el EE tiene alteración de conciencia y la familia no está presente (P. Ej.: intercambios con otros equipos sanitarios)

En casos de PCR o en pacientes incapaces de tomar decisiones, donde se encuentra el CI especificado sin especificar a quién se hace, pero consta la presencia de la familia en la asistencia, se entenderá que el CI se ha dirigido a la misma, aunque recordamos que lo que determina la ley y por tanto lo más correcto es que se registre qué persona otorga el Consentimiento por representación.

## **13. CONTINUIDAD DE CUIDADOS**

### **13.1. CON ATENCIÓN ESPECIALIZADA**

En **pacientes atendidos y trasladados por el EE/ECA**, debe quedar constancia de estas 3 evidencias para garantizar una adecuada transferencia del paciente:

- La identificación del profesional del EE/ECA (al menos las iniciales y el CNP) que da la transferencia. En caso de que el profesional no tenga CNP deberá identificarse al menos con sus iniciales.
- La identificación del profesional de Enfermería al que se hace la transferencia del paciente. Es suficiente con indicar a quién se ha hecho la transferencia (Enfermero/a de Urgencias / UCI adultos /UCI Pediátrica, etc.). **En la HCD\_M se van a incluir campos con estas “figuras” para que el profesional pueda elegir alguna en función de a quién se haya hecho la transferencia.**
- La Transferencia ISOBAR (En [ANEXO 3](#)). Si no fuera posible realizar la transferencia ISOBAR, se indicará en la HCD\_M en el apartado correspondiente.

(Estos 3 elementos serán los necesarios para verificar la evidencia de la continuidad con AE). **Y se consideran en conjunto (los tres) EVIDENCIA BÁSICA**

Además, se dejará la copia de “Continuidad de Cuidados” en el servicio receptor del paciente. *Esta cuestión se modulará con la integración de la HCD\_M en el módulo de urgencias de DIRAYA, que posibilita que puedan ver la historia de los EE/ECAs en los servicios de urgencias en caso de derivación del paciente al Hospital.*

En la HCD\_M se deja constancia de aquellas situaciones que imposibilitan la realización de una transferencia ISOBAR, siendo necesario registrar el motivo por el que no se ha realizado.

**En Pacientes atendidos por el EE/ECA, y derivados en ambulancia se debe** entregar la copia de Continuidad de Cuidados al paciente/familia/conductor de ambulancia que lo acompañe en el traslado, para que lo entregue en el Hospital.

La **visualización de la HCD\_M del EE/ECA en el punto de urgencias hospitalario al que se deriva el paciente, es un elemento más de garantía en cuanto a que la historia realizada por el EE/ECA llegue al lugar en el que se continúe con la asistencia del paciente.**

### **13.2. CON ATENCIÓN PRIMARIA**

En pacientes atendidos por el Equipo de Emergencias/ECA, que se quedan en domicilio:

- Se debe dejar copia de su Historia al paciente o a su cuidador cuando proceda. Cuando la visualización de la HCD\_M por parte de Atención Primaria (MF y EF o EGC) sea una realidad en toda Andalucía, se podrá indicar al paciente, cuando no sea posible entregar la copia en el momento, que su historia está ya disponible para su Médico o enfermera de familia.

- Se realizará un ICC (Informe de Continuidad de Cuidados, en [ANEXO 2](#)) en los casos que se requiera derivar al paciente a EF/EGC. En estos casos, se debe **dejar constancia de la NIC 8100 Derivación ó 7960 Intercambio de información de cuidados de salud (la que el profesional entienda más adecuada en cada caso)**.

La HCD\_M está desarrollando aún esta cuestión para que la Derivación se notifique a la EGC de forma inmediata y que ésta pueda ver la historia realizada por el EE/ECA y ver el criterio/s de vulnerabilidad elegido por el profesional para realizar esta comunicación interniveles. Cuando esto sea posible no habrá que realizar ningún ICC adicional. La EGC tendrá un “aviso” por correo electrónico para que sepa que tiene que ver la Historia de un paciente considerado vulnerable por la enfermera/o del EE/ECA.

La derivación a EF/EGC debe llevar asociada la NIC correspondiente. Esto se considera **EVIDENCIA AVANZADA**

#### **14. CUIDADOS POR PROCESOS**

La estructura de cada Proceso (excepto el de PCR) es la siguiente:

**CONTEXTUALIZACIÓN:** Información inicial sobre tipo de paciente que podemos encontrar en el proceso.

**FINALIDAD:** ¿Qué queremos conseguir con nuestros cuidados en cada tipo de paciente?

**SITUACIÓN BASAL.** ¿Qué elementos de la Situación basal son relevantes en el proceso?

**VALORACIÓN DE NECESIDADES BÁSICAS.** ¿Qué necesidades deben valorarse en cada proceso?

**DETECCIÓN DE PROBLEMAS.** ¿Qué problemas podemos encontrar?. Incluye:

CRITERIOS DE RESULTADO que se pueden establecer

INTERVENCIONES a realizar en el paciente

EVOLUCIÓN en relación a los cuidados realizados

**CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Elementos clave de la continuidad con AE o AP.

**SEGURIDAD DEL PACIENTE** Durante la asistencia y traslado

**DERECHOS DEL PACIENTE** Qué debemos garantizar

Cada proceso llevará asociada la gradilla de evidencias que se consideran necesarias para la evaluación de cada proceso de cuidados.

#### **14.1 PROCESO GENÉRICO EE Y ECA:**

En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 48% del total de asistidos. Un 50% son mujeres y un 47,6% hombres. Un 42,5% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años.

En este Proceso se enmarcan la mayoría de los pacientes atendidos por los EE y los ECAs. Los CIE9 que se contemplan en el Genérico son muy variados, incluyendo procesos de gravedad muy variable. Es también relevante la diversidad en los códigos de resolución de este tipo de procesos, precisamente por la amplitud de patologías que se pueden encontrar en el mismo, así como de situaciones previas de los pacientes atendidos, siendo como vemos en el dato inicial, un alto porcentaje de pacientes mayores o muy mayores con procesos crónicos y comorbilidades asociadas que determinarán en gran medida los cuidados de enfermería.

#### **1. ¿QUÉ OBJETIVOS QUEREMOS CONSEGUIR?**

- Hacer una valoración adecuada del paciente y de su cuidador/a en su caso, derivando a Enfermería de Familia o Gestora de casos los pacientes vulnerables ([ver ANEXO 2](#)).
- Establecer unos cuidados acordes y coherentes a la situación del paciente.
- Informar al paciente (o familiar/persona que decida el paciente) acerca del proceso asistencial durante la asistencia y continuidad de la misma.
- Garantizar la presencia/participación familiar durante el proceso de atención del paciente.
- Garantizar la seguridad del paciente durante todo el proceso de atención, incluida la transferencia en el Hospital.
- Garantizar los derechos del paciente

#### **2. QUÉ SITUACIÓN BASAL DEBE CONTEMPLARSE.**

**Dentro de la situación basal está:**

**Monitorización de constantes** que es responsabilidad de médico/a y enfermería, se considerará imprescindible que enfermería, en los casos en los que **exista DOLOR**, haga una valoración de éste usando la escala más adecuada para reflejarlo.

**NIVEL DE CONCIENCIA del paciente** reflejada en la Historia del paciente

**ALERGIAS** del paciente. Reflejada en la Historia del paciente

**DISPOSITIVOS PREVIOS** en los pacientes que corresponda.

**Conductas de riesgo, como se indica en consideraciones generales.**

## Nivel funcional del paciente para las ABVD

Si tiene **Régimen Terapéutico**, establecer lo que proceda en función del cumplimiento y conocimiento sobre el mismo.

Para pacientes en SP o ST la **VALORACIÓN DEL CUIDADOR principal** puede realizarse:

- **Valorando los dos primeros ítems: Tiene dificultad para el cuidado y Cuida a más personas o**
- Mediante el NOC 2202 Preparación del cuidador familiar domiciliario

Tanto la valoración como la identificación del cuidador/a es **EVIDENCIA AVANZADA**

### 3. QUÉ NECESIDAD O NECESIDADES DEBEN VALORARSE.

Si el nivel de conciencia es ALERTA/CONSCIENTE

- **COMUNICACIÓN.** Si hay o no barreras comunicativas.
- **APRENDER.** Imprescindible si comprende la información.
- **SEGURIDAD.** Las interrelaciones indicadas anteriormente determinarán de forma automática la alteración de la Seguridad en este paciente, en función de los parámetros que se han establecido. Es importante valorar la **Respuesta emocional** del paciente.
- **VALORES.** AL menos hay que preguntar al paciente si quiere estar acompañado en la asistencia. En caso de que el paciente exprese valores o creencias propias, se registrarán textualmente los que el paciente exprese. El reflejo de que el paciente quiere estar acompañado en la asistencia tiene esta misma consideración. **Poner el paciente expresa valores o creencias sin dejar constancia de cuáles son no tiene sentido. EVIDENCIA AVANZADA**

Si el nivel de conciencia es **distinto a** ALERTA/CONSCIENTE

- **RESPIRAR** (Solo la capacidad para expulsar secreciones. Lo demás se entiende ya expresado por el médico/a del EE).
- **LA SEGURIDAD está alterada en este paciente.**

### 4. QUÉ PROBLEMAS PODEMOS ENCONTRAR?

Pueden ser muy variados por la diversidad de perfil patológico de pacientes que podemos encontrar.

Si hubiera DOLOR, puede expresarse como 00132 Dolor Agudo o 00133 Dolor crónico. **EVIDENCIA AVANZADA**

El Problema o problemas que se expresen serán los más relevantes (y limitados en nº con las premisas indicadas en el apartado problemas del documento) que tenga el paciente y estarán en consonancia con las alteraciones básicas detectadas. La forma de expresar el problema se encuentra en el apartado PROBLEMAS de este documento.

La detección de Problemas (expresados como DdE o como PA) se considerará **EVIDENCIA AVANZADA**

- **CRITERIOS DE RESULTADO ESPERADOS**

Irán en función de los problemas detectados y siempre que sean acordes con éstos.

La determinación de NOCs en el Plan de Cuidados del paciente se considerará **EVIDENCIA AVANZADA**

- **INTERVENCIONES**

Las que sean necesarias en función de la situación del paciente. En cualquier caso, serán necesarias las relacionadas con:

- Cuidados realizados
- Seguridad del paciente
- Derechos del paciente
- Continuidad asistencial

**EVOLUCIÓN.** Ver cómo ha evolucionado el paciente en función de los cuidados realizados es muy importante. La evolución puede expresarse con la valoración final de un indicador (NOC) que se haya establecido, o con un comentario del profesional de Enfermería. La enfermera/o debe evitar repetir lo que ya ha comentado el médico/a del EE en cuanto a la evolución clínica del paciente. Esta reiteración no aporta nada. Si Enfermería tiene algo que decir, que sea en relación a los cuidados del paciente. **EVIDENCIA AVANZADA**

**5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**6. SEGURIDAD DEL PACIENTE atendido y trasladado por EE/ECA** Como se describe en el apartado correspondiente.

**7. DERECHOS DEL PACIENTE.** Como se describe en el apartado correspondiente.

	<b>BUENA PRÁCTICA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>GRUPO</b>	<b>ORDEN</b>	<b>TIPO</b>	<b>COMPUTA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	¿Queda reflejada de forma clara la situación basal del paciente?	<b>GI</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Esto incluye la monitorización de constantes, nivel de conciencia (AVDI o GCS), presencia de alergias, Nivel funcional para las ABVD (En ACVA puede ser el Rankin), los dispositivos previos (en determinado tipo de pacientes esto es muy relevante como se indica en documento de cuidados, las conductas de riesgo y la valoración del conocimiento y cumplimiento del RT cuando proceda
		En caso de valoración del conocimiento del RT < 3, ¿se ha establecido algún NOC e intervención enfermera (NIC) específicos?	<b>GII</b>	<b>2</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		En los casos que ocurre un Incumplimiento del RT (<4) ¿Se ha establecido algún NOC e Intervención de Enfermería (NIC) específicos?	<b>GII</b>	<b>3</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		¿La valoración del paciente es adecuada?	<b>GI</b>	<b>4</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	En función del nivel de conciencia del paciente y del tipo de proceso será preciso hacer valoración de algunos ítems de algunas NB. Esta evidencia incluye que alguna de las necesidades se haya expresado como NOC, siempre que el indicador utilizado exprese claramente dicha valoración.
	El/la profesional valora y apoya a la/s persona/s cuidadora/s principal/es sobre el desempeño del rol y su propio cuidado	En caso de paciente dependiente ¿Se valora/identifica al cuidador principal?	<b>GII</b>	<b>5</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Incluye la valoración con los dos ítems o con el NOC 2202 Y la identificación de la figura del cuidador/a
	El/la profesional tiene habilidades para la realización de intervenciones frecuentes en su disciplina	¿El paciente tiene dolor?	<b>GI</b>	<b>6</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Si el paciente expresa dolor o en caso de pacientes con alteración de nivel de conciencia, deterioro neurológico, niños pequeños, etc no lo puede expresar pero el proceso patológico que tiene indica dolor (traumatismos, procesos cardiológicos, cuadros abdominales, etc).
		Tipo de escala usada para valorar el DOLOR	<b>GI</b>	<b>7</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Modificar las respuestas para que estén: 1. EN O EVA 2. Escala Verbal o Categórica 3. NOCs de dolor o Escalas conductuales (Flacc en caso de niños <4 años, Campbell...) 4. No hay escala
<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se ha detectado algún problema y se ha expresado como DdE o PA?	<b>GIII</b>	<b>8</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Si el Problema detectado se ha expresado como DdE (Real, De Riesgo, o Complicación Potencial (CP)) o PA se considerará SI. Si no se ha expresado ningún problema se indicará NO. Si se indica algún problema con el diagnóstico clínico (ej: SCACEST) se pondrá NO y se indicará al profesional en comentario que no es correcto expresar los problemas con el JC médico porque ya hay un profesional que lo ha indicado en la Historia del paciente. Igual consideración si se indica PC: Síntoma.

		¿Se ha establecido algún NOC y se ha hecho su evaluación inicial y final?	<b>GIII</b>	<b>9</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Un NOC de los que se sugieren en función del proceso o cualquier otro que el profesional entienda más oportuno y que refleje el objetivo para el problema detectado. Si se ha establecido, se pondrá SI, si no se ha hecho se pondrá NO. En caso de paciente inconsciente con algún NOC establecido se pondrá E. En caso de que e haya indicado un NOC para la valoración del dolor en pacientes con alteración del nivel de conciencia, se indicará esta evidencia como E.
		¿Las NICs realizadas son adecuadas a la situación del paciente?	<b>GI</b>	<b>10</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Las NICs deben ser adecuadas a la situación descrita del paciente, acordes con los problemas si es que se han identificado o con los NOCs si es que se han establecido y en todo caso con la alteración de las NB identificadas.
	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	¿Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	<b>GI</b>	<b>11</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	NICs con evidencia, chequeo de la orden verbal, NICs indicadas para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	<b>GI</b>	<b>12</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR
		¿Se describe la Evolución del paciente desde el punto de vista del cuidado?	<b>GII</b>	<b>13</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Incluye tanto comentario desde el punto de vista del cuidado o NOCs en caso de que se hayan identificado (con su valoración final y que indiquen claramente un objetivo del cuidado)
		¿Se detecta paciente Vulnerable?	<b>GIII</b>	<b>14</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	En cód 34 fundamentalmente, aunque a criterio del profesional es correcto también identificarlos en pacientes que se derivan al Hospital. Debe estar identificado en la HCD_M el criterio de vulnerabilidad que el profesional identifica en el paciente atendido ya que es el elemento clave para la continuidad de cuidados con EF o EGC. Esta evidencia es solo para la detección. La forma de derivación no se incluye en esta evidencia a la espera de mejoras en la HCD-M
<b>BLOQUE IV</b>	El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se reflejan los Valores del paciente?	<b>GII</b>	<b>15</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Se dará por adecuado cuando conste algún comentario o expresión LITERAL de los mismos. Lo demás quedará como E
		¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	<b>GI</b>	<b>16</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Para pacientes que no pueden expresar su voluntad o menores de edad.
		¿Se facilita la presencia y participación de la familia durante la asistencia del paciente?	<b>GIII</b>	<b>17</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	El término familia aquí engloba a la persona que es referente para el paciente y la NIC/s que lo indican están determinadas en el documento de Cuidados.

		¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	<b>GI</b>	<b>18</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).
--	--	--	-----------	-----------	----------	----------	--

*Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso Genérico atendido por EE o ECA*

## **14.2 CUIDADOS AL PACIENTE CON ACVA**

En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 2,3% del total. Un 53,6% son Hombres y un 44% Mujeres. Un 60% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años. Un 7,3% de entre 30-50 años. Un 12,6% de 50 a 60 años.

Con este tipo de patología, los EE atenderán a pacientes con **déficits neurológicos leves y con déficits neurológicos importantes hasta la situación del COMA** (ambas situaciones incluyen a los pacientes Código Ictus y los pacientes con sospecha de ACVA hemorrágico).

Por tanto, los cuidados de este tipo de pacientes serán idénticos en gran parte, pero con matices importantes en función del déficit neurológico del paciente.

El CIEg de este tipo de procesos es el **436**.

### **1. ¿QUÉ QUEREMOS CONSEGUIR CON NUESTROS CUIDADOS?**

Para los **pacientes con déficit neurológicos leves**, deberíamos asegurar el control de la respuesta emocional del paciente, asegurar la presencia familiar, asegurar la información al paciente y su comprensión sobre la enfermedad, los cuidados y continuidad de los mismos.

*Estudios previos <sup>17</sup>ponen de manifiesto la importancia concedida a la atención personalizada de las necesidades de la unidad paciente-familia en procesos de atención en fase hiperaguda y aguda de pacientes afectados de ACVA*

*En relación a la valoración e importancia de los ítems más relevantes referidos por pacientes y familias en cuanto a la calidad percibida de la asistencia prestada a pacientes con ACVA en fase aguda, Alexandres A.W. y cols. Recogen<sup>18</sup> “ Como factor más importante: la rápida identificación del diagnóstico y administración del tratamiento, descrito con los términos siguientes: “Acción rápida, intensiva y focalizada realizada por profesionales de medicina y enfermería, con comunicación simultánea, clara y honesta acerca de lo que ocurre, en un tono no paternalista y con la exposición de las diferentes opciones de tratamiento de emergencia aplicables. El segundo factor en importancia, se identifica como “el cuidado genuino”, descrito como la habilidad de los profesionales de enfermería para valorar y aceptar “mis necesidades únicas” y personales y así prestar cuidados de forma auténtica a pacientes y familiares.*

Centrados en esta situación del paciente es fundamental en los cuidados:

- Establecer una vía de comunicación con el paciente durante el proceso de atención, en los casos que ocurra una alteración en la necesidad de comunicación.

**“Resultados de investigaciones demuestran que la comunicación efectiva va ligada a un mejor nivel de satisfacción del paciente con la atención<sup>19</sup> recibida”**

<sup>17</sup> *Redesigning stroke services - specialising care and improving rehabilitation.NHS 2010. Chris Streather - Clinical Director HfL Stroke Project. Suggestions for improvement: key themes identified in the responses.*

<sup>18</sup> *Patient and family perceptions of the key indicators for measurement of stroke center quality: Qualitative support for an acute stroke-specific Instrument. Alexandres A.W., Sisson A., Lee L., Patterson D. and Alexandrov A.V. Stroke 2010 41:4 (e395)*

<sup>19</sup> *Di Blasi Z, Harkness E, Ernst E, Georgiou A, Kleijnen J. Influence of context effects on health outcomes: a systematic review. Lancet 2001;357:757-62.*

“[...] Además de establecer como objetivo primario la comunicación, la capacidad para mantener la atención y reconocer debe ser monitorizada. [...] Los objetivos iniciales deben ir encaminados a conseguir un sistema de respuesta sí/no consistente [...] mediante señalamientos, escritura, gestos, movimiento de ojos o parpadeo, levantamiento de dedos... [...] La estrategia comunicativa incluirá preguntas cerradas y cortas con respuesta sí/no, posibilidad de escritura, símbolos visuales <sup>20</sup> y gestos [...]”

- Asegurar la correcta alineación de los miembros afectados del paciente.

Para los **pacientes con déficit neurológico severo**, asegurar con suplencias los déficits más relevantes, asegurar la presencia familiar, la información y comprensión sobre la enfermedad, cuidados y continuidad de los mismos a la familia en presencia del paciente.

## **2. ¿QUÉ SITUACIÓN BASAL DEBE CONTEMPLARSE?.**

IGUAL QUE LA DESCRITA EN EL PROCESO GENÉRICO.

## **3. QUÉ NECESIDAD O NECESIDADES DEBEN VALORARSE.**

Si el nivel de conciencia es ALERTA/CONSCIENTE

- **MOVILIDAD.**

Si hay alguna afectación de algún miembro o parte del cuerpo, habrá quedado ya reflejada en la valoración clínica, por tanto enfermería deberá indicar solo que existe una limitación de movimientos.

Consideramos adecuado también que se determine el **Nivel funcional de la Movilidad** en la situación inicial del proceso agudo (nunca hará referencia a la situación basal porque ésta ya se ha indicado en sus apartados correspondientes).

### **Clasificación sugerida por la NANDA para Nivel Funcional**

<b>0</b>	Totalmente autónomo
<b>1</b>	Requiere el uso de un equipo o dispositivo
<b>2</b>	Requiere otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza
<b>3</b>	Requiere ayuda de otra persona y de un equipo o dispositivo
<b>4</b>	Dependiente, no participa en la actividad

Este nivel funcional lo entendemos necesario sólo en los procesos ACVA y TRAUMA (tanto grave como leve (ECA)).

- **COMUNICACIÓN** Si hay o no Barreras comunicativas.
- **APRENDER** Imprescindible si comprende la información.

- **SEGURIDAD**

<sup>20</sup> Technologies and strategies for people with communication problems following brain injury or stroke  
TraceyWallacea and Adina Bradshawb aShepherd Pathways Outpatient Program, Shepherd Center, Atlanta, GA, USA  
bOutpatient MS Clinic & Assistive Technology Center, Shepherd Center, Atlanta, GA, USA. NeuroRehabilitation 28 (2011)  
199–209 199 DOI 10.3233/NRE20110649 IOS Press

Las interrelaciones indicadas anteriormente determinarán de forma automática la alteración de la Seguridad en este paciente, en función de los parámetros que se han establecido. Es importante valorar la **Respuesta emocional** del paciente.

- **VALORES. EVIDENCIA AVANZADA**

Tal y como se explica en el Proceso genérico.

Si el nivel de conciencia es **distinto a ALERTA/CONSCIENTE**

- **RESPIRAR** Sólo la capacidad para expulsar secreciones. Lo demás se entiende ya expresado por el médico/a del EE.
- **MOVILIDAD** Los pacientes con nivel de conciencia distinto a alerta, tendrán alterada esta necesidad. Debemos reflejar la capacidad del paciente para mantener postura correcta del cuerpo.
- **LA SEGURIDAD está alterada en este paciente.**

#### **4. QUÉ PROBLEMAS PODEMOS ENCONTRAR:**

**00039 Riesgo de aspiración** (en caso de nivel de conciencia no alerta)

**0035 Riesgo de Lesión**

**00155 Riesgo de caídas** (en caso de afectación de algún miembro del cuerpo o nivel de conciencia distinto a Alerta)

**00148 Temor o cualquier otro DdE que exprese la respuesta emocional del paciente.**

**00051 Deterioro de la comunicación verbal**

**00085 Deterioro de la movilidad física**

El Problema que se exprese será el más relevante que tenga el paciente y estará en consonancia con las alteraciones básicas detectadas. La forma de expresar el problema se encuentra en el apartado PROBLEMAS de este documento.

**La detección de Problemas (expresados como DdE o PA) se considerará EVIDENCIA AVANZADA**

## **CRITERIOS DE RESULTADO ESPERADOS**

En función del problema más relevante del paciente, es importante determinar el NOC con el indicador más significativo a la situación detectada y ver si se modifica durante nuestra actuación siendo imprescindible una puntuación inicial y final del indicador elegido.

Asimismo esta información debe ser indicada en la transferencia del paciente como un elemento clave para la continuidad de sus cuidados.

Algunos NOCs que sugerimos en función de los problemas detectados pueden ser:

En relación al **RIESGO DE ASPIRACIÓN: NOC 0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias** (Vías respiratorias abiertas permeables y limpias)

Indicador:

041012 Capacidad de eliminar secreciones

En relación al **TEMOR: NOC 1210 Nivel de Miedo** (Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable).

Algunos indicadores:

121005 Inquietud

121014 Preocupación por sucesos vitales

121031 Temor verbalizado

En relación al **DETERIORO DE LA COMUNICACIÓN: NOC 0902 Comunicación** (Recepción, interpretación y expresión de los mensajes verbales, escritos y no verbales).

Algunos Indicadores:

090202 Utiliza el lenguaje hablado

090205 Utiliza el lenguaje no verbal

090206 Reconoce los mensajes recibidos

090208 Intercambia mensajes con los demás

En relación a la **MOVILIDAD: Se Realizarán las NICs** que sean más adecuadas

**La determinación de NOCs en el Plan de Cuidados de este tipo de paciente se consideran EVIDENCIAS AVANZADAS**

- **INTERVENCIONES** (Aquí solo se nombran algunas que pueden estar indicadas en función de los posibles problemas que encontremos)

0840 Cambio de posición (30-45°)

5602: Enseñanza proceso enfermedad

7170 Facilitar la presencia de la familia

6486 Manejo ambiental: Seguridad

2760 Manejo ante la anulación de un lado del cuerpo

4976 Mejorar la comunicación: déficit del habla

4820 Orientación de la realidad

6490 Prevención de caídas

7460 Protección de los derechos del paciente (en paciente con alteración del nivel de conciencia)

Y las que sean precisas en relación al estado del paciente, a su Seguridad, su respuesta emocional, continuidad de cuidados y derechos.

**EVOLUCIÓN.** Ver cómo ha evolucionado el paciente en función de los cuidados realizados es muy importante. La evolución puede expresarse con la valoración final de un indicador (NOC) que se haya establecido, o con un comentario del profesional de Enfermería. La enfermera/o debe evitar repetir lo que ya ha comentado el médico/a del EE en cuanto a la evolución clínica del paciente. Esta reiteración no aporta nada. Si Enfermería tiene algo que decir, que sea en relación a los cuidados del paciente. **EVIDENCIA AVANZADA**

**5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**6. SEGURIDAD DEL PACIENTE atendido y trasladado por EE/ECA** Como se describe en el apartado correspondiente.

**7. DERECHOS DEL PACIENTE.** Como se describe en el apartado correspondiente.

	<b>BUENA PRÁCTICA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>GRUPO</b>	<b>ORDEN</b>	<b>TIPO</b>	<b>COMPUTA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	¿Queda reflejada de forma clara la situación basal del paciente?	<b>GI</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Esto incluye la monitorización de ctes, nivel de conciencia (AVDI o GCS), presencia de alergias, Nivel funcional para las ABVD (En ACVA puede ser el Rankin), los dispositivos previos (en determinado tipo de pacientes esto es muy relevante como se indica en documento de cuidados, las conductas de riesgo y la valoración del conocimiento y cumplimiento del RT cuando proceda
		En caso de valoración del conocimiento del RT < 3, ¿se ha establecido algún NOC e intervención enfermera (NIC) específicos?	<b>GII</b>	<b>2</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		En los casos que ocurre un Incumplimiento del RT (<4) ¿Se ha establecido algún NOC e Intervención de Enfermería (NIC) específicos?	<b>GII</b>	<b>3</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		¿La valoración del paciente con ACVA es correcta?	GI	4	B	S	En paciente alerta es básico la Movilidad (con el nivel funcional), Comunicación (si hay o no barreras) Aprender (si comprende la información) y en Seguridad la respuesta emocional. En pacientes no alerta es básico si tiene capacidad para expulsar secreciones (RESPIRAR) y la movilidad para mantener una adecuada postura corporal. La seguridad está alterada en este paciente.
	El/la profesional apoya y forma a las cuidadoras familiares principales sobre el desempeño de su rol y su propio cuidado	En caso de paciente dependiente ¿Se valora/identifica al cuidador principal?	<b>GII</b>	<b>5</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Incluye la valoración con los dos ítems o con el NOC 2202 Y la identificación de la figura del cuidador/a
<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se identifica claramente la respuesta emocional del paciente?	GIII	6	A	S	En caso de que exista una respuesta emocional que claramente determine la intervención de enfermería y que pueda ser relevante para la continuidad de cuidados, ésta se puede expresar como DdE o con la expresión que indique de forma clara esta respuesta del paciente. En cualquiera de los casos es preciso que se intervenga sobre la misma.
		¿Se ha enunciado algún DdE relacionado con la comunicación del paciente?	GIII	7	A	S	00051 Deterioro de la Comunicación verbal. Es el sugerido en el documento de cuidados. Si se establece algún otro sobre este problema será igualmente válido.

	<b>BUENA PRÁCTICA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>GRUPO</b>	<b>ORDEN</b>	<b>TIPO</b>	<b>COMPUTA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
		¿Se ha establecido algún NOC y se ha hecho su evaluación inicial y final?	GIII	8	A	S	Un NOC de los que se sugieren en función del proceso o cualquier otro que el profesional entienda más oportuno y que refleje el objetivo para el problema detectado. Si se ha establecido, se pondrá SI, si no se ha hecho se pondrá NO. En caso de paciente inconsciente con algún NOC establecido se pondrá E. En caso de que se haya indicado un NOC para la valoración del dolor en pacientes con alteración del nivel de conciencia, se indicará esta evidencia como E.
		¿Se ha establecido algún NOC para el problema de comunicación identificado?	GIII	9	A	S	0902 Comunicación con alguno de los indicadores que clarifiquen la situación del paciente. Si el profesional considera otro NOC más oportuno que determine el objetivo para establecer comunicación efectiva con el paciente será igualmente válido.
		¿Las NICs realizadas son adecuadas a la situación del paciente?	GI	10	B	S	Las NICs deben ser adecuadas a la situación descrita del paciente, acordes con los problemas si es que se han identificado o con los NOCs si es que se han establecido y en todo caso con la alteración de las NB identificadas.
	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	GI	11	B	S	NICs con evidencia, chequeo de la orden verbal, NICs para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	GI	12	B	S	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR
		¿Se describe la Evolución del paciente desde el punto de vista del cuidado?	GII	13	A	S	Incluye tanto comentario desde el punto de vista del cuidado o NOCs en caso de que se hayan identificado (con su valoración final y que indiquen claramente un objetivo del cuidado)
		¿Se detecta paciente Vulnerable?	GIII	14	A	S	En cod 34 fundamentalmente, aunque a criterio del profesional es correcto también identificarlos en pacientes que se derivan al Hospital. Debe estar identificado en la HCD_M el criterio de vulnerabilidad que el profesional identifica en el paciente atendido ya que es el elemento clave para la continuidad de cuidados con EF o EGC. Esta evidencia es solo para la detección. La forma de derivación no se incluye en esta evidencia a la espera de mejoras en la HCD-M
<b>BLOQUE IV</b>	El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se reflejan los Valores del paciente?	GII	15	A	S	Se dará por adecuado cuando conste algún comentario o expresión LITERAL de los mismos. Lo demás quedará como E
		¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	GI	16	B	S	PARA PACIENTES QUE NO PUEDAN EXPRESAR SU VOLUNTAD O MENORES DE EDAD

	<b>BUENA PRÁCTICA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>GRUPO</b>	<b>ORDEN</b>	<b>TIPO</b>	<b>COMPUTA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
		¿Se facilita la presencia y participación de la familia durante la asistencia del paciente?	GIII	17	A	S	El término familia aquí engloba a la persona que es referente para el paciente y la NIC/s que lo indican están determinadas en el documento de Cuidados.
		¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	GI	18	B	S	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).

*Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso ACVA atendido por EE.*

### **14.3 CUIDADOS EN EL PACIENTE EN PCR**

En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 1,6% del total. Un 69,3% son Hombres y un 28% Mujeres. Un 37,7% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años. **Un 7,9% de 20 a 40 años. Un 28% de 40 a 60 años.**

En este proceso, los EE atenderán a pacientes en situación de PCR (que el EE encuentre de forma inicial o que ocurra durante la asistencia por otro motivo) en la que se practiquen maniobras de SVA y con resultado final de éxito (**cód 35**) o de fallecimiento tras las maniobras (**cód 32**).

#### **1. ¿QUÉ QUEREMOS CONSEGUIR CON NUESTROS CUIDADOS?**

Se realizarán los cuidados correspondientes del ámbito colaborativo y en relación a la situación de Suplencia Total de este paciente.

Una cuestión fundamental que el EE/ECA debe integrar en la atención de este paciente es la consulta de si el paciente tiene **Voluntad Vital** y actuar, si la hubiera, conforme a lo expresado en la misma. Las especificaciones de este derecho del paciente, están en el **PG19\_1 Procedimiento de Atención del paciente en el final de la vida** (pendiente de publicación en Mapa de Procesos).

Para los pacientes que tras maniobras de SVA se produzca el fallecimiento se proporcionarán (siempre que la situación lo permita y no exista situación de muerte judicial) los cuidados postmortem precisos y posibles para que la familia pueda ver al fallecido.

El CIE9 de este tipo de procesos es el 427.5 – 427.41 para los casos de PCR

Hay una situación que enmarcamos dentro de este proceso: **La atención del Paciente en situación de final de la vida**. En estos pacientes debemos asegurar los cuidados paliativos necesarios desde la esfera colaborativa para garantizar una muerte sin dolor ni sufrimiento.

Para pacientes en situación de final de la vida, el médico/a del EE debe codificar en la Historia el **CIE9: V66.7 Paciente terminal**

**Además de lo indicado antes, La presencia/participación de familiares durante la resucitación y traslado, prestar información a la familia, además de propiciar la intimidad durante la atención del paciente son elementos clave en la atención de este tipo de pacientes.**

#### **2. QUÉ SITUACIÓN BASAL DEBE CONTEMPLARSE.**

No es necesario indicar nada. La situación de PCR es suficiente para saber cómo se encuentra el paciente.

En caso de que revierta la situación de PCR y se derive al paciente al Hospital, deben constar en la Historia (con las premisas que se indican en el apartado de Cuestiones generales del documento) la **Monitorización de constantes** que correspondan y el **NIVEL DE CONCIENCIA del paciente**.

### **3. QUÉ NECESIDAD O NECESIDADES DEBEN VALORARSE.**

No es necesario indicar nada. La situación de PCR es suficiente para saber que todas las necesidades están alteradas.

### **4. QUÉ PROBLEMAS PODEMOS ENCONTRAR:**

No es necesario indicar nada. La situación de PCR es suficiente para saber la situación de Suplencia Total. No es necesario indicar ni siquiera Problemas de Autonomía. Se sobreentiende por la PCR.

- **INTERVENCIONES**

En este paciente nos centraremos en intervenir con las NICs del ámbito colaborativo que corresponden a este estado.

Se propone siempre que se realicen maniobras de SVA, **alguna** de las siguientes NIC: **EVIDENCIAS BÁSICAS**

**NIC 6320 Resucitación**

**NIC 6140 Manejo del código de Urgencias**

**NIC 6200 Cuidados en la Emergencia.** (Por las actividades que engloba esta NIC consideramos más correcto utilizarla en caso de PCR de origen traumático).

Es fundamental en este proceso asistencial **Facilitar la presencia de la familia.**

**NIC 7170 Facilitar la presencia de la familia** (siempre que sea posible durante la atención del paciente). **EVIDENCIA AVANZADA**

La presencia de la familia durante la RCP\_A es un tema que sigue generando controversia y que no se acepta por todos los Equipos de atención extrahospitalaria de igual forma. Supone un cambio en la “forma de hacer las cosas” que debemos ir propiciando. Hay estudios<sup>21</sup> que demuestran que la presencia de la familia durante la RCP no ha tenido consecuencias psicológicas ni para los familiares presentes ni interacciones negativas para los equipos intervinientes. **Los que promueven que la familia presencie la reanimación aseguran que la ayudará a comprender que los profesionales médicos hicieron todo lo posible, enfrentar la muerte y poder despedirse. Las guías internacionales promueven que las familias estén presentes durante la RCP.**

---

<sup>21</sup> ORIGINAL ARTICLE. FAMILY PRESENCE DURING CARDIOPULMONARY RESUSCITATION PATRICIA JABRE, M.D., PH.D., VANESSA BELPOMME, M.D., ELIE AZOULAY, M.D., PH.D., LINE JACOB, M.D., LIONEL BERTRAND, M.D., FREDERIC LAPOSTOLLE, M.D., PH.D., KARIM TAZAROURTE, M.D., PH.D., GUILLEM BOUILLEAU, M.D., VIRGINIE PINAUD, M.D., CLAIRE BROCHE, M.D., DOMITILLE NORMAND, M.S., THIERRY BAUBET, M.D., PH.D., AGNES RICARD-HIBON, M.D., PH.D., JACQUES ISTRIA, M.D., ALEXANDRA BELTRAMINI, M.D., ARMELLE ALHERITIERE, M.D., NATHALIE ASSEZ, M.D., LIONEL NACE, M.D., BENOIT VIVIEN, M.D., PH.D., LAURENT TURI, M.D., STEPHANE LAUNAY, M.D., MICHEL DESMAIZIERES, M.D., STEPHEN W. BORRON, M.D., ERIC VICAUT, M.D., PH.D., AND FREDERIC ADNET, M.D., PH.D. N ENGL J MED 2013; 368:1008-1018 MARCH 14, 2013 DOI: 10.1056/NEJMOA1203366

La presencia de la familia requiere intervención con la misma, de forma directa e indirecta. Esto significa que al tiempo que esa persona ve los esfuerzos que se están haciendo con su familiar (protocolo de RCP\_A) recibe información del Equipo sanitario sobre la situación del paciente, para que ir orientando las expectativas del resultado de la reanimación y para que puedan **“tomar conciencia de la situación y comenzar a elaborar el duelo de la forma menos traumática posible”<sup>22</sup>**.

La definición de esta NIC es: Facilitar la presencia de la familia para apoyar a un individuo que esté recibiendo reanimación y/o procedimientos invasivos. En esta intervención, entre otras se encuentran las siguientes actividades:

- Obtener información respecto del estado del paciente, la respuesta al tratamiento, las necesidades identificadas (en un paciente en PCR este es un elemento de seguridad)
- Comunicar de manera oportuna la información respecto al estado actual del paciente
- Asegurar a la familia que se está dando la mejor atención posible al paciente
- Cuando se hable con la familia utilizar el nombre del paciente
- Preparar a la familia asegurándose de que ha sido informada sobre qué esperar..
- Dar oportunidad a la familia de realizar preguntas y ver, tocar y hablar con el paciente..

De las actividades que engloba esta NIC entendemos que éstas pueden ser las más relevantes en una situación de PCR.

La European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care y European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions, elaboraron en 2007 un documento de consenso<sup>23</sup> sobre la presencia de familiares durante la resucitación cardiopulmonar.

**EVOLUCIÓN.** Si las maniobras de RCPA son exitosas y se deriva al paciente al Hospital, será suficiente con ver la situación del paciente en la tabla de constantes. No es preciso indicar comentarios ni NOCs al respecto.

**5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**6. SEGURIDAD DEL PACIENTE atendido y trasladado por EE/ECA** Como se describe en el apartado correspondiente.

**7. DERECHOS DEL PACIENTE.** Como se describe en el apartado correspondiente.

La Consulta de VV se debe realizar siempre que sea posible en las situaciones descritas en el PG19\_1 Atención del paciente en el final de la vida.

<sup>22</sup> Artículo Original. B. De la Flor Magdaleno et al. Presencia familiar durante maniobras de reanimación: Estudio en el ámbito extrahospitalario en la Comunidad Autónoma Vasca. EQUIPO DE SOPORTE VITAL AVANZADO DE BIZKAIA. emergencias 2006;18:135-140

<sup>23</sup> Fulbrook P, Latour J, Albarran J, Graaf de W, Lynch F, Devictor D, Norekvål T; The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation Working Group (2007). The Presence of Family Members During Cardiopulmonary Resuscitation: European federation of Critical Care Nursing associations, European Society of Paediatric and Neonatal Intensive Care y European Society of Cardiology Council on Cardiovascular Nursing and Allied Professions Joint Position Statement. Connect: The World of Critical Care Nursing 5 (4), 86-88.

### **En las asistencias con resultado de fallecimiento tras maniobras de resucitación**

En pacientes en los que se realice maniobras de SVA sin resultado se indica, para facilitar la participación de la familia en el proceso de atención del paciente:

**NIC 7170 Facilitar la presencia de la familia** (siempre que sea posible durante la atención del paciente). **EVIDENCIA AVANZADA**

**NIC 1770 Cuidados Postmortem. EVIDENCIA BÁSICA**

**Salvo casos de muerte judicial o imposibilidad por motivos claros y extraordinarios**, al finalizar la asistencia del paciente y por tanto suspender las maniobras de RCP\_A, se debe:

- Retirar el TOT
- Retirar la vía venosa
- Limpiar restos de sangre de la VVP y restos de secreciones de la boca tras retirada del TOT
- Poner al paciente en una cama, o similar, no dejándolo por tanto en el suelo
- Entregar la pertenencias que se hayan quitado al paciente durante las maniobras de SVA a la familia
- Disponer de intimidad para que la familia vea a su familiar fallecido

Estas actividades forman parte de la NIC 1770. Salvo las excepciones indicadas anteriormente, entendemos que es una actividad básica que forma parte de la atención de esa persona que acaba de fallecer.

### **ASISTENCIA AL PACIENTE AGÓNICO PREVIA AL FALLECIMIENTO**

**La atención del paciente al final de la vida es una obligación de todos los profesionales sanitarios. La Ley 2/2010 de derechos y garantías de la dignidad de la persona en el proceso de muerte así lo indica.** En el PG19\_1 Atención del paciente al final de la vida, se indican las cuestiones básicas que un EE debe garantizar en esta situación, al paciente y a la familia.

En este paciente se considera relevante dejar constancia en su Historia esta situación. El/la médico/a debe indicarlo con el CIE-9 V66.7.

**Consideramos relevante en esta situación paliar o eliminar el sufrimiento y dolor del paciente.**

**NOC 2007 Muerte confortable** (Tranquilidad física, psicoespiritual, sociocultural y ambiental en el final inminente de la vida). **EVIDENCIA AVANZADA**

Indicadores sugeridos

**200701 Calma**

**200703 Permeabilidad de las vías aéreas.**

**200718 Respiración dificultosa.**

**200714 Dolor**

Las Intervenciones propuestas en este tipo de asistencias son:

**5260 Cuidados en la Agonía. EVIDENCIA BÁSICA**

**7170 Facilitar la presencia de la familia. EVIDENCIA AVANZADA**

	<b>BUENA PRÁCTICA</b>	<b>EVIDENCIA</b>	<b>GRUPO</b>	<b>ORDEN</b>	<b>TIPO</b>	<b>COMPUTA</b>	<b>EXPLICACIÓN</b>
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se realizan las NICs correspondientes en caso de paciente en PCR cod 35?	GI	1	B	S	NIC 6320 Resucitación o NIC 6140 Manejo del código de Urgencias o NIC 6200 Cuidados en la Emergencia. (Por las actividades que engloba esta NIC consideramos más correcto utilizarla en caso de PCR de origen traumático).
	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se realizan las NICs correspondientes en caso de paciente en PCR cod 32?	GI	2	B	S	NIC 6320 Resucitación o NIC 6140 Manejo del código de Urgencias o NIC 6200 Cuidados en la Emergencia. (Por las actividades que engloba esta NIC consideramos más correcto utilizarla en caso de PCR de origen traumático). Y 1770 Cuidados Postmortem (Salvo casos de muerte judicial o imposibilidad por motivos claros y extraordinarios que deben constar en la historia)
	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se realizan las NICs correspondientes en el Paciente Agónico?	GI	3	B	S	Fundamentalmente 5260 Cuidados en la Agonía en los pacientes cuyo CIE-9 sea V66.7
	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se han establecido en el Paciente Agónico algún NOC e indicadores?	GII	4	A	S	En esta situación es muy importante paliar el sufrimiento y dolor del paciente. Se sugiere el NOC 2007 Muerte Confortable con alguno de los indicadores sugeridos en el documento. Se considerará válido cualquier otro NOC que refleje el objetivo indicado anteriormente.
<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	¿Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	GI	5	B	S	NICs con evidencia, chequeo de la orden verbal, NICs indicadas para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	GI	6	B	S	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR

**BLOQUE IV**

El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	GI	7	B	S	Para pacientes que no pueden expresar su voluntad o menores de edad.
El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se facilita la presencia y participación de la familia durante la asistencia del paciente?	GIII	8	A	S	El término familia aquí engloba a la persona que es referente para el paciente y la NIC/s que lo indican están determinadas en el documento de Cuidados.
El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	GI	9	B	S	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).
El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se ha consultado VV del paciente y actuado en consecuencia	GIII	10	A	S	Como se indica en el PG19_1 Atención al paciente en el final de la vida

*Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso PCR atendido por EE*

#### **14.4 CUIDADOS AL PACIENTE CARDIOLÓGICO**

En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 14,6% del total. Un 50,1% son Hombres y un 47,5% Mujeres. Un 51,4% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90 años. En caso de proceso SCACEST un **17% son pacientes de 30 a 50 años.**

Con este tipo de patología, los EE atenderán a pacientes con **SCACEST – SCASEST – BRADIARRITMIAS – TAQUIARRITMIAS – FIBRILACIÓN AURICULAR.**

Los CIEg de estos procesos son:

**SCACEST: 410\***

**SCASEST: 411 y otros 410\***

**BRADIARRITMIAS: 426\* Y 427.81**

**TAQUIARRITMIAS: OTROS 426\* Y 427\***

**FIBRILACIÓN AURICULAR: 427.3\***

#### **1. ¿QUÉ OBJETIVOS QUEREMOS CONSEGUIR?**

El perfil de los pacientes cardiológicos será probablemente diferente, cuando se trate de un episodio de la enfermedad en un paciente con patología crónica u ocurra un cuadro agudo en un paciente joven o previamente sano. El paciente que presenta un cuadro agudo requerirá una información clara e implicación del paciente y familia sobre el proceso de enfermedad, del mismo modo que tratar la respuesta emocional del episodio que acontece.

En pacientes crónicos podemos encontrar una horquilla amplia de edad, pluripatologías asociadas y pacientes polimedicados. El objeto durante nuestra asistencia se centrará en aspectos relacionados con conocer el tipo de vida y fomentar hábitos de vida que favorezcan el control de la enfermedad así como el cumplimiento del régimen terapéutico, estos aspectos deben ser puestos en conocimiento de EF/EGC en los casos en los que se detecte vulnerabilidad del paciente.

En cualquiera de los casos, el DOLOR puede estar presente y es muy importante medirlo con la escala más adecuada al paciente y reflejar la modificación del mismo tras la prescripción medica de analgesia, así como otras NIC realizadas para ayudar a paliar el dolor y mejorar la confortabilidad del paciente.

#### **2. QUÉ SITUACIÓN BASAL DEBE CONTEMPLARSE.**

Igual que la indicada en el Proceso Genérico.

#### **3. QUÉ NECESIDAD O NECESIDADES DEBEN VALORARSE.**

Si el nivel de conciencia es ALERTA/CONSCIENTE

- **COMUNICACIÓN.** Si hay o no Barreras comunicativas.

- **APRENDER. Imprescindible si comprende la información.**
- **SEGURIDAD.** Las interrelaciones indicadas anteriormente determinarán de forma automática la alteración de la Seguridad en este paciente, en función de los parámetros que se han establecido. Es importante valorar la **Respuesta emocional** del paciente.
- **VALORES.** Tal y como se indica en el Proceso genérico

Si el nivel de conciencia es **distinto a ALERTA/CONSCIENTE**

- **RESPIRAR** (Solo la capacidad para expulsar secreciones. Lo demás se entiende ya expresado por el médico/a del EE).
- **LA SEGURIDAD ESTÁ ALTERADA en este paciente.**

Se considera necesario además que en la necesidad de **MOVILIDAD** se indique el reposo terapéutico o limitación del esfuerzo terapéutico.

#### **4. QUÉ PROBLEMAS PODEMOS ENCONTRAR:**

El **DOLOR** que presenta el paciente puede expresarse como **00132 Dolor Agudo**. El dolor se puede producir en cualquier proceso cardiológico, no solo en el SCACEST y así se indicará si existe. **EVIDENCIA AVANZADA**

Una vez identificada la respuesta emocional del paciente y si el profesional lo considera preciso, se puede indicar dicha respuesta como DdE si procede.

El Problema o problemas que se expresen serán los más relevantes (y limitados en nº con las premisas indicadas en el apartado problemas del documento) que tenga el paciente y estarán en consonancia con las alteraciones básicas detectadas. La forma de expresar el problema se encuentra en el apartado **PROBLEMAS** de este documento.

La detección de problemas (expresados como DdE o PA) se considerará **EVIDENCIA AVANZADA**

#### **CRITERIOS DE RESULTADO ESPERADOS**

En caso de que el paciente tenga alguna alteración de conciencia (distinta a la inconsciencia) y no pueda expresar el dolor, es adecuado que el dolor pueda expresarse con el NOC Nivel del Dolor

##### **2102 Nivel del dolor**

210221 Frotarse el área afectada.

210217 Gemidos y gritos.

210206 Expresiones faciales de dolor.

210208 Inquietud

210224 Muecas de dolor o el indicador que el profesional considere más oportuno y refleje mejor esta situación.

**Si el profesional** entiende que hay otra escala del dolor más aplicable a la situación del paciente, indicará el nivel de dolor que exprese dicha escala y lo reflejará en la Historia del paciente.

La detección de este problema lleva asociada la realización de intervenciones específicas al dolor.

La determinación de cualquiera de estos NOCs relacionados con el DOLOR se considera **EVIDENCIA AVANZADA**.

La detección de un problema relacionado con la respuesta emocional del paciente, incluso sin que se exprese ésta como problema, lleva asociada la realización de intervenciones específicas al respecto.

Los criterios de resultado son **EVIDENCIAS AVANZADAS**

### **INTERVENCIONES**

**2300 Administración de medicación**

**3390 Ayuda a la Ventilación**

**5602 Enseñanza: Proceso enfermedad**

**5618 Enseñanza: Procedimiento – tto.**

**7170 Facilitar la presencia de la familia**

**4040 Cuidados Cardíacos (para pacientes que ya tienen un deterioro de la función cardíaca)**

**4044 Cuidados Cardíacos Agudos**

**5602 Enseñanza proceso de enfermedad**

**1400 Manejo del Dolor**

**2300 Administración de medicación o 2210 Administración de analgésicos.**

En estos pacientes puede ser precisa la realización de terapia eléctrica (Cardioversión, marcapasos). Es muy importante informar bien al paciente. Esto lo harán médico/a y enfermería en base a sus competencias. En relación a Enfermería se debería informar al paciente de los efectos de la sedación y analgesia que se le va a administrar, para un mejor control de la situación. Utilizaremos la NIC 5580: información sensorial preparatoria informando de los efectos del procedimiento o de la medicación que va a notar el paciente para que esté preparado y nos alerte de los mismos.

Siempre que se administre al paciente un opiáceo se realizará y registrará la NIC **EVIDENCIA BÁSICA 5580: Información sensorial preparatoria**. La información que se debe facilitar al paciente previa administración del opiáceo es:

*“Le vamos a administrar (nombre fármaco). Es un potente analgésico para aliviarle su dolor.*

*Es posible que aparezca algún efecto secundario como sensación de mareos, náuseas, vómitos, o sueño. Le pido que me avise si siente cualquiera de estos síntomas o cualquier otro para tratar de prevenirlos o aliviarlos.”*

**EVOLUCIÓN.** Ver cómo ha evolucionado el paciente en función de los cuidados realizados es muy importante. La evolución puede expresarse con la valoración final de un indicador (NOC) que se haya establecido, o con un comentario del profesional de Enfermería. La enfermera/o debe evitar repetir lo que ya ha comentado el médico/a del EE en cuanto a la evolución clínica del paciente. Esta reiteración no aporta nada. Si Enfermería tiene algo que decir, que sea en relación a los cuidados del paciente. **EVIDENCIA AVANZADA**

**5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**6. SEGURIDAD DEL PACIENTE atendido y trasladado por EE/ECA** Como se describe en el apartado correspondiente.

**7. DERECHOS DEL PACIENTE.** Como se describe en el apartado correspondiente.

	BUENA PRÁCTICA	EVIDENCIA	GRUPO	ORDEN	TIPO	COMPUTA	EXPLICACIÓN
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	¿Queda reflejada de forma clara la situación basal del paciente?	GI	1	B	S	Esto incluye la monitorización de constantes, nivel de conciencia (AVDI o GCS), presencia de alergias, Nivel funcional para las ABVD (En ACVA puede ser el Rankin), los dispositivos previos, las conductas de riesgo y la valoración del conocimiento y cumplimiento del RT
		En caso de valoración del conocimiento del RT < 3, ¿se ha establecido algún NOC e intervención enfermera (NIC) específicos?	GII	2	A	S	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		En los casos que ocurre un Incumplimiento del RT (<4) ¿Se ha establecido algún NOC e Intervención de Enfermería (NIC) específicos?	GII	3	A	S	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		¿La valoración del paciente cardiaco es correcta?	GI	4	B	S	En paciente Alerta: Comunicación (si hay o no barreras). Aprender: Si comprende la información y SEGURIDAD: Respuesta emocional del paciente. En movilidad establecer la limitación terapéutica del movimiento. En paciente no alerta: Respirar: si hay o no capacidad de expulsar secreciones La seguridad está alterada por defecto.
	El/la profesional apoya y forma a las cuidadoras familiares principales sobre el desempeño de su rol y su propio cuidado	En caso de paciente dependiente ¿Se valora/identifica al cuidador principal?	GII	5	A	S	Incluye la valoración con los dos ítems o con el NOC 2202 Y la identificación de la figura del cuidador/a
	El/la profesional tiene habilidades para la realización de intervenciones frecuentes en su disciplina	¿El paciente tiene dolor?	GI	6	B	N	Si el paciente expresa dolor o en caso de pacientes con alteración de nivel de conciencia, deterioro neurológico, niños pequeños, etc no lo puede expresar pero el proceso patológico que tiene indica dolor (traumatismos, procesos cardiológicos, cuadros abdominales, etc).
		Tipo de escala usada para valorar el DOLOR	GI	7	B	N	Modificar las respuestas para que estén: 1. EN O EVA 2. Escala Verbal o Categórica 3. NOCs de dolor o Escalas conductuales (Flacc en caso de niños <4 años, Campbell...) 4. No hay escala
		¿Se realiza algún procedimiento doloroso?	GI	8	B	N	Terapia eléctrica. Vía IO. Sondaje NSG o Vesical, etc
	<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se ha detectado algún problema y se ha expresado como DdE o PA?	GIII	9	A	S

						Síntoma	
		¿Se identifica claramente la respuesta emocional del paciente?	GIII	10	A	S	En caso de que exista una respuesta emocional que claramente determine la intervención de enfermería y que pueda ser relevante para la continuidad de cuidados, ésta se puede expresar como DdE o con la expresión que indique de forma clara esta respuesta del paciente. En cualquiera de los casos es preciso que se intervenga sobre la misma.
		¿Se ha establecido algún NOC y se ha hecho su evaluación inicial y final?	GIII	11	A	S	Un NOC de los que se sugieren en función del proceso o cualquier otro que el profesional entienda más oportuno y que refleje el objetivo para el problema detectado. Si se ha establecido, se pondrá SI, si no se ha hecho se pondrá NO. En caso de paciente inconsciente con algún NOC establecido se pondrá E. En caso de que se haya indicado un NOC para la valoración del dolor en pacientes con alteración del nivel de conciencia, se indicará esta evidencia como E.
		¿Las NICs realizadas son adecuadas a la situación del paciente?	GI	12	B	S	Las NICs deben ser adecuadas a la situación descrita del paciente, acordes con los problemas si es que se han identificado o con los NOCs si es que se han establecido y en todo caso con la alteración de las NB identificadas.
		En caso de dolor ¿Se realiza la NIC 1400 Manejo del Dolor?	GI	13	B	S	Esta NIC es básica en caso de que el paciente tenga dolor
		¿Se establecen las NICs adecuadas por la administración de opiáceos?	GI	14	B	S	Información sensorial preparatoria
	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	GI	15	B	S	Nics con evidencia, chequeo de la orden verbal, NICs para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	GI	16	B	S	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR
		¿Se describe la Evolución del paciente desde el punto de vista del cuidado?	GII	17	A	S	Incluye tanto comentario desde el punto de vista del cuidado o NOCs en caso de que se hayan identificado (con su valoración final y que indiquen claramente un objetivo del cuidado)
		¿Se detecta paciente Vulnerable?	GIII	18	A	S	En cód 34 fundamentalmente, aunque a criterio del profesional es correcto también identificarlos en pacientes que se derivan al Hospital. Debe estar identificado en la HCD_M el criterio de vulnerabilidad que el profesional identifica en el paciente atendido ya que es el elemento clave para

							la continuidad de cuidados con EF o EGC. Esta evidencia es solo para la detección. La forma de derivación no se incluye en esta evidencia a la espera de mejoras en la HCD-M
<b>BLOQUE IV</b>	El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se reflejan los Valores del paciente?	GII	19	A	S	Se dará por adecuado cuando conste algún comentario o expresión LITERAL de los mismos. Lo demás quedará como E
		¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	GI	20	B	S	PARA PACIENTES QUE NO PUEDAN EXPRESAR SU VOLUNTAD O MENORES DE EDAD
		¿Se facilita la presencia y participación de la familia durante la asistencia del paciente?	GIII	21	<b>A</b>	<b>S</b>	El término familia aquí engloba a la persona que es referente para el paciente y la NIC/s que lo indican están determinadas en el documento de Cuidados.
		¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	GI	22	B	S	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).

*Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso Cardiológico atendido por EE*

#### **14.5 PROCESO TRAUMA GRAVE:**

En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 13,5% del total. Un 59,5% son Hombres y un 38,4% Mujeres. Un 47,8% de estos pacientes están en una franja de edad de los 20 a los 50 años.

**Cuidados de Enfermería al paciente Traumatizado:** Desglosado en Trauma Grave para EET y EEA y TSR < 12 (preferentemente) con CIE-9 determinados con esta patología.

##### **1. ¿QUÉ OBJETIVOS QUEREMOS CONSEGUIR?**

El cuidado en pacientes asistidos por proceso Trauma Grave debe **asegurar siempre el control del dolor y la adecuada movilización/inmovilización del paciente que favorezca la correcta alineación corporal.**

En el paciente alerta, abordar el afrontamiento del propio paciente ante la situación que acontece, garantizar la información necesaria durante la atención y prepararlo para la continuidad asistencial en el centro útil o de referencia para sus lesiones.

En el paciente con deterioro neurológico nuestros cuidados se centrarán en la suplencia de necesidades concretas a la situación que presenta el paciente.

##### **2. QUÉ SITUACIÓN BASAL DEBE CONTEMPLARSE.**

**En este caso, solo es precisa la MONITORIZACIÓN DE CONSTANTES** que es responsabilidad de médico/a y enfermería, se considera **imprescindible que enfermería haga una VALORACIÓN DEL DOLOR del paciente usando la escala más adecuada para reflejarlo.**

**NIVEL DE CONCIENCIA del paciente y ALERGIAS** del paciente. El resto de cuestiones que se incluyen en la situación basal no son oportunas en este paciente.

##### **3. QUÉ NECESIDAD O NECESIDADES DEBEN VALORARSE.**

En el paciente trauma será elemental la valoración de las siguientes necesidades:

Si el nivel de conciencia es ALERTA/CONSCIENTE

- **MOVILIDAD.**

Las lesiones de algún miembro o parte del cuerpo, habrá quedado reflejada en la valoración clínica, por tanto enfermería deberá indicar los casos en que exista una limitación de movimientos.

Consideramos adecuado también que se determine el **Nivel funcional de la Movilidad** en la situación inicial del proceso agudo (nunca hará referencia a la situación basal porque ésta ya se ha indicado en sus apartados correspondientes).

**Clasificación sugerida por la NANDA para Nivel Funcional**

0	Totalmente autónomo
1	Requiere el uso de un equipo o dispositivo
2	Requiere otra persona para ayuda, supervisión o enseñanza
3	Requiere ayuda de otra persona y de un equipo o dispositivo
4	Dependiente, no participa en la actividad

- **SEGURIDAD.** Las interrelaciones indicadas anteriormente determinarán de forma automática la alteración de la Seguridad en este paciente, en función de los parámetros que se han establecido. Es importante valorar la **Respuesta emocional** del paciente.
- **COMUNICACIÓN.** Orientación en s/t/p y si hay o no Barreras comunicativas. **Esta necesidad es importante para adecuar la escala del dolor al paciente.**
- **APRENDER.** Imprescindible si comprende la información.
- **VALORES.** Como se indica en el Proceso genérico

En este tipo de asistencias, suele ocurrir que el paciente se encuentra sólo. Hay que preguntar al paciente si quiere o necesita localizar algún familiar/persona cercana. En algunos casos esto lo hacen las FOP e el lugar. Si es así, se puede y debe recoger de esta forma en la HC/RE y se valorará en la evidencia de Valores de este proceso.

Si el nivel de conciencia es **distinto a ALERTA/CONSCIENTE**

- **RESPIRAR.** Sólo la capacidad para expulsar secreciones. Lo demás se entiende ya expresado por el médico/a del EE.
- **LA SEGURIDAD está alterada en este paciente.**
- **MOVILIDAD** Los pacientes con nivel de conciencia distinto a alerta, tendrán alterada esta necesidad.

**4. QUÉ PROBLEMAS PODEMOS ENCONTRAR Y CÓMO TRABAJARLOS:**

En relación a la **MOVILIDAD/INMOVILIZACIÓN.** Los problemas que presentan los pacientes traumatizados van a generar en la mayoría de las ocasiones una alteración de la necesidad de movilización/inmovilización.

En relación al **DOLOR que presenta el paciente** propio por la naturaleza de las lesiones, está presente en la casi totalidad de las asistencias de este proceso. **Su expresión como 00132 DOLOR AGUDO se EVIDENCIA AVANZADA**

**00039 Riesgo de aspiración** (en caso de nivel de conciencia no alerta)

En relación a la respuesta emocional, el profesional puede indicarlo si así lo entiende más adecuado como DdE.

El Problema que se exprese será el más relevante que tenga el paciente y estará en consonancia con las alteraciones básicas detectadas. La forma de expresar el problema se encuentra en el apartado PROBLEMAS de este documento.

La detección de problemas (expresados como DdE o PA) se considerará **EVIDENCIA AVANZADA**

- **CRITERIOS DE RESULTADO ESPERADOS**

En función del problema más relevante del paciente, es importante determinar el NOC con el indicador más significativo a la situación detectada y ver si se modifica durante nuestra actuación siendo imprescindible una puntuación inicial y final del indicador elegido.

Asimismo esta información debe ser indicada en la transferencia del paciente como un elemento clave para la continuidad de sus cuidados.

Algunos NOCs que sugerimos en función de los problemas detectados pueden ser:

En caso de que el paciente tenga alguna ALTERACIÓN DE CONCIENCIA (distinta a la inconsciencia) y no pueda expresar el dolor, es adecuado que el dolor pueda expresarse con el NOC 2102 NIVEL DEL DOLOR

**2102 Nivel del dolor**

210221 Frotarse el área afectada.

210217 Gemidos y gritos.

210206 Expresiones faciales de dolor.

210208 Inquietud

210224 Muecas de dolor o el indicador que el profesional considere más oportuno y refleje mejor esta situación.

**SI EL PROFESIONAL** entiende que hay otra escala del dolor más aplicable a la situación del paciente, indicará el nivel de dolor que exprese dicha escala y lo reflejará en la Historia del paciente.

La detección de este problema lleva asociada la realización de intervenciones específicas al dolor.

La determinación de cualquier NOC relacionado con el DOLOR se considera **EVIDENCIA AVANZADA.**

En relación al **RIESGO DE ASPIRACIÓN: NOC 0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias** (Vías respiratorias abiertas permeables y limpias)

Indicador:

041012 Capacidad de eliminar secreciones

Si se indicara en relación a la respuesta emocional un DdE de **TEMOR: NOC 1210 Nivel de Miedo** (Gravedad de la aprensión, tensión o inquietud manifestada surgida de una fuente identificable).

Algunos indicadores:

121005 Inquietud

121014 Preocupación por sucesos vitales

121031 Temor verbalizado

En relación a la **MOVILIDAD: Se Realizarán las NICs** que sean más adecuadas

Es importante en los casos que se utilicen dispositivos de inmovilización y movilización asegurar la alineación corporal y facilitar un traslado seguro. En los casos que proceda, es muy importante valorar la adaptación del paciente a los dispositivos de inmovilización y movilización utilizados.

- **INTERVENCIONES** (Aquí solo se nombran algunas que pueden estar indicadas en función de los posibles problemas que encontremos)

Se sugieren las siguientes intervenciones:

**NIC 0940: Cuidados de tracción/inmovilización. (Inmovilización).**

**NIC 6200: Cuidados en la emergencia (Inmovilización).**

**NIC 0970 Transferencia (Movilización):**

**NIC 3160 Aspiración de las vías aéreas**

**NIC 3120 Intubación y estabilización de V.A.**

**NIC 3140 Manejo de V.A**

**NIC 3180 Manejo de V.A artificiales**

**NIC 3350 Monitorización respiratoria**

**NIC 3320 Oxigenoterapia**

**NIC 3200 Precauciones para evitar aspiraciones**

**NIC 3300 Ventilación mecánica:**

NIC 4190 Punción intravenosa (Intervención basada en evidencia)

NIC 1080 Sondaje nasogástrico (Intervención basada en evidencia)

NIC 0580 Sondaje vesical (Intervención basada en evidencia)

NIC 6650 Vigilancia

**Y las que sean PRECISAS en relación al estado del paciente, a su Seguridad, respuesta emocional, continuidad y derechos.**

**EVOLUCIÓN.** Ver cómo ha evolucionado el paciente en función de los cuidados realizados es muy importante. La evolución puede expresarse con la valoración final de un indicador (NOC) que se haya establecido, o con un comentario del profesional de Enfermería. La enfermera/o debe evitar repetir lo que ya ha comentado el médico/a del EE en cuanto a la evolución clínica del paciente. Esta reiteración no aporta nada. Si Enfermería tiene algo que decir, que sea en relación a los cuidados del paciente. **EVIDENCIA AVANZADA**

**5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**6. SEGURIDAD DEL PACIENTE atendido y trasladado por EE/ECA** Como se describe en el apartado correspondiente.

**7. DERECHOS DEL PACIENTE.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**IMPORTANTE:** EL Cuidado del paciente Traumatizado leve que realiza el profesional del ECA, es idéntico al indicado en el proceso Trauma Grave, con las connotaciones por supuesto relacionadas con la situación clínica del paciente que son bien distintas. Asimismo en el Paciente Trauma Leve se considera una Evidencia Avanzada la categorización del paciente (Código 1 – Indica y ECHO) que se describe en la gradilla de evaluación.

	BUENA PRÁCTICA	EVIDENCIA	GRUPO	ORDEN	TIPO	COMPUTA	EXPLICACIÓN
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	¿Queda reflejada de forma clara la situación basal del paciente Traumatizado?	<b>GI</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Esto incluye la monitorización de constantes, nivel de conciencia (GCS) y presencia de alergias. El resto de cuestiones de Situación basal no es oportuna en este proceso
		¿La valoración del paciente traumatizado es correcta?	<b>GI</b>	<b>2</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Paciente ALERTA: MOVILIDAD, con el Nivel funcional que presenta el paciente (según clasificación sugerida por la NANDA); La SEGURIDAD está alterada por lo que es importante detectar la respuesta emocional del paciente; COMUNICACIÓN: Orientación en s/t/p y si hay o no Barreras comunicativas. Esta necesidad es importante para adecuar la escala del dolor al paciente. APRENDER para ver si comprende la Información que se le está dando. En paciente NO ALERTA: La capacidad de expulsar secreciones de RESPIRAR. La SEGURIDAD y la MOVILIDAD estarán alteradas.
		¿El paciente tiene dolor?	<b>GI</b>	<b>3</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Si el paciente expresa dolor o en caso de pacientes con alteración de nivel de conciencia, deterioro neurológico, niños pequeños, etc no lo puede expresar pero el proceso patológico que tiene indica dolor (traumatismos, procesos cardiológicos, cuadros abdominales, etc).
	El/la profesional tiene habilidades para la realización de intervenciones frecuentes en su disciplina	Tipo de escala usada para valorar el DOLOR	<b>GI</b>	<b>4</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Modificar las respuestas para que estén: 1. EN O EVA 2. Escala Verbal o Categórica 3. NOCs de dolor o Escalas conductuales (Flacc en caso de niños <4 años, Campbell...) 4. No hay escala
		¿Se realiza algún procedimiento doloroso?	<b>GI</b>	<b>5</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Terapia eléctrica. Vía IO. Sondaje NSG o Vesical, técnicas de inmovilización, drenaje torácico, etc
<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se ha detectado algún problema y se ha expresado como DdE o PA?	<b>GIII</b>	<b>6</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Si el Problema detectado se ha expresado como DdE (Real, de riesgo o CP) o PA se considerará SI. Si no se ha expresado ningún problema se indicará NO. Si se indica algún problema con el diagnóstico clínico (ej: Fx fémur) se pondrá NO y se indicará al profesional en comentario que no es correcto expresar los problemas con el JC médico porque ya hay un profesional que lo ha indicado en la Historia del paciente
		¿Se identifica claramente la respuesta emocional del paciente?	<b>GIII</b>	<b>7</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	En caso de que exista una respuesta emocional que claramente determine la intervención de enfermería y que pueda ser relevante para la continuidad de cuidados, ésta se puede expresar como DdE o con la expresión que indique de forma clara esta respuesta del paciente. En cualquiera de los casos es preciso que se intervenga sobre la misma.
		¿Se ha establecido algún NOC y se ha hecho su evaluación inicial y final?	<b>GIII</b>	<b>8</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Un NOC de los que se sugieren en función del proceso o cualquier otro que el profesional entienda más oportuno y que refleje el objetivo para el problema detectado. Si se ha establecido, se pondrá SI, si no se ha hecho se pondrá NO. En caso de paciente inconsciente con algún NOC establecido se pondrá E. En caso de que se haya indicado un NOC para la valoración del dolor en pacientes con alteración del nivel de conciencia, se indicará esta evidencia como E.
		¿Las NICs realizadas son adecuadas a la situación del paciente?	<b>GI</b>	<b>9</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Las NICs deben ser adecuadas a la situación descrita del paciente, acordes con los problemas si es que se han identificado o con los NOCs si es que se han establecido y en todo caso con la alteración de las NB identificadas.

		En caso de dolor ¿Se realizan las NICs específicas en paciente traumatizado?	<b>GI</b>	<b>10</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Cualquiera de estas NICs en función de la situación del paciente se considera básica en caso de que el paciente tenga dolor: 1400 Manejo del Dolor - 0910 Inmovilización o 0940 Cuidados de la Tracción /inmovilización.
		¿Se establecen las NICs adecuadas por la administración de opiáceos?	<b>GI</b>	<b>11</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Información sensorial preparatoria
		¿Se describen los dispositivos utilizados para la inmovilización del paciente para mantener la alineación corporal y facilitar un traslado seguro?	<b>GI</b>	<b>12</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Es importante en los casos que se utilicen dispositivos de inmovilización y movilización asegurar la alineación corporal y facilitar un traslado seguro. En los casos que proceda, es básico valorar la adaptación del paciente a los dispositivos de inmovilización.
	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	<b>GI</b>	<b>13</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	NICs con evidencia, chequeo de la orden verbal, NICs para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	<b>GI</b>	<b>14</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR
		¿Se describe la Evolución del paciente desde el punto de vista del cuidado?	<b>GII</b>	<b>15</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Incluye tanto comentario desde el punto de vista del cuidado o NOCs en caso de que se hayan identificado (con su valoración final y que indiquen claramente un objetivo del cuidado)
<b>BLOQUE IV</b>	El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se reflejan los Valores del paciente?	GII	16	A	S	Se dará por adecuado cuando conste algún comentario o expresión LITERAL de los mismos. Lo demás quedará como E. En paciente traumatizado es importante en estas situaciones y dado que en muchos casos el paciente va solo, dejar constancia de si el paciente quiere o necesita localizar algún familiar/persona cercana.
		¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	GI	17	B	S	PARA PACIENTES QUE NO PUEDAN EXPRESAR SU VOLUNTAD O MENORES DE EDAD
		¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	GI	18	B	S	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).

*Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso Trauma Grave atendido por EE*

	BUENA PRÁCTICA	EVIDENCIA	GRUPO	ORDEN	TIPO	COMPUTA	EXPLICACIÓN
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	¿Queda reflejada de forma clara la situación basal del paciente Traumatizado?	<b>GI</b>	<b>1</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Esto incluye la monitorización de constantes, nivel de conciencia (GCS) y presencia de alergias. El resto de cuestiones de Situación basal no es oportuna en este proceso
		¿La valoración del paciente traumatizado es correcta?	<b>GI</b>	<b>2</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Paciente ALERTA: MOVILIDAD, con el Nivel funcional que presenta el paciente (según clasificación sugerida por la NANDA); La SEGURIDAD está alterada por lo que es importante detectar la respuesta emocional del paciente; COMUNICACIÓN: Orientación en s/t/p y si hay o no Barreras comunicativas. Esta necesidad es importante para adecuar la escala del dolor al paciente. APRENDER para ver si comprende la Información que se le está dando. En paciente NO ALERTA: La capacidad de expulsar secreciones de RESPIRAR. La SEGURIDAD y la MOVILIDAD estarán alteradas.
		¿El paciente tiene dolor?	<b>GI</b>	<b>3</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Si el paciente expresa dolor o en caso de pacientes con alteración de nivel de conciencia, deterioro neurológico, niños pequeños, etc no lo puede expresar pero el proceso patológico que tiene indica dolor (traumatismos, procesos cardiológicos, cuadros abdominales, etc).
	El/la profesional tiene habilidades para la realización de intervenciones frecuentes en su disciplina	Tipo de escala usada para valorar el DOLOR	<b>GI</b>	<b>4</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Modificar las respuestas para que estén: 1. EN O EVA 2. Escala Verbal o Categórica 3. NOCs de dolor o Escalas conductuales (Flacc en caso de niños <4 años, campbell...) 4. No hay escala
		¿Se realiza algún procedimiento doloroso?	<b>GI</b>	<b>5</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Terapia eléctrica. Vía IO. Sondaje NSG o Vesical, técnicas de inmovilización, drenaje torácico, etc
		¿Se ha clasificado al paciente atendiendo a la gravedad que presenta?	<b>GI</b>	<b>6</b>	<b>A</b>	<b>N</b>	Clasificación del paciente: Código 1, Paciente India, Paciente ECHO. De acuerdo al Protocolo ECA que corresponda (Mapa de Procesos Fase 3: Asistencia Sanitaria. Procesos asistenciales 061), se clasifica al paciente según signos y síntomas de gravedad, esto facilita y garantiza la actuación protocolizada por parte del recurso ECA. Se propone la siguiente NIC 6364: Triage centro de urgencias
<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se ha detectado algún problema y se ha expresado como DdE o PA?	<b>GIII</b>	<b>7</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Si el Problema detectado se ha expresado como DdE (Real, de riesgo o CP) o PA se considerará SI. Si no se ha expresado ningún problema se indicará NO. Si se indica algún problema con el diagnóstico clínico (ej: Fx fémur) se pondrá NO y se indicará al profesional en comentario que no es correcto expresar los problemas con el JC médico porque ya hay un profesional que lo ha indicado en la Historia del paciente
		¿Se ha establecido algún NOC y se ha hecho su evaluación inicial y final?	<b>GIII</b>	<b>8</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Un NOC de los que se sugieren en función del proceso o cualquier otro que el profesional entienda más oportuno y que refleje el objetivo para el problema detectado. Si se ha establecido, se pondrá SI, si no se ha hecho se pondrá NO. En caso de paciente inconsciente con algún NOC establecido se pondrá E. En caso de que se haya indicado un NOC para la valoración del dolor en pacientes con alteración del nivel de conciencia, se indicará esta evidencia como E.
		¿Las NICs realizadas son adecuadas a la situación del paciente?	<b>GI</b>	<b>9</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Las NICs deben ser adecuadas a la situación descrita del paciente, acordes con los problemas si es que se han identificado o con los NOCs si es que se han establecido y en todo caso con la alteración de las NB identificadas.

		En caso de dolor ¿Se realizan las NICs específicas en pac traumatizado?	<b>GI</b>	<b>10</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Cualquiera de estas NICs en función de la situación del paciente se considera básica en caso de que el paciente tenga dolor: 1400 Manejo del Dolor - 0910 Inmovilización o 0940 Cuidados de la Tracción /inmovilización.
		¿Se establecen las NICs adecuadas por la administración de opiáceos?	<b>GI</b>	<b>11</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Información sensorial preparatoria
		¿Se describen los dispositivos utilizados para la inmovilización del paciente para mantener la alineación corporal y facilitar un traslado seguro?	<b>GI</b>	<b>12</b>	<b>B</b>	<b>N</b>	Es importante en los casos que se utilicen dispositivos de inmovilización y movilización asegurar la alineación corporal y facilitar un traslado seguro. En los casos que proceda, es básico valorar la adaptación del paciente a los dispositivos de inmovilización
	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	<b>GI</b>	<b>13</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Nics con evidencia, chequeo de la orden verbal, nICS para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	<b>GI</b>	<b>14</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR
		¿Se describe la Evolución del paciente desde el punto de vista del cuidado?	<b>GII</b>	<b>15</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Incluye tanto comentario desde el punto de vista del cuidado o NOCs en caso de que se hayan identificado (con su valoración final y que indiquen claramente un objetivo del cuidado)
<b>BLOQUE IV</b>	El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se reflejan los Valores del paciente?	<b>GII</b>	<b>16</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Se dará por adecuado cuando conste algún comentario o expresión LITERAL de los mismos. Lo demás quedará como E. En paciente traumatizado es importante en estas situaciones y dado que en muchos casos el paciente va solo, dejar constancia de si el paciente quiere o necesita localizar algún familiar/persona cercana.
		¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	<b>GI</b>	<b>17</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	PARA PACIENTES QUE NO PUEDAN EXPRESAR SU VOLUNTAD O MENORES DE EDAD
		¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	<b>GI</b>	<b>18</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).

Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso Trauma Leve atendido por ECA

#### **14.6 PROCESO RESPIRATORIO:**

En 2013 este tipo de paciente ha supuesto un 3,2% del total. Un 63,1% son Hombres y un 34,6% Mujeres. Un 68,2% de estos pacientes están en la franja de 70 a mayores de 90.

Con este tipo de patología, los EE atenderán a pacientes con diagnóstico de EAP - ASMA – EPOC.

Los CIE9 de estos procesos son: **EPOC: 491.21 – 496; ASMA: 493.01 – 493.11 – 493.21 – 493.91; EAP: 428.1 – 528.4.**

#### **1.- ¿QUÉ OBJETIVOS QUEREMOS CONSEGUIR?**

El perfil de los pacientes con EPOC o EAP será probablemente muy distinto al de pacientes con ASMA, siendo éstos pacientes más jóvenes, que quizás requieran de mayor conocimiento de la enfermedad y del régimen terapéutico, por haber sido diagnosticados en no pocos casos de forma incipiente y por indagar sobre los hábitos de vida que favorecen un adecuado control de la enfermedad.

En pacientes con EPOC/EAP podemos encontrar a pacientes mayores o muy mayores, con descompensaciones frecuentes por pluripatologías asociadas, polimedicación y en definitiva pacientes con niveles de suplicia importantes que requieran en algunos casos una reevaluación de su EF/EGC para un mejor control de su enfermedad.

#### **2.- QUÉ SITUACIÓN BASAL DEBE CONTEMPLARSE.**

**IGUAL QUE LA INDICADA EN EL PROCESO GENÉRICO.**

#### **2. QUÉ NECESIDAD O NECESIDADES DEBEN VALORARSE.**

- **RESPIRAR.** Sólo la capacidad para expulsar secreciones. Lo demás se entiende ya expresado por el médico/a del EE.
- **SEGURIDAD** Las interrelaciones indicadas anteriormente determinarán de forma automática la alteración de la Seguridad en este paciente, en función de los parámetros que se han establecido. Es importante valorar la **Respuesta emocional** del paciente.
- **APRENDER** Siempre que el grado de compromiso respiratorio que presente el paciente lo permita, es imprescindible si comprende la información.
- **COMUNICACIÓN** Si hay o no Barreras comunicativas (disnea)
- **MOVILIDAD.** Si la disnea es muy importante esta NB estará alterada. Enfermería puede indicar en esta NB, si lo considera necesario y relevante, la postura en la que el paciente se encuentra a la llegada del EE.
- **VALORES.** Tal y como se indica en el Proceso genérico.

#### **3. QUÉ PROBLEMAS PODEMOS ENCONTRAR Y CÓMO TRABAJARLOS:**

**00031 Limpieza ineficaz de vías aéreas**

**00032 Patrón respiratorio ineficaz**

**00039 Riesgo de aspiración.**

**00146 Ansiedad o cualquier otro que el profesional entienda más relevante en función de la respuesta emocional del paciente.**

El Problema que se exprese será el más relevante que tenga el paciente y estará en consonancia con las alteraciones básicas detectadas. La forma de expresar el problema se encuentra en el apartado PROBLEMAS de este documento.

**La detección de problemas (expresados como DdE o PA) se considerará EVIDENCIA AVANZADA**

- **CRITERIOS DE RESULTADO ESPERADOS**

En función del problema más relevante del paciente, es importante determinar el NOC con el indicador más significativo a la situación detectada y ver si se modifica durante nuestra actuación siendo imprescindible una puntuación inicial y final del indicador elegido.

Asimismo esta información debe ser indicada en la transferencia del paciente como un elemento clave para la continuidad de sus cuidados.

En relación a la RESPIRACION:

**NOC 0410 Estado respiratorio: Permeabilidad de las vías respiratorias** (Vías respiratorias abiertas permeables y limpias)

Indicador: 041012 Capacidad de eliminar secreciones

**La determinación de NOCs en el Plan de Cuidados de este tipo de paciente se consideran EVIDENCIAS AVANZADAS**

**El CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON TTO CPAP** es clave para el éxito de esta terapia en el paciente. Es claro que en la Historia del paciente tiene que quedar reflejada la situación de INTOLERANCIA al dispositivo, explicando los elementos de dificultad que se han encontrado **EVIDENCIA BÁSICA**. Pero, no menos importante se considera la monitorización de algunos parámetros fisiológicos en el paciente (comparándolo con la situación de inicio) como saturación de oxígeno, frecuencia respiratoria, que muestren la evolución del paciente en cuanto a la disnea y a la respuesta del paciente al cuadro de enfermedad (disminución de la ansiedad, menor inquietud, mayor grado de colaboración,).

Esto se puede plasmar a modo de comentario, NOC, tabla de constantes, anotaciones en algunas necesidades alteradas inicialmente o como considere más adecuado el profesional.

La Intervención Enfermera **3302 Manejo de la VMNI**. (En caso de CPAP esta NIC es **EVIDENCIA BÁSICA**) es específica en el cuidado de este paciente. Se debe dar esta información al paciente antes de ponerle la CPAP:

*“Vamos a utilizar un dispositivo que le ayudará a respirar. Se trata de una mascarilla que le pondremos sobre la nariz y la boca, y de la que saldrá aire con oxígeno a mucha presión de forma continua, lo que hará que mejore su respiración. Al principio tendrá una sensación extraña, será como si le soplasen muy fuerte en la cara, pero notará gran mejoría en poco tiempo. No podrá hablar cuando tenga la mascarilla puesta, no se*

preocupe por ello, estaremos pendientes de lo que usted pueda necesitar y del buen funcionamiento del dispositivo en todo momento Esta información es clave para ayudar a que el paciente tolere este dispositivo”.

### **INTERVENCIONES**

3390 Ayuda a la ventilación (En caso de NO aplicación de ningún tipo de VM esta NIC es **EVIDENCIA BÁSICA**)

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

5602 Enseñanza: Proceso enfermedad

5618 Enseñanza: Procedimiento – tto.

7170 Facilitar la presencia de la familia

3302 Manejo de la VMNI. (En caso de aplicación de CPAP esta NIC **EVIDENCIA BÁSICA**)

3350 Monitorización respiratoria

3200 Precauciones para evitar la aspiración *Esta es una cuestión clave para la seguridad, por lo que, en caso de registrarse que el paciente no tiene capacidad para expulsar secreciones, debería registrarse esta NIC.*

6490 Prevención de caídas

3900 Regulación de la temperatura

7460 Protección de los derechos del paciente.

Y las que sean PRECISAS en relación al estado del paciente, a su Seguridad, respuesta emocional, continuidad y derechos.

**EVOLUCIÓN.** Ver cómo ha evolucionado el paciente en función de los cuidados realizados es muy importante. La evolución puede expresarse con la valoración final de un indicador (NOC) que se haya establecido, o con un comentario del profesional de Enfermería. La enfermera/o debe evitar repetir lo que ya ha comentado el médico/a del EE en cuanto a la evolución clínica del paciente. Esta reiteración no aporta nada. Si Enfermería tiene algo que decir, que sea en relación a los cuidados del paciente. **EVIDENCIA AVANZADA**

**5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**6. SEGURIDAD DEL PACIENTE atendido y trasladado por EE/ECA** Como se describe en el apartado correspondiente.

**7. DERECHOS DEL PACIENTE.** Como se describe en el apartado correspondiente.

	BUENA PRÁCTICA	EVIDENCIA	GRUPO	ORDEN	TIPO	COMPUTA	EXPLICACIÓN
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	¿Queda reflejada de forma clara la situación basal del paciente?	GI	1	B	S	Esto incluye la monitorización de constantes, nivel de conciencia (AVDI o GCS), presencia de alergias, Nivel funcional para las ABVD (En ACVA puede ser el Rankin), los dispositivos previos, las conductas de riesgo y la valoración del conocimiento y cumplimiento del RT
		En caso de valoración del conocimiento del RT < 3, ¿se ha establecido algún NOC e intervención enfermera (NIC) específicos?	GII	2	A	S	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		En los casos que ocurre un Incumplimiento del RT (<4) ¿Se ha establecido algún NOC e Intervención de Enfermería (NIC) específicos?	GII	3	A	S	Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas.
		¿La valoración del paciente es correcta?	GI	4	B	S	En paciente consciente: (RESPIRAR) Capacidad de expulsar secreciones ya que la disnea ya estará expresada en la HCD_M por el/la médico/a; Aprender: Siempre que el grado de compromiso respiratorio que presente el paciente lo permita, es imprescindible si comprende la información; Comunicación: Si hay o no Barreras comunicativas (disnea, dispositivos faciales); Movilidad: Si el profesional lo considera relevante se puede indicar la postura en la que se encuentra al paciente a la llegada del EE, ya que hay situaciones en las que la disnea provoca alteración en la movilidad del paciente, y en Seguridad que estará alterada, es importante ver la Respuesta emocional del paciente. En paciente no alerta: Respirar: si hay o no capacidad de expulsar secreciones La seguridad está alterada por defecto.
	El/la profesional apoya y forma a las cuidadoras familiares principales sobre el desempeño de su rol y su propio cuidado	En caso de paciente dependiente ¿Se valora/identifica al cuidador principal?	GII	5	A	S	Incluye la valoración con los dos ítems o con el NOC 2202 Y la identificación de la figura del cuidador/a
<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se ha detectado algún problema y se ha expresado como DdE o PA?	GIII	6	A	S	Si el Problema detectado se ha expresado como DdE (Real, De Riesgo, o Complicación Potencial (CP)) o PA se considerará SI. Si no se ha expresado ningún problema se indicará NO. Si se indica algún problema con el diagnóstico clínico (ej: EPOC) se pondrá NO y se indicará al profesional en comentario que no es correcto expresar los problemas con el JC médico porque ya hay un profesional que lo ha indicado en la Historia del paciente. Igual consideración si se indica PC: Síntoma
		¿Se identifica claramente la respuesta emocional del paciente?	GIII	7	A	S	En caso de que exista una respuesta emocional que claramente determine la intervención de enfermería y que pueda ser relevante para la continuidad de cuidados, ésta se puede expresar como DdE o con la expresión que indique de forma clara esta respuesta del paciente. En cualquiera de los casos es preciso que se intervenga sobre la misma.

		¿Se ha establecido algún NOC y se ha hecho su evaluación inicial y final?	GIII	8	A	S	Un NOC de los que se sugieren en función del proceso o cualquier otro que el profesional entienda más oportuno y que refleje el objetivo para el problema detectado. Si se ha establecido, se pondrá SI, si no se ha hecho se pondrá NO. En caso de paciente inconsciente con algún NOC establecido se pondrá E. En caso de que se haya indicado un NOC para la valoración del dolor en pacientes con alteración del nivel de conciencia, se indicará esta evidencia como E.
		¿Las NICs realizadas son adecuadas a la situación del paciente respiratorio?	GI	9	B	S	Las NICs deben ser adecuadas a la situación descrita del paciente, acordes con los problemas si es que se han identificado o con los NOCs si es que se han establecido y en todo caso con la alteración de las NB identificadas. Es BÁSICO que se indique la NIC 3302 Manejo de la VMNI en caso de uso de la CPAP o BIPAP en el paciente. La NIC 3390 Ayuda a la Ventilación también es básica en pacientes respiratorios a los que no se administra VMNI ni por supuesto VM.
		En caso de paciente con EAP o con EPOC moderado-grave en el que se utilice CPAP o BIPAP, ¿Ha tolerado el paciente el dispositivo?	GI	10	B	N	Esta evidencia no computa en el proceso, pero si servirá para ver la tolerancia o no del paciente a estos dispositivos. Se incluye la BIPAP porque este año se pilota en 3 SSPP. Los dispositivos son diferentes pero las intervenciones de Enfermería son las mismas. Es importante que se deje claro en la Historia del paciente que el paciente ha tolerado bien el dispositivo, aunque esto pueda verse con otros parámetros. Lo que debe quedar muy claro es el motivo por el que el paciente NO TOLERA dicho dispositivo (náuseas - vómitos - aumento de la ansiedad - deterioro neurológico, etc)
	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	GI	11	B	S	NICs con evidencia, chequeo de la orden verbal, NICs para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	GI	12	B	S	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR
		¿Se describe la Evolución del paciente desde el punto de vista del cuidado?	GII	13	A	S	Incluye tanto comentario desde el punto de vista del cuidado o NOCs en caso de que se hayan identificado (con su valoración final y que indiquen claramente un objetivo del cuidado)
		¿Se detecta paciente Vulnerable?	GIII	14	A	S	En cód 34 fundamentalmente, aunque a criterio del profesional es correcto también identificarlos en pacientes que se derivan al Hospital. Debe estar identificado en la HCD_M el criterio de vulnerabilidad que el profesional identifica en el paciente atendido ya que es el elemento clave para la continuidad de cuidados con EF o EGC. Esta evidencia es solo para la detección. La forma de derivación no se incluye en esta evidencia a la espera de mejoras en la HCD-M
<b>BLOQUE IV</b>	El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se reflejan los Valores del paciente?	GII	15	A	S	Se dará por adecuado cuando conste algún comentario o expresión LITERAL de los mismos. Lo demás quedará como E

¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	GI	16	B	S	PARA PACIENTES QUE NO PUEDAN EXPRESAR SU VOLUNTAD O MENORES DE EDAD
¿Se facilita la presencia y participación de la familia durante la asistencia del paciente?	GIII	17	<b>A</b>	<b>S</b>	El término familia aquí engloba a la persona que es referente para el paciente y la NIC/s que lo indican están determinadas en el documento de Cuidados.
¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	GI	18	B	S	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).

*Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso Respiratorio atendido por EE*

#### **14.7 PROCESO HIPOGLUCEMIA (ECA):**

Este proceso orienta los cuidados de enfermería en la atención al paciente con Hipoglucemia, desde cuadros leves a graves que cursan con afectación del nivel de conciencia.

En nuestro ámbito podemos encontrar pacientes con descompensaciones glucémicas y con una enfermedad de diagnóstico reciente o lejano en el tiempo. Pacientes jóvenes que aún no conocen su enfermedad y son proclives a descompensaciones o pacientes de mediana edad o edad avanzada que pueden sufrir estos cuadros por déficit de autocuidados o de cuidados, por complicaciones sobrevenidas con otras enfermedades (pacientes pluripatológicos – polimedicados) o procesos agudos.

Es prioritario resolver la situación de compromiso vital que presenta el paciente y, restablecer los límites normales de los niveles de glucosa en sangre. Tras este primer paso, valoraremos la causa que ha podido llevar a la situación de hipoglucemia y guiaremos al paciente y/o cuidador para la minimización o resolución de los problemas detectados, haciendo la derivación a EF/EGC del paciente considerado como vulnerable en el contexto de esta patología.

Los CIE9 de este tipo de procesos son:

- Hipoglucemia neom. 251.2
- Coma hipoglucémico 251.0

#### **1. ¿QUÉ OBJETIVOS QUEREMOS CONSEGUIR?**

El objetivo inicial es resolver la situación de hipoglucemia, con o sin compromiso vital, que presenta el paciente conforme a lo establecido en el Protocolo Hipoglucemia de ECA.

Es razonable incluir la valoración de la respuesta emocional y la situación social del paciente como elemento relevante para el manejo de la enfermedad por parte del propio paciente y/o el cuidador cuando proceda.

**Al tiempo que se restablecen los niveles adecuados de glucemia, con una monitorización adecuada del resto de constantes, el profesional de Enfermería debe:**

- Hacer una valoración adecuada del paciente y de su cuidador/a en su caso, derivando a Enfermería de Familia o Gestora de casos los pacientes considerados como VULNERABLES.
- Establecer unos cuidados acordes y coherentes a la situación del paciente.
- Informar al paciente (o familiar) acerca del proceso asistencial durante la asistencia y continuidad de la misma.
- Garantizar la presencia/participación familiar durante el proceso de atención del paciente.
- Garantizar el acompañamiento del paciente en el traslado al Hospital.
- Garantizar la seguridad del paciente durante todo el proceso de atención, incluida la transferencia en el Hospital.

## **2. QUÉ SITUACIÓN BASAL DEBE CONTEMPLARSE.**

Tal y como se indica en el Proceso genérico, con la salvedad de que en la Valoración del Conocimiento y Cumplimiento del RT, se requiere indagar sobre elementos básicos en este paciente como la alimentación, ejercicio, etc.

Además en el recurso ECA es relevante la **Clasificación del paciente:** Código 1, Paciente India, Paciente ECHO. De acuerdo al Protocolo ECA para paciente con Hipoglucemia (Mapa de Procesos Fase 3: Asistencia Sanitaria. Procesos asistenciales 061), se clasifica al paciente según signos y síntomas de gravedad, esto facilita y garantiza la actuación protocolizada por parte del recurso ECA. Se propone la siguiente NIC:

**NIC 6364: Triage centro de urgencias**

## **3. QUÉ NECESIDAD O NECESIDADES DEBEN VALORARSE.**

Si el nivel de conciencia es ALERTA/CONSCIENTE

- **COMUNICACIÓN.** Si hay o no Barreras comunicativas.
- **APRENDER.** Imprescindible si comprende la información.
- **SEGURIDAD.** Las interrelaciones indicadas anteriormente determinarán de forma automática la alteración de la Seguridad en este paciente, en función de los parámetros que se han establecido. Es importante valorar la **Respuesta emocional** del paciente.
- **VALORES.** Tal y como se indica en el proceso genérico.
- **ALIMENTACION. EVIDENCIA AVANZADA** Valorar esta necesidad facilita conocer la situación del paciente con respecto a la dieta y otros hábitos de vida considerados imprescindibles para el control de su enfermedad. La dieta alimenticia prescrita y ejercicio son elemento clave en este proceso, pudiendo ser causa o favorecer el origen de la alteración de la glucemia en sangre. Mantener la necesidad de comer, beber, y realizar ejercicio, requiere por parte de la persona la capacidad de decidir- qué quiere comer-, las destrezas suficientes para adquirir y manipular los alimentos, realizar ejercicio de forma segura, etc.
- **MOVILIDAD. EVIDENCIA AVANZADA.** En este caso la exploración de esta necesidad iría dirigida a ver si el paciente realiza actividad física relacionada con su enfermedad y si se detecta alguna disfunción en cuanto al ejercicio (por exceso – defecto, etc)
- **PIEL. EVIDENCIA AVANZADA.** Valoración del estado de la piel y mucosas, hidratación garantizados por hábitos dietéticos adecuados.

Si el nivel de conciencia es **distinto a** ALERTA/CONSCIENTE

- **RESPIRAR** (Solo la capacidad para expulsar secreciones. Lo demás se entiende ya expresado por el médico/a del EE).
- **LA SEGURIDAD ESTÁ ALTERADA en este paciente.**

## **4. QUÉ PROBLEMAS PODEMOS ENCONTRAR?**

Estos son algunos de los posible DdE que podríamos encontrar en este tipo de pacientes.

**00039 Riesgo de aspiración (en caso de nivel de conciencia no alerta).**

00126 Conocimientos deficientes.

00099 Mantenimiento inefectivo de la salud.

00079 Incumplimiento

00078 Gestión ineficaz de la propia salud

00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable

00061 Cansancio del rol del cuidador o 00062 Riesgo de cansancio del rol del cuidador (en los casos en los que se detecte desconocimiento o incumplimiento por parte del agente de cuidados). Estos casos requerirán derivación mediante ICC a EF/EGC para su seguimiento y abordaje.

El Problema o problemas que se expresen serán los más relevantes que tenga el paciente y estarán en consonancia con las alteraciones básicas detectadas. La forma de expresar el problema se encuentra en el apartado **PROBLEMAS** de este documento.

Si la expresión del problema se hace como DdE o PA, se considerará **EVIDENCIA AVANZADA**

### **CRITERIOS DE RESULTADO ESPERADOS**

Irán en función de los problemas detectados y siempre que sean acordes con éstos.

La determinación de NOCs en el Plan de Cuidados del paciente se considerará **EVIDENCIA AVANZADA**

### **INTERVENCIONES**

Las que sean necesarias en función de la situación del paciente. En cualquier caso, serán necesarias las relacionadas con:

- Cuidados realizados

5616 Enseñanza: medicamentos prescritos

2371 Administración de medicación subcutánea

2130 Manejo de la hipoglucemia

7400 Guías del sistema sanitario

8100 Derivación (siempre que se detecte paciente vulnerable)

- Seguridad del paciente

- Derechos del paciente

- Continuidad asistencial

**EVOLUCIÓN.** Ver cómo ha evolucionado el paciente en función de los cuidados realizados es muy importante. La evolución puede expresarse con la valoración final de un indicador (NOC) que se haya establecido, o con un comentario del profesional de Enfermería. **EVIDENCIA AVANZADA.**

**5. CONTINUIDAD DE CUIDADOS.** Como se describe en el apartado correspondiente.

**6. SEGURIDAD DEL PACIENTE atendido y trasladado por EE/ECA** Como se describe en el apartado correspondiente.

**7. DERECHOS DEL PACIENTE.** Como se describe en el apartado correspondiente.



	BUENA PRÁCTICA	EVIDENCIA	GRUPO	ORDEN	TIPO	COMPUTA	EXPLICACIÓN
<b>BLOQUE I</b>	El/la profesional valora e identifica las necesidades de la persona de manera integral y establece un plan de cuidados individualizado	¿Queda reflejada de forma clara la situación basal del paciente?	GI	1	B	S	Esto incluye la monitorización de constantes, nivel de conciencia (AVDI o GCS), presencia de alergias, Nivel funcional para las ABVD (En ACVA puede ser el Rankin), los dispositivos previos, las conductas de riesgo y la valoración del conocimiento y cumplimiento del RT
		En caso de valoración en el diabético del conocimiento del RT < 3, ¿se ha establecido algún NOC e intervención enfermera (NIC) específicos?	GII	2	A	S	<b>Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas. EL RT en este tipo de pacientes es muy importante y a veces su desconocimiento (alimentación - ejercicio, etc) son los que provocan descompensaciones que requieren atención urgente en el paciente.</b>
		En los casos que ocurre en el diabético un Incumplimiento del RT (<4) ¿Se ha establecido algún NOC e Intervención de Enfermería (NIC) específicos?	GII	3	A	S	<b>Para considerarla SI debe haberse establecido algún NOC y no solo la o las intervenciones concretas. EL RT en este tipo de pacientes es muy importante y a veces su incumplimiento (alimentación - ejercicio, etc) son los que provocan descompensaciones que requieren atención urgente en el paciente.</b>
	El/la profesional apoya y forma a las cuidadoras familiares principales sobre el desempeño de su rol y su propio cuidado	¿La valoración del paciente es adecuada?	GI	4	B	S	En función del nivel de conciencia del paciente y del tipo de proceso será preciso hacer valoración de algunos ítems de algunas NB. Esta evidencia incluye que alguna de las necesidades se haya expresado como NOC, siempre que el indicador utilizado exprese claramente dicha valoración.
		En caso de paciente dependiente ¿Se valora/identifica al cuidador principal?	GII	5	A	S	Incluye la valoración con los dos ítems o con el NOC 2202 Y la identificación de la figura del cuidador/a
		El/la profesional tiene habilidades para la realización de intervenciones frecuentes en su disciplina	¿Se ha clasificado al paciente atendiendo a la gravedad que presenta?	GI	6	A	N
<b>BLOQUE II</b>	El/la profesional orienta su trabajo a alcanzar unos resultados que mejoren la salud de la población	¿Se ha detectado algún problema y se ha expresado como DdE o PA?	GIII	7	A	S	Si el Problema detectado se ha expresado como DdE (Real, de riesgo o CP) o PA se considerará SI. Si no se ha expresado ningún problema se indicará NO. Si se indica algún problema con el diagnóstico clínico (ej: SCACEST) se pondrá NO y se indicará al profesional en comentario que no es correcto expresar los problemas con el JC médico porque ya hay un profesional que lo ha indicado en la Historia del paciente
		¿Se ha establecido algún NOC y se ha hecho su evaluación inicial y final?	GIII	8	A	S	Un NOC de los que se sugieren en función del proceso o cualquier otro que el profesional entienda más oportuno y que refleje el objetivo para el problema detectado. Si se ha establecido, se pondrá SI, si no se ha hecho se pondrá NO. En caso de paciente inconsciente con algún NOC establecido se pondrá E. En caso de que e haya indicado un NOC para la valoración del dolor en pac con alteración del nivel de conciencia, se indicará esta evidencia como E.

	El/la profesional lleva a cabo actividades encaminadas a evitar posibles acontecimientos adversos y aumentar la seguridad en su desempeño profesional	¿Las NICs realizadas son adecuadas a la situación del paciente?	<b>GI</b>	<b>9</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Las NICs deben ser adecuadas a la situación descrita del paciente, acordes con los problemas si es que se han identificado o con los NOCs si es que se han establecido y en todo caso con la alteración de las NB identificadas.
		Se realizan las intervenciones relacionadas con la seguridad del paciente?	<b>GI</b>	<b>10</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Nics con evidencia, chequeo de la orden verbal, nICs para el traslado del paciente.
<b>BLOQUE III</b>	El/la profesional garantiza la continuidad de los cuidados a lo largo de la atención que recibe el ciudadano en los distintos ámbitos asistenciales	¿Se garantiza la continuidad de cuidados con el Centro Hospitalario?	<b>GI</b>	<b>11</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Incluye la identificación del profesional, la de la figura quien se da la transferencia (cuando esté implementado en la HCD_M) y la transferencia ISOBAR
		¿Se describe la Evolución del paciente desde el punto de vista del cuidado?	<b>GII</b>	<b>12</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Incluye tanto comentario desde el punto de vista del cuidado o NOCs en caso de que se hayan identificado (con su valoración final y que indiquen claramente un objetivo del cuidado)
		¿Se detecta paciente Vulnerable?	<b>GIII</b>	<b>13</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	En cód 34 fundamentalmente, aunque a criterio del profesional es correcto también identificarlos en pacientes que se derivan al Hospital. Debe estar identificado en la HCD_M el criterio de vulnerabilidad que el profesional identifica en el paciente atendido ya que es el elemento clave para la continuidad de cuidados con EF o EGC. Esta evidencia es solo para la detección. La forma de derivación no se incluye en esta evidencia a la espera de mejoras en la HCD-M
<b>BLOQUE IV</b>	El/la profesional facilita el ejercicio de los derechos ciudadanos	¿Se reflejan los Valores del paciente?	<b>GII</b>	<b>14</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	Se dará por adecuado cuando conste algún comentario o expresión LITERAL de los mismos. Lo demás quedará como E
		¿Se garantizan el derecho de intimidad y confidencialidad en el paciente incapaz de tomar decisiones a través de la NIC 7460 Protección Derechos del Paciente?	<b>GI</b>	<b>15</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Para pacientes que no pueden expresar su voluntad o menores de edad.
		¿Se facilita la presencia y participación de la familia durante la asistencia del paciente?	<b>GIII</b>	<b>16</b>	<b>A</b>	<b>S</b>	El término familia aquí engloba a la persona que es referente para el paciente y la NIC/s que lo indican están determinadas en el documento de Cuidados.
		¿Se ha realizado el proceso de Consentimiento Informado?	<b>GI</b>	<b>17</b>	<b>B</b>	<b>S</b>	Para que el CI sea adecuado debe quedar constancia de quien lo da (paciente o familia/representante). Con paciente consciente está claro que es el paciente quien lo otorga, pero en caso de paciente no alerta, se debe indicar en la HC (familia, hijos, esposa/o, hermanos, padres, etc).

Gradilla de Evaluación de Cuidados al paciente con Proceso Hipoglucemia atendido por ECA

## 15. Anexos

### ANEXO 1: DOLOR

El dolor ha sido definido por la Asociación Internacional para el Estudio del Dolor (IASP) como “una experiencia sensorial y emocional no placentera que se asocia con daño tisular real o potencial, o que se describe desde el punto de vista de ese daño. No se excluyen los limitados mentales o por alteración de la conciencia, ni lo ancianos, sordomudos y niños”.

*El dolor es subjetivo y existe siempre que un paciente diga que algo le duele, la intensidad es la que el paciente expresa y duele tanto como el paciente dice que le duele; por lo tanto, el dolor deberá ser contemplado desde la doble vertiente de lo sensorial (mecanismo neurofisiológico que indica que algo está alterado) y lo biológico-somático (dimensión psíquica e interpretación personal).*

#### **Subjetivas**

El dolor no puede ser probado o no probado. El indicador más fiable de dolor es la manifestación del usuario que lo padece (American Pain Society, 2004). Un paciente con habilidad cognitiva que puede hablar o señalar debe utilizar una escala de medición del dolor (p.ej., del 0 al 10) para indicar el nivel de intensidad dolorosa de ese momento (manifestación propia).

#### **Objetivas**

Las expresiones de dolor son extremadamente variables y no se pueden usar en un ámbito de automanifestación. Ni la conducta ni las constantes vitales pueden sustituir a la manifestación del propio paciente (McCaffery y Pasero, 1999, 2001).

Sin embargo, las respuestas observables al dolor pueden resultar útiles para valorar a los pacientes que no pueden o no desean emplear la manifestación propia para calificar el dolor dentro de una escala.

*Estas respuestas observables pueden ser la incapacidad para realizar respiraciones profundas, caminar, etc. El paciente puede mostrar gestos de protección, comportamiento autoprotectivo, comportamiento de distracción que oscile entre el llanto y la risa, tensión, rigidez muscular. En el dolor grave o de inicio brusco, pueden aparecer respuestas como diaforesis, cambios de presión y pulso, dilatación pupilar o incremento o disminución de la frecuencia y profundidad respiratoria.*

Enfermería es co-responsable dentro del Equipo sanitario en el que se presta asistencia, de garantizar todas las medidas factibles para aliviar el dolor del paciente y procurarle el mayor confort posible. Esto supone como se indica en nuestro modelo de cuidados, que reconozcamos al paciente y su sufrimiento individualmente y que utilicemos todos los medios a nuestro alcance, que puedan ser útiles, para conseguir la desaparición o alivio del dolor, tanto a nivel colaborativo como independiente en el marco de nuestras competencias.

Aliviar el dolor en cualquiera de sus manifestaciones, ya sea dolor crónico, agudo, debido a una patología emergente o a una situación de final de la vida.

**La utilización de escalas tiene el objetivo de evaluar, reevaluar y permitir comparaciones en el dolor, teniendo su aplicación fundamental en la valoración de la respuesta al tratamiento, más que en la consideración «diagnóstica» del dolor.**<sup>24</sup>

Las escalas ideales de evaluación del dolor deben ser simples, precisas, con mínima variabilidad interpersonal, deben cuantificar el dolor y discernir la respuesta al tratamiento.

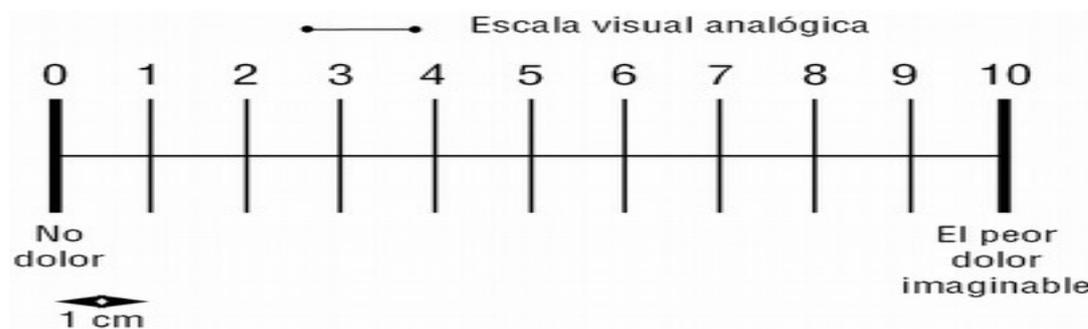
### **EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE CONSCIENTE Y COMUNICATIVO**

Los instrumentos diseñados para medir el dolor son subjetivos. Los más empleados miden una única dimensión, destacan:

#### **Escala visual analógica**

En la escala visual analógica (EVA) la intensidad del dolor se representa en una línea de 10 cm. En uno de los extremos consta la frase de «no dolor» y en el extremo opuesto «el peor dolor imaginable». Tiene alguna desventaja: se necesita que el paciente tenga buena coordinación motora y visual, por lo que puede tener limitaciones en el paciente anciano, con alteraciones visuales y en el paciente sedado.

Un valor inferior a 4 en la EVA significa dolor leve o leve-moderado, un valor entre 4 y 6 implica la presencia de dolor moderado-grave, y un valor superior a 6 implica la presencia de un dolor muy intenso.



#### **Escala verbal numérica**

En la escala verbal numérica (EVN) el paciente expresa su percepción del dolor desde el 0 («no dolor») al 10 (el «peor dolor imaginable»). Puede ser por tanto **hablada o escrita** y por consiguiente **más útil en pacientes críticos o geriátricos**. La EVN tiene una muy buena correlación con la EVA. **Probablemente es la escala de mayor utilidad en el paciente crítico.**

#### **Escala verbal descriptiva**

Esta escala requiere de un grado de comprensión menos elevado que la EVA o ENV. Consta de 4 o 6 puntos (según autores), en que el dolor puede estar:

*Escala verbal descriptiva de 4 puntos.*

Ausente = 1, Ligero = 2, Moderado = 3; Intenso = 4.

La correspondencia de la escala descriptiva con la numérica sería:

Dolor ausente = 0,  
Ligero = 1-3,  
Moderado = 4-6  
Intenso = 7-10.

Puntuaciones > 3 por la escala numérica o 3 por la escala verbal son inaceptables y deben aplicarse medidas analgésicas.

## ESCALA CATEGÓRICA

La **Escala categórica (EC)** se utiliza cuando el paciente no es capaz de cuantificar sus síntomas con las escalas anteriores, expresando la intensidad de los síntomas en categorías, lo que resulta mucho más simple. Se suele establecer una relación entre categorías y un equivalente numérico.

0	4	6	10
Nada	Poco	Bastante	Mucho

### NOC1605: Control del dolor

También encontramos en la NOC 1605: Control del Dolor, un modo de valoración del dolor en el paciente con capacidad de automanifestarlo.

*Definición: Acciones personales para controlar el dolor*

#### Indicadores:

- 160501:** Reconoce factores causales
- 160502:** Reconoce el comienzo del dolor
- 160509:** Reconoce los síntomas del dolor.
- 160507:** Refiere síntomas incontrolables al profesional sanitario
- 160511:** Refiere dolor controlado.

### **EVALUACIÓN DEL DOLOR EN EL PACIENTE NO COMUNICATIVO O BAJO SEDACIÓN PROFUNDA**

El dolor, y por tanto la respuesta fisiológica a éste, existe en el paciente comatoso, ya sea en el coma de origen estructural o de origen medicamentoso. Es, por tanto, necesario e imprescindible en este tipo de pacientes evaluar y descartar la posible presencia de dolor. Debemos apoyarnos en herramientas indirectas, al no tener la referencia del paciente en la cuantificación del dolor.

#### 1.- Indicadores conductuales

##### **Escala de Campbell.**

**Está diseñada no sólo para evaluar la presencia de dolor, sino para cuantificar su intensidad.** Su graduación del dolor del 1 al 10 la hace más equiparable a las escalas usadas en los pacientes conscientes.

Escala de Campbell	Puntaje
<b>MUSCULATURA FACIAL</b>	
Relajada	0
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	2
<b>TRANQUILIDAD</b>	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	0
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	2
<b>TONO MUSCULAR</b>	
Normal	0
Aumentado. Flexión de dedos de manos y/o pies	1
Rígido	2
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	
Normal	0
Quejas, lloros, quejidos, o gruñidos ocasionales	1
Quejas, lloros, quejidos o gruñidos frecuentes	2
<b>CONFORTABILIDAD</b>	
Confortable y/o tranquilo	0
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	2

Graduación del dolor	
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3

### Escala sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID).

La escala sobre Conductas Indicadoras de Dolor (ESCID) es una propuesta de modificación de la escala de Campbell cuya diferencia radica en que sustituye la valoración de la respuesta verbal del paciente por la adaptación a la ventilación mecánica.

Escala de Conductas Indicadoras de Dolor - ESCID	Puntaje
<b>MUSCULATURA FACIAL</b>	
Relajada	0
En tensión, ceño fruncido y/o mueca de dolor	1
Ceño fruncido de forma habitual y/o dientes apretados	2
<b>TRANQUILIDAD</b>	
Tranquilo, relajado, movimientos normales	0
Movimientos ocasionales de inquietud y/o de posición	1
Movimientos frecuentes, incluyendo cabeza o extremidades	2
<b>TONO MUSCULAR</b>	
Normal	0
Aumentado. Flexión	1
Rígido	2
<b>ADAPTACIÓN A VENTILACIÓN MECÁNICA (VM)</b>	
Tolerando VM	0
Tose pero tolera VM	1
Lucha con el respirador	2
<b>CONFORTABILIDAD</b>	
Confortable y/o tranquilo	0
Se tranquiliza con el tacto y/o la voz. Fácil de distraer	1
Difícil de confortar con el tacto o hablándole	2

Graduación del dolor	
No dolor	0
Dolor leve-moderado	1-3
Dolor moderado-grave	4-6
Dolor muy intenso	>6
OBJETIVO	≤ 3

## Adaptada de FLACC. Niños de 1 mes a 4 años

La escala FLACC recibe su nombre por los 5 componentes que evalúa (**Face** –cara-, **Legs** –miembros inferiores-, **Activity** –movimientos-, **Cry** –llanto-, **Consolability** –capacidad de ser consolado-). Es una herramienta diseñada para niños. Aplicable a niños hasta 4 años o a niños mayores que no colaboran, en la que se miden la expresión facial, la posibilidad de consolar al niño, el llanto, la actividad y la movilidad de las piernas

FLACC			
Calificación del dolor de 0 al 10. (El 0 equivale a no dolor y el 10 al máximo dolor imaginable)			
	0	1	2
<b>Cara</b>	Cara relajada Expresión neutra	Arruga la nariz	Mandíbula tensa
<b>Piernas</b>	Relajadas	Inquietas	Golpea con los pies
<b>Actividad</b>	Acostado y quieto	Se dobla sobre el abdomen encogiendo las piernas	Rígido
<b>Llanto</b>	No llora	Se queja, gime	Llanto fuerte
<b>Capacidad de consuelo</b>	Satisfecho	Puede distraerse	Dificultad para consolarlo

0: no dolor; 1-2: Dolor leve ; 3-5: dolor moderado ; 6-8: dolor intenso  
9-10 : máximo dolor imaginable

## 2.- Indicadores fisiológicos

La presencia de dolor puede ir asociada a hipertensión arterial, taquicardia, sudoración, midriasis o lagrimeo. Aunque estos signos no son específicos, su control con analgésicos puede ser clave como indicador de presencia del dolor.

De todas maneras es importante recordar que la ausencia de cambios en los signos vitales no indica ausencia de dolor.

### **NOC2102: Nivel de dolor (2102)**

El NOC Nivel del Dolor (2101) valora el dolor en el paciente que no puede comunicarse, evaluando los signos que presenta. Identificamos los indicadores más adecuados en la valoración.

*Definición: Intensidad de dolor referido o manifestado*

Indicadores:

**210210** Frecuencia respiratoria

**210220** Frecuencia del pulso radial

**201212** Presión arterial

**210214** Sudoración

## 3.- Mixta (Fisiológica y conductual).

### **NOC 2102: Nivel de dolor**

El mismo NOC Nivel del Dolor (2101) presenta indicadores que valoran el dolor mediante conductas observables y signos físicos. Identificamos los indicadores más adecuados en la valoración.

Indicadores:

**210217** Gemidos y gritos

**210206** Expresiones faciales de dolor

**210208** Inquietud

**210222** Agitación

**210224** Muecas de dolor

**210226** Diaforesis

**210209** Tensión muscular

## **ANEXO 2. PACIENTES VULNERABLES. DERIVACIÓN A Enfermería Gestora de Casos (EGC)**

En el año 2012 el grupo de Cuidados analizó los casos derivados desde los Equipos de emergencias y de Coordinación avanzada (ECAs) de Andalucía, a Enfermería Gestora de Casos de Atención primaria.

Se analizaron 239 casos.

El 32,6% de las derivaciones las realizó el S.P. de Cádiz, el 26,4% Sevilla, 15,1% Jaén, 10,5% Málaga, 7,1% Granada, 6,7% Huelva y 1,7% Almería. No constan en Córdoba derivaciones en 2012.

El 46,4% de los pacientes derivados fueron Hombres y el **53,1% Mujeres**.

Los motivos de demanda más frecuentes por los que los Equipos de emergencias o de Coordinación avanzada atendieron a estos pacientes fueron en primer lugar **Disnea**, seguido de **Alteración de las constantes vitales** y en tercer lugar el **Dolor torácico**.

En cuanto al nivel funcional de estos pacientes atendidos y derivados, el 34,7% eran Autónomos. El 32,2% tenían una suplencia parcial. El 12,1% tenían una suplencia total y en el 20,9% de los casos no se pudieron extraer datos del nivel funcional del paciente.

El 47,5% de los pacientes derivados tenían cuidador, siendo el **74,5% cuidadoras**.

Los **Diagnósticos de Enfermería** que determinaron los profesionales y que motivaron la derivación de los pacientes fueron:

- 19,9% **Gestión ineficaz de la propia salud**
- 13,4% **Incumplimiento**
- 11,8% **Cansancio en el rol del cuidador**
- 7,5% **Conocimientos deficientes**
- 5,9% **Déficit de cuidados**

Los criterios de resultado más relevantes que establecieron los profesionales fueron:

- **1803 Conocimiento: proceso de la enfermedad**
- **1623 Conducta de cumplimiento: medicación prescrita**
- **1813 Conocimiento: régimen terapéutico**

Actualmente estamos intentando realizar la derivación de estos pacientes a Atención primaria de igual forma en toda Andalucía, ya que hasta el momento, en cada una de las provincias se hace de la forma en la que se ha consensuado con este nivel asistencial. Las diferentes formas de realizar la derivación tras la atención de los pacientes se puede resumir en las siguientes:

- A través de un Informe de continuidad de Cuidados que se envía por correo electrónico a la dirección de cuidados de Atención primaria
- A través de Salud Responde, siendo ésta la forma en la que lo realiza el S.P. de Cádiz

- A través de la aplicación de derivación de pacientes creada en EPES para el proyecto de investigación que sobre este tema ha realizado el S.P. de Huelva, con los criterios de derivación consensuados con Enfermería Gestora de Casos<sup>25</sup> <sup>26</sup> (EGC) de esta provincia.
- A través de aplicaciones conjuntas y propias de algún distrito de atención primaria, como en el caso del Distrito Sanitario Jaén- Jaén Sur y el Equipo de emergencias 061 de Jaén.

Deberemos realizar una derivación a EGC o EF en aquellos pacientes que consideremos **VULNERABLES**. Se realizará derivación si:

- El paciente no es conocido por Enfermería de Familia y cumple algún/os criterio/s de vulnerabilidad
- El paciente es conocido por su enfermera de familia pero ha habido un cambio significativo que debe ser puesto en conocimiento de este nivel asistencial (cumple algún criterio de vulnerabilidad)

**Preferentemente la derivación del paciente a EF/EGC debe realizarse en caso de atención del paciente y resolución in situ (no hay derivación hospitalaria). No obstante si se hace derivación a Hospital y por el cuadro que presenta el paciente se presupone que puede no haber ingreso y el/la paciente sólo estará en el área de urgencias hasta el alta, la enfermera/o puede hacer una derivación si lo considera necesario para que no se pierda la continuidad de cuidados.**

Paciente vulnerable. Considerado como aquel que cumple alguno de estos criterios (unificados los que utiliza el S.P. de Huelva y los que se establecieron por el grupo de cuidados en 2011):

1. Oxigenoterapia domiciliaria :
  - a. No la usa correctamente.
  - b. No recibe educación.
2. Pérdida de continuidad de la piel por:
  - a. Heridas quirúrgicas.
  - b. Traumatismos
  - c. Quemaduras.
  - d. Cortes
3. Pacientes y familiares que no siguen el plan terapéutico.
4. Paciente con índice de Barthel menor de 60
5. Paciente con índice de Pfeifer mayor de 7.
6. Paciente con índice de esfuerzo de cuidados superior a 4
7. Paciente reingresador
8. Paciente con dolor crónico mal tolerado.
9. Por desconocimiento de la enfermedad y/o de los cuidados que se requieren por parte del paciente o de su cuidador/a.
10. No ha tenido visitas de enfermería.
11. Necesidad de reorientación de cuidados.
12. Problema social.
13. Otros criterios que el profesional entienda que hacen al paciente vulnerable, dejando constancia del criterio de forma clara en la Historia del paciente

<sup>25</sup> Espina Boixo MA et ál. Criterios de derivación desde la enfermera de emergencias a la enfermera gestora de casos comunitaria. *Metas Enferm.* Mayo 2012, 15(4):28-31

<sup>26</sup> Espina Boixo MA, Pedregal González M, Márquez Pérez de León MA, Valderrama A, Cruz Rodríguez F, García Lobato MR. Protocolo de comunicación entre enfermera de urgencias y emergencias y enfermera gestora de casos comunitaria. *Metas Enferm* 2013; 16(6): 56-59

*Nota: Hay muchos pacientes que se pueden considerar VULNERABLES pero que son conocidos perfectamente por su Enfermera de AP, además de por los EEs/ECAs, por asistencias múltiples. Estos pacientes no deben ser identificados como vulnerables por el enfermero/a de EE o ECA.*

**La detección y derivación de paciente Vulnerable se considera EVIDENCIA AVANZADA**

**El INFORME DE CONTINUIDAD DE CUIDADOS tipo que contiene los elementos clave que debe incluir el profesional de enfermería del EE/ECA para la derivación del paciente consta de:**

**ASISTENCIA (número de demanda asistencial). EN HCD automatizado\***

Identificación Enfermera/o\*:

**Datos de filiación del paciente:**

Nombre y apellidos:\*

NUHSA/DNI:

Dirección: \*

Centro de Salud al que pertenece: (esto debería estar en la HCD como campo editable)

¿Conoce a su enfermera de familia? (esto debería estar en la HCD como SI o NO)

Paciente **Vulnerable**: Elegir el criterio de la HCD.

**Descripción de lo más relevante de la asistencia:**

En la HCD deberá coger las necesidades alteradas y elementos de la situación basal que escoja el profesional.

**Diagnósticos de Enfermería/Problemas de colaboración/ Problemas de autonomía:**

Diagnostico de Enfermería:

**Criterios de resultado (si se han planteado):\***

**Intervenciones de Enfermería: (A escoger por el profesional de las más relevantes).** El informe automatizado de la HCD debería ofrecer todas las que el profesional ha determinado y éste escoger las que crea más relevantes para la EF/EGC.

**MOTIVO DE LA DERIVACIÓN:** El profesional debe indicar el motivo principal de la derivación a este nivel asistencial. Campo editable en la HCD

*El motivo de la derivación debería coincidir con el DxE, pero si el profesional quiere añadir algo más lo puede hacer en este campo.*

### Anexo 3. TRANSFERENCIA ISOBAR

La transferencia debe producirse de forma **sistematizada y estructurada**, basada en un formato adecuado al contexto en el que se desarrolla que garantice la efectividad de la comunicación.

La **información** transferida debe ser **precisa y pertinente**, obviando detalles innecesarios que prolonguen el proceso y desvíen la atención de la información relevante. El **modelo ISOBAR** es el que mejor se adapta al ámbito de las Urgencias-Emergencias.

El esquema de estructuración de la información según este método es el siguiente, y se expondrá brevemente aunque asegurando la inclusión de todo dato relevante:

**I.- Identificación del paciente. Identificación de los profesionales responsables de la asistencia a los que se transfiere el paciente**

**S.- Situación. Motivo de la asistencia sanitaria, cambios en el estado del paciente, posibles complicaciones y aspectos a vigilar**

**O.- Observación. Signos vitales recientes, pruebas realizadas, evaluación del paciente**

**B.- Background o antecedentes clínicos relevantes. Riesgos y alergias.**

**A.- Acordar un plan. ¿Dada la situación qué hacer para normalizarla? ¿Qué se ha hecho ya? (Tratamiento, medidas terapéuticas, cuidados...) ¿Qué queda pendiente? (medidas terapéuticas, medicación, perfusiones, comprobaciones)**

**R.- Read-back, confirmar la eficacia de la transferencia y establecer responsabilidades (¿quién hace qué y cuándo?)**

El **lenguaje utilizado** debe ser **claro y normalizado**, aclarando aquellos términos que puedan resultar ambiguos. No es apropiado utilizar expresiones coloquiales ni incluir interpretaciones personales de la situación clínica del paciente.

El **tiempo empleado en la transferencia** debe ser **suficiente** e incluir la posibilidad de formular preguntas y contestarlas. Se aconseja aplicar técnicas de feed-back y read-back para garantizar la exactitud de la información transmitida.

La transmisión de la información de forma **verbal cara a cara** enriquece la comunicación, y el **registro documentado** de la asistencia prestada (soporte papel o informatizado) supone la herramienta para verificar y ampliar la información transmitida. Si el registro es manuscrito debe ser legible y no se recomienda utilizar abreviaturas.

#### **ANEXO 4. INTERVENCIONES BASADAS EN LA EVIDENCIA**

Estas recomendaciones se adaptarán a formato gráfico, incluyendo el chequeo “visual” para garantizar la realización segura de la intervención.

#### **4190- PUNCIÓN INTRAVENOSA (IV)**

**Definición:** Inserción de una aguja en una vía periférica al efecto de administrar líquidos, sangre o fármacos

#### **OBJETIVO: LLEVAR A CABO LA INTERVENCIÓN PUNCIÓN IV (4190) DE MANERA SEGURA**

##### **Actividades:**

- Verificar la orden de la terapia IV.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.(5)
  - Se recomienda la realización de las intervenciones 5580 (Información sensorial preparatoria) y 5618 (Enseñanza procedimiento/ Tto).
  - Advertir al paciente que notifique cualquier anomalía que perciba en el lugar de inserción. (Categoría II) (2)
- Realizar una técnica aséptica estricta. (Categoría IA) (1)
  - Efectuar una higiene adecuada de las manos mediante lavado con agua y jabón o con un gel de base alcohólica antes y después de palpar los sitios de inserción del catéter, insertar o reemplazar el mismo y reparar o cambiar los apósitos. La palpación del punto de inserción no debe ser realizada después de la aplicación de la antisepsia a menos que la técnica aséptica se mantenga. (Categoría IA) (1)(4)(8)
  - No utilizar antibióticos tópicos (Categoría IA)(5)
  - El uso de guantes no exime de la necesidad de una apropiada higiene de las manos (Categoría IA) (1)(8)(5)
  - Mantener una técnica aséptica para la inserción y cuidado de los catéteres intravasculares (Categoría IA) (1)(8)(5)
  - Utilizar guantes no estériles es aceptable para la inserción de catéteres periféricos si el sitio de acceso no es palpado tras la aplicación de antisépticos en la piel. Para la inserción de catéteres arteriales o centrales es preciso el uso de guantes estériles. El uso de guantes no exime de la necesidad de una apropiada higiene de las manos (Categoría IA) (1)
  - No usar de forma rutinaria procedimientos de incisión de la piel como método para insertar catéteres. El uso de guantes no exime de la necesidad de una apropiada higiene de las manos. (Categoría IA) (1)
  - Limpieza desinfectante de la piel con un antiséptico en el momento de la inserción del catéter y durante los cambios del apósito. Se recomienda para ello la **clorhexidina al 2%** (3)(4)(9)(10)(11). El uso de guantes no exime de la necesidad de una apropiada higiene de las manos (Categoría IA) (1)

- Identificar si el paciente es alérgico a algún medicamento, al Yodo (debe estar fuera de las UVIs (3)), el esparadrapo (apósito de fijación de vía venosa) o algún componente del material fungible a emplear como el Látex.

Identificar si el paciente tiene problemas de coagulación o está tomando algún fármaco que pudiera afectar a la coagulación.

(1) De Pablo Casas M, Penas Ríos JL.: Guía para la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. Abril 2004. [www.meiga.info/guias/Cateteres.asp](http://www.meiga.info/guias/Cateteres.asp);

(2) Best Practice 1998;2(1):1-6. Actualización 15-3-2007;

(3) Llovera Colom JM: Clorhexidina, un antiséptico de nuestros tiempos. Consideraciones útiles para nuestra práctica clínica. Marzo 2008. [www.dialnet.unirioja.es](http://www.dialnet.unirioja.es);

(5) Bellido Vallejo JC, Ojeda García M.; Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Procedimiento.- Prevención de la infección relacionada con los accesos venosos periféricos y centrales (Código TIV.08). Evidentia 2006 may-jun; 3(9). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n9/228articulo.php>

(8) Fernández Vázquez M.; 96 horas, ese es el periodo de seguridad para la sustitución de los sistemas de fluidos parenterales. El cambio cada tres días es la recomendación más extendida. Evidentia. 2007 may-jun; 4(15). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n15/340articulo.php>

(12) Bellido Vallejo JC, Castillo Dorado B. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Procedimiento.- Elección del apósito/fijación del acceso venoso periférico (Código TIV.04). Evidentia 2006 may-jun; 3(9). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n9/224articulo.php>.

### 3160- ASPIRACIÓN DE LAS VÍAS AÉREAS

**Definición:** Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y/o la tráquea del paciente.

#### ACTIVIDADES:

1. Instruir a los trabajadores de la salud sobre el control y prevención de las infecciones y sobre los procedimientos de prevención. *Categoría IA.*

2. Disponer precauciones universales: uso de guantes estériles, gafas y máscara<sup>(1)</sup>, si es el caso. Sondas de aspiración de un solo uso. *Categoría IA*

**(1) Si presentamos infección tracto respiratorio superior.**

3. Mantener pneumotapón en niveles de 20-25 cmH<sub>2</sub>O, ya que disminuye la NAVM *Categoría IB.*

1. La técnica de la aspiración no durará mas de 10-15 segundos. *Expertos*

2. Si no hay contraindicaciones poner al paciente en 30°-45°, disminuye la posibilidad de broncoaspiración. *Categoría IB*

3. Dejar al paciente conectado al ventilador durante la aspiración, si utilizamos sistemas de aspiración traqueal cerrado. Nosotros utilizamos el abierto. *Expertos*

4. Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal. *Categoría 1A*

#### RECOMENDACIONES DE EXPERTOS

1. Auscultar sonidos respiratorios antes y después de cada aspiración si procede.

2. Determinar la necesidad de la aspiración traqueal<sup>(1)</sup>

(1) *Tan solo si dificulta o interrumpe la correcta ventilación del paciente*

3. Mantener al paciente en niveles de sedación adecuados, incluso relajar si precisa.

4. Hiperoxigenar con oxígeno al 100% previamente con bolsa de resucitación manual.

5. Utilizar equipo desechable estéril para cada procedimiento de aspiración traqueal.

6. Aspirar la orofaringe después de cada succión traqueal

### **Niveles de Recomendación**

**Las categorías utilizadas para clasificar la evidencia son las siguientes:**

- Categoría IA: recomendación firme para poner en práctica y sólidamente apoyada por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
- Categoría IB: recomendación firme para poner en práctica y apoyada por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos y por un concepto teórico sólido.
- Categoría IC: requerida por regulaciones del estado, reglas o estándares (no aplicable en nuestro país).
- Categoría II: necesita para ponerse en práctica ser apoyada o sugerida por estudios clínicos o epidemiológicos o por un concepto teórico.
- Ninguna recomendación: tema o asunto para el que la evidencia disponible es insuficiente o no existe consenso respecto a su eficacia.

### **Bibliografía recomendada**

1. McCloskey Dochterman, J., Bulechek, Gloria M., *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*, 4ª ed. 2004, Pg.204
2. Argüello, C., Demetrio, Ana Mª, *Guía para la prevención de Neumonía Nosocomial en pacientes con Ventilación Mecánica*. Revisión Nov. 2006. Disponible en <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/guiaclinica>
3. Dodek, P., Keenan, S., Cook, D et al, *Annals of Internal Medicine*, 141(4): 305-313, Ago. 2004
4. *Protocolos de Enfermería: Unidad de Cuidados Intensivos*. Complejo Hospitalario Universitario de Albacete Disponible en <http://www.chospab.es/enfermería/protocolos>
5. CDC. *Infection control precautions for procedures on patients who have Mechanical Ventilation*. Disponible en: <http://www.cdc.gov>
6. Páginas web recomendadas:
  - [www.guidelines.gov](http://www.guidelines.gov).
  - [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org).
  - [www.fisterra.com](http://www.fisterra.com)
7. *Best Practice 2000*; 4(4):1-6, ISSN 1329-1874
8. *The Joanna Briggs Institute for Evidence Based Nursing and Midwifery*. Disponible en <http://www.joannabriggs.edu.au>
9. Ellis Marik, p. *Handbook of Evidence-Based Critical Care*, 2001
10. Brooks D, Anderson CM, Carter MA et al. *Clinical practice guidelines for suctioning the airway of the intubated and nonintubate patient*. *Can Resp J* 2001; 8(3): 163-181.
11. López Ortega, J., Morales Asencio, JM., Quesada Moya, A. , *Cuidados al Paciente Crítico Adulto*. Serie Cuidados Avanzados, Ediciones DAE Grupo Paradigma, Primera Ed. 2007

## 0580 SONDAJE VESICAL

Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

Objetivo:

- Mejorar la calidad de la asistencia sanitaria proporcionando **atención y cuidados seguros** a los pacientes y disminuir la incidencia de daños accidentales atribuibles a los mismos.
- Establecer una serie de **recomendaciones basadas en la evidencia** disponible para llevar a cabo esta intervención de forma segura.

ACTIVIDADES.

1. **Instruir a los trabajadores de la salud sobre el control y prevención de las infecciones y sobre los procedimientos de prevención.** Categoría IA
2. **Verificar la orden del sondaje vesical.**
3. **Los catéteres urinarios deben ser insertados mediante equipo estéril y una técnica aséptica.** Categoría IB
  - ✓ Efectuar una higiene adecuada de las manos mediante lavado con agua y jabón o con un gel de base alcohólica antes y después de la técnica y uso de guantes estériles para evitar la contaminación exógena. Categoría IA
  - ✓ El uso de guantes no exime de la necesidad de una apropiada higiene de las manos. Categoría IA
  - ✓ Asepsia del meato urinario previa a la inserción del catéter, para reducir el número de microorganismos del meato que pueden introducirse en la vejiga con la sonda. Categoría IB
4. **Elección de la sonda adecuada al calibre de la uretra para minimizar el trauma mecánico.** Categoría IB
5. **Utilización de lubricante urológico para facilitar la penetración de la sonda (envases de un solo uso).** Categoría IB
6. Utilización de **sistemas de drenaje cerrado con válvula** para evitar la ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga. Categoría IA
6. La **bolsa colectora** siempre debe colocarse **por debajo del nivel e la vejiga** del paciente, aunque el sistema tuviera válvula, para evitar el reflujo de la orina y el mecanismo de ascensión intraluminal de los microorganismos a la vejiga. Categoría IA

### RECOMENDACIONES DE EXPERTOS

1. No hay ninguna ventaja en la utilización de unos u otros preparados **antisépticos para la limpieza del meato uretral** antes de la inserción del catéter.
2. Se necesita más investigación sobre **el uso de soluciones antisépticas vs. agua estéril o solución salina** para la limpieza periuretral antes de la inserción del catéter.

3. No se han encontrado ensayos clínicos que estudie la necesidad de pinzamiento de la sonda vesical cuando se movilice o traslade de cama al paciente. Sin embargo se han localizado varios documentos que hablan de la importancia de **mantener una correcta colocación de la bolsa colectora de orina.**

## **NIVELES DE EVIDENCIA**

- **Ia** La evidencia proviene de meta-análisis de ensayos controlados, aleatorizados, bien diseñados.
- **Ib** La evidencia proviene de, al menos, un ensayo controlado aleatorizado.
- **Iia** La evidencia proviene de, al menos, un estudio controlado bien diseñado sin aleatorizar.
- **Iib** La evidencia proviene de, al menos, un estudio no completamente experimental, bien diseñado, como los estudios de cohortes. Se refiere a la situación en la que la aplicación de una intervención está fuera del control de los investigadores, pero su efecto puede evaluarse.
- **III** La evidencia proviene de estudios descriptivos no experimentales bien diseñados, como los estudios comparativos, estudios de correlación o estudios de casos y controles.
- **IV** La evidencia proviene de documentos u opiniones de comités de expertos o experiencias clínicas de autoridades de prestigio o los estudios de series de casos.

## **GRADOS DE RECOMENDACIÓN**

- **A** Basada en una categoría de evidencia I. Extremadamente recomendable.
- **B** Basada en una categoría de evidencia II. Recomendación favorable
- **C** Basada en una categoría de evidencia III. Recomendación favorable pero no concluyente.
- **D** Basada en una categoría de evidencia IV. Consenso de expertos, sin evidencia adecuada de investigación.

## **BIBLIOGRAFÍA**

McCloskey Dochterman, J., Bulechek, Gloria M., Clasificación de Intervenciones de Enfermería, 5ªed. 2009  
Urinary Catheterisation & Catheter Care. NHS Quality Improvement Scotland 2004. disponible en [www.nhshealthquality.org](http://www.nhshealthquality.org)

Carolyn V. Gould, MD, MSCR; Craig A. Umscheid, MD, MSCE; Rajender K. Agarwal, MD, MPH; Gretchen Kuntz, MSW, MSLIS; David A. Pegues, MD and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). GUIDELINE FOR PREVENTION OF CATHETER-ASSOCIATED URINARY TRACT INFECTIONS 2009  
Evelyn Lo, MD; Lindsay Nicolle, MD; David Classen, MD, MS; Kathleen M. Arias, MS, CIC. Strategies to Prevent Catheter-Associated Urinary Tract Infections in Acute Care Hospitals infection control and hospital epidemiology october 2008, vol. 29, supplement 1: 41-50

Koskeroglu N, Durmaz G, Bahar M, Kural M, Yelken B. The role of meatal disinfection in preventing catheter-related bacteriuria in an intensive care unit: a pilot study in Turkey. J Hosp Infect. 2004 Mar;56(3):236-8.

## 1080.- SONDAJE GASTROINTESTINAL

**Definición:** Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal

**Actividades:**

- Verificar la orden de SNG
- Seleccionar el tipo y tamaño de la sonda que se ha de insertar, considerando el uso y razonamiento de la inserción.
- Instruir al paciente acerca del procedimiento.(5)
  - Se recomienda la realización de las intervenciones 5580 (Información sensorial preparatoria) y 5618 (Enseñanza procedimiento/ Tto).
  - Advertir al paciente que notifique cualquier anomalía que perciba.
- Colocar al paciente en posición apropiada (Semisentado o sentado siempre que sea posible)
- Cubrir el pecho del paciente con algún dispositivo que evite, en caso de reflujo y vómito, que éste se vierta sobre dicha zona.
- Retirar prótesis dental si precisa
- Lavado de manos, colocación de guantes. El uso de guantes no exime de la necesidad de una apropiada higiene de las manos (Categoría IA) (1)(2)(3)
- Examinar los orificios nasales para comprobar su permeabilidad.
- Medir la cantidad de tubo que se va a insertar (Desde la punta de la nariz, pasando por el lóbulo de la oreja hasta el apéndice xifoides) y señalar el punto de referencia.



- Lubricar con lubricante hidrosoluble (4)(6) (como la glicerina, ya que puede ser reabsorbido por el organismo en caso de que llegue al árbol bronquial. *Se han de evitar*, por tanto, los *lubricantes con base oleosa como la vaselina*) el extremo distal de la sonda e introducir la misma por el orificio nasal elegido previamente, dirigiéndola hacia abajo y hacia la oreja del mismo lado, rotándola suavemente.
- Comprobar, una vez pasada la resistencia de los cornetes, que la sonda se encuentra en la orofaringe y no en la cavidad oral.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia delante, uniendo el mentón al tórax lo máximo posible (Así se cerrará la vía aérea) e ir introduciendo la sonda hasta la marca realizada como guía, animando al paciente a realizar movimientos de deglución.
- Si apareciese tos, retirar la sonda, permitir unos minutos de descanso al paciente y volver a intentarlo.

**Niveles de Recomendación (1)**

- Comprobar que la sonda está efectivamente en el estómago: Bien aspirando contenido gástrico, o introduciendo una embolada de aire con la jeringa (20-50 ml de aire) y auscultando el estómago (Colocando el fonendoscopio sobre el epigastrio debe oírse el burbujeo).
- Fijar la sonda, preferiblemente a la nariz del paciente para evitar salidas accidentales(12). Un método puede ser: Cortar una tira de unos 10cm de largo y cortar longitudinalmente hasta la mitad, fijando a la nariz el extremo que no está dividido, y enrollando los extremos divididos alrededor de la sonda, primero uno y luego el otro. Realizar una leve tracción de la sonda para comprobar que ésta no se desplace.



- Conectar a bolsa colectora, tapón o aspiración según precise.
- Llevar a cabo las precauciones universales. (Categoría IA) (1)

Las categorías utilizadas para clasificar la evidencia son las siguientes:

- **Categoría IA:** recomendación firme para poner en práctica y sólidamente apoyada por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.
- **Categoría IB:** recomendación firme para poner en práctica y apoyada por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos y por un concepto teórico sólido.
- **Categoría IC:** requerida por regulaciones del estado, reglas o estándares (no aplicable en nuestro país).
- **Categoría II:** necesita para ponerse en práctica ser apoyada o sugerida por estudios clínicos o epidemiológicos o por un concepto teórico.
- **Ninguna recomendación:** tema o asunto para el que la evidencia disponible es insuficiente o no existe consenso respecto a su eficacia.

**Referencias Bibliográficas**

1. De Pablo Casas M, Penas Ríos JL.: Guía para la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. Abril 2004. [www.meiga.info/guias/Cateteres.asp](http://www.meiga.info/guias/Cateteres.asp)
2. Bellido Vallejo JC, Ojeda García M.; Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Procedimiento.- Prevención de la infección relacionada con los accesos venosos periféricos y centrales (Código TIV.08). Evidentia 2006 may-jun; 3(9).
3. Fernández Vázquez M.; 96 horas, ese es el periodo de seguridad para la sustitución de los sistemas de fluidos parenterales. El cambio cada tres días es la recomendación más extendida. Evidentia. 2007 may-jun; 4(15). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n15/340articulo.php>
4. Botella Dorta, C.; El sondaje nasogástrico. <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/sng/sng.asp>
5. R Bernabeu Mora<sup>a</sup>; P Méndez Martínez; Neumonía lipoidea aguda debida a aspiración accidental de vaselina utilizada en un sondaje nasogástrico. Arch Bronconeumol. 2000;36:485-7
6. Portero Salmerón, E., Pardo Carrión, D.; Tratado de Enfermería en Cuidados Críticos Pediátricos y Neonatales; <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo101/capitulo101.htm>

# Cuidados de enfermería en la atención extrahospitalaria

Grupo Regional de Cuidados de EPES  
Revisión 2014



Emergencias Sanitarias  
CONSEJERÍA DE IGUALDAD,  
SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES

