



#CHARLA

“
**PROCESOS DE
ENFERMERÍA EN LA
ATENCIÓN DE PERSONAS
CON ACV DESDE EL
TRATAMIENTO AGUDO HASTA
SU REHABILITACIÓN**”

Lic. Silvina Cardozo

Supervisora general del centro de rehabilitación adultos y del centro de rehabilitación infantil en FLENI sede Escobar

Lic. Hugo Galluzzi

Sub-jefe del Departamento de Enfermería de FLENI

IMPORTANCIA DE LAS INTERVENCIONES

Estas pueden prevenir o mejorar el pronostico de la enfermedad?

2^{da} causa de muerte en el mundo.

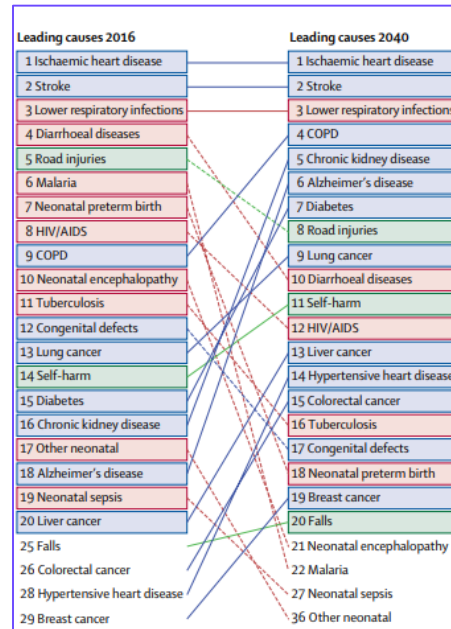
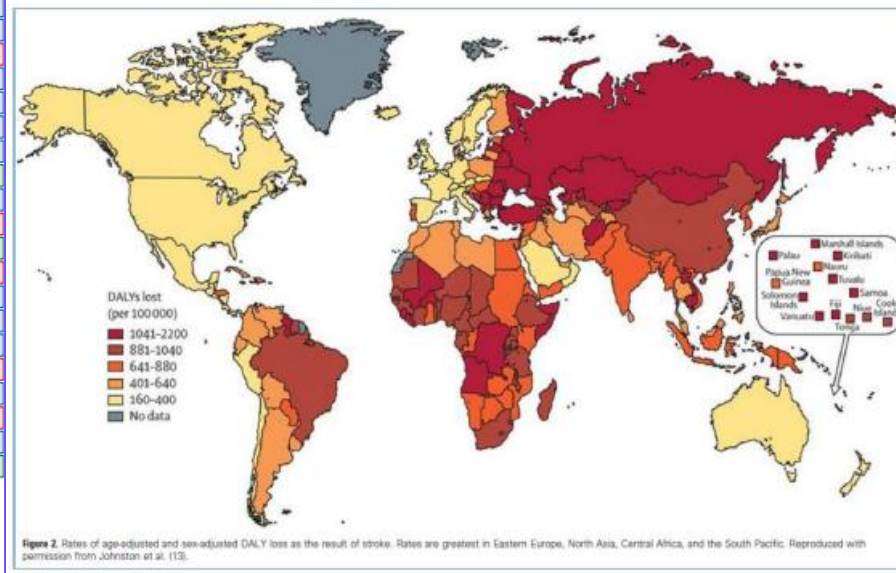


Figure 6.6.5: Global DALYs lost attributable to stroke:



1^{er} causa de discapacidad en adultos

Ameriso SF, Gomez-Schneider MM, Hawkes MA, Pujol-Lereis VA, Dossi DE, Alet MJ, Rodriguez-Lucci F, Povedano GP, Gonzalez CD, Melcon MO. Prevalence of stroke in Argentina: A door-to-door population-based study (EstEPA). Int J Stroke. 2021 Apr;16(3):280-287. doi: 10.1177/1747493020932769. Epub 2020 Jun 14. PMID: 32536329

**PREVALENCIA del 2% en Argentina (>40 años):
430.000 argentinos conviven con secuelas de un ACV**

Ameriso SF, Alet MJ, Rosales J, Rodríguez-Pérez MS, Povedano GP, Pujol-Lereis VA, Rodríguez-Lucci F, Dossi D, González CD, Melcon MO. Incidence and case-fatality rate of stroke in General Villegas, Buenos Aires, Argentina. The EstE PA population study. J Stroke Cerebrovasc Dis. 2023 May;32(5):107058. doi: 10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2023.107058. Epub 2023 Mar 20. PMID: 36940565.



**ACV
Isquémico**

**ACV
Hemorrágico**

AIT

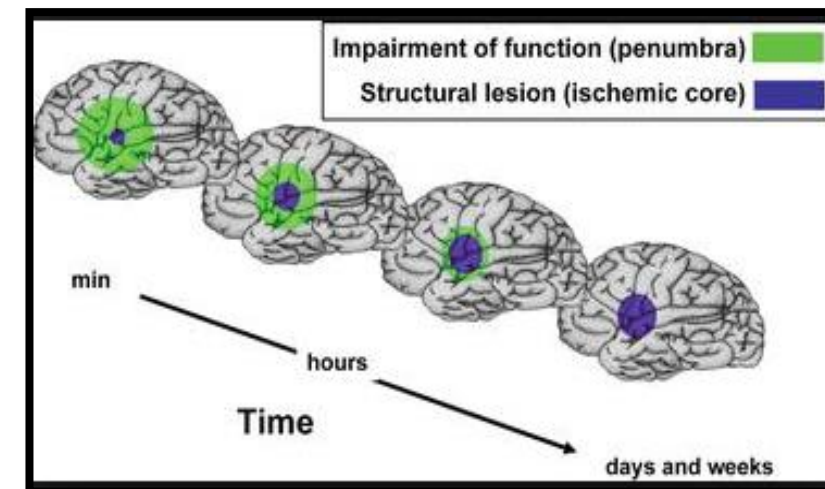
DETERIORO NEURONAL EN EL ACV



El FSC (flujo sanguíneo cerebral) aporta los nutrientes y oxígeno al tejido cerebral. Cuando el flujo se obstruye las primeras células cercanas al vaso se privan de los nutrientes y oxígeno originando una zona infartada llamada “core”

Las células que bordean este núcleo isquémico reciben un flujo sanguíneo cerebral de 10 a 25 ml/min/100 g de tejido, menos del 50% del flujo normal, ese tejido hipoperfundido pero no infartado se denomina “zona de penumbra” que es **potencialmente recuperable**, la integridad de la membrana celular se preserva y puede ser rescatada antes de su conversión a núcleo isquémico

Si la caída del flujo cerebral se mantiene en el tiempo la zona de penumbra se convierte en zona “core”



EL TIEMPO ES CEREBRO

VENTANA TERAPEUTICA: Es el periodo de tiempo, desde el inicio de los síntomas, en el cual si se instaure el tratamiento adecuado se puede disminuir o prevenir secuelas neurológicas permanentes.

- *Coordinación de todos los niveles asistenciales involucrados en el proceso de atención.*
- *Activar el PROTOCOLO VASCULAR*

Tiempo máximo para Fibrinólisis i.v.: 4.5 Horas
Tiempo máximo para Tratamiento Endovascular..4.5 a 24 h



TRAZABILIDAD EN LA ATENCIÓN INMEDIATA

Secuencia y Tiempos recomendados para mejores resultados



TRIAGE



Objetivo: Valorar e identificar precozmente signos y síntomas del ACV

- Escala FAST
- Control neurológico
- Control de signos vitales y especificar peso aproximado.
- Descartar otras causas
- Activar código STROKE y se registra la hora puerta aguja



PROTOCOLO DE ENFERMERIA PARA PACIENTES SOMETIDOS A INFUSION DE TROMBOLITICOS







CONTROLES FIJOS														CONTROL CADA HORA	
INICIO	15'	30'	45'	1° HORA	30'	2° HORA	30'	3° HORA	30'	4° HORA	30'	5° HORA	30'	6° HORA	7°/8°/9°/10°/11°.....24
															CADA 2 HS
															CADA 2 HS

AL INGRESO	<ul style="list-style-type: none"> •AVP X 2 (Brazo No paretico) •SAT O2 > 94 % 	<ul style="list-style-type: none"> •CAMA 30 ° •T/A < 180-110 mmhg 	<ul style="list-style-type: none"> •PESO de paciente
-------------------	---	--	---

rt-Pa	<ul style="list-style-type: none"> •Dosis correcta •Bolo 10% de la dosis total 	<ul style="list-style-type: none"> •Sin diluir •Resto en 1 hora 	<ul style="list-style-type: none"> •Dosis: 0,9 mg/kg
--------------	--	---	---

SIGNOS DE ALARMA	<ul style="list-style-type: none"> •Cefalea Glucemias > 150 mg /dl Glucemias < 80 mg/ dl 	<ul style="list-style-type: none"> •Sangrados TAS > 180 mmhg TAD > 110 mmhg 	<ul style="list-style-type: none"> •Cambios en el estado neurológico
-------------------------	---	--	---

REFERENCIAS		CSV		GLASGOW
		GLUCEMIA		Ingr. / Egr.

ESCALA F.A.S.T
4.5 horas

Desde el infarto cerebral hasta poder girar una trombolisis


1 SONRISA: la sonrisa debe ser simétrica

2 ALCELOS BRAZOS: juntos con los ojos cerrados, ambos deben subir

3 DNGA en nombre o pronuncia una frase simple, pero coherente

No puede levantar un brazo

Le cuesta o no puede hablar



ACTIVACIÓN DEL CÓDIGO ACV



ESCALA NIHSS

La NIHSS es la escala más empleada para la valoración de funciones neurológicas básicas en la fase aguda del ictus isquémico, tanto al inicio como durante su evolución. Está constituida por 11 ítems que permiten explorar de forma rápida: funciones corticales, pares craneales superiores, función motora, sensibilidad, coordinación y lenguaje. Nos permite detectar fácilmente mejoría o empeoramiento neurológico (aumento de al menos 4 puntos respecto al estado basal)..



Escala de Ictus del National Institute of Health (NIHSS)

1.a. Nivel de conciencia	Alerta	0
	No alerta (mínimos estímulos verbales)	1
	No alerta (estímulos repetidos o dolorosos)	2
	Respuestas reflejas	3
1.b. Preguntas ¿En qué mes estamos? ¿Qué edad tiene?	Ambas respuestas correctas	0
	Una respuesta correcta (o disartria)	1
	Ninguna respuesta correcta (o afasia)	2
1.b. Órdenes motoras 1. Cierre los ojos 2. Abra y cierre la mano	Ambas órdenes correctas	0
	Una orden correcta	1
	Ninguna orden correcta	2
2. Mirada conjugada (horizontal)	Normal	0
	Parálisis parcial de la mirada	1
	Desviación forzada de la mirada	2
3. Campo visual	Normal	0
	Hemianopsia Parcial	1
	Hemianopsia Completa	2
	Ceguera	3
4. Paresia facial	Movilidad Normal	0
	Paresia menor	1
	Paresia parcial	2
	Parálisis completa de la hemicara	3
5. Miembro superior derecho / miembro superior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 10 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
6. Miembro inferior derecho / miembro inferior izquierdo	No caída del miembro	0/0
	Caída en menos de 5 segundos	1/1
	Esfuerzo contra la gravedad	2/2
	Movimiento en el Plano horizontal	3/3
	No movimiento	4/4
7. Ataxia de Miembros	Ausente	0
	Presente en 1 extremidad	1
	En 2 o más extremidades	2
8. Exploración Sensitiva	Normal	0
	Perdida entre ligera a moderada	1
	Perdida entre grave y total	2
9. Lenguaje	Normal	0
	Afasia ligera a moderada	1
	Afasia grave	2
	Afasia global	3
10. Disartria	Normal	0
	Ligera a moderada	1
	Grave a anartria	2
11. Extinción e Inatención (negligencia)	Normal	0
	Extinción parcial	1
	Extinción completa	2
Total (máximo 42)		

CONFIRMACIÓN DE DIAGNÓSTICO

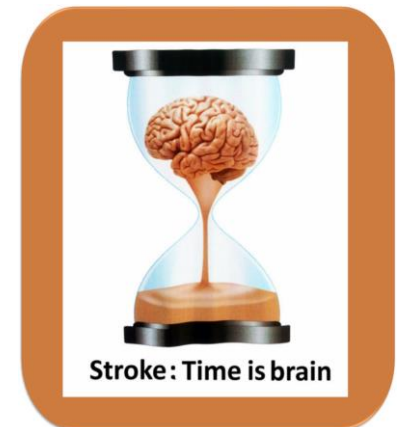


ACV HEMORRAGICO

- La persona es trasladada a la unidad de cuidados intensivos neurocríticos para definir estrategias clínicas o quirúrgicas.

ACV ISQUÉMICO

- Según criterios de inclusión, el paciente es candidato al tratamiento de trombolítico (<4.5 h) y/o trombectomía mecánica (4.5 -24 h)
- Traslado a la Unidad Cerebro Vascular (UCV).



CONFIRMACIÓN DEL TRATAMIENTO

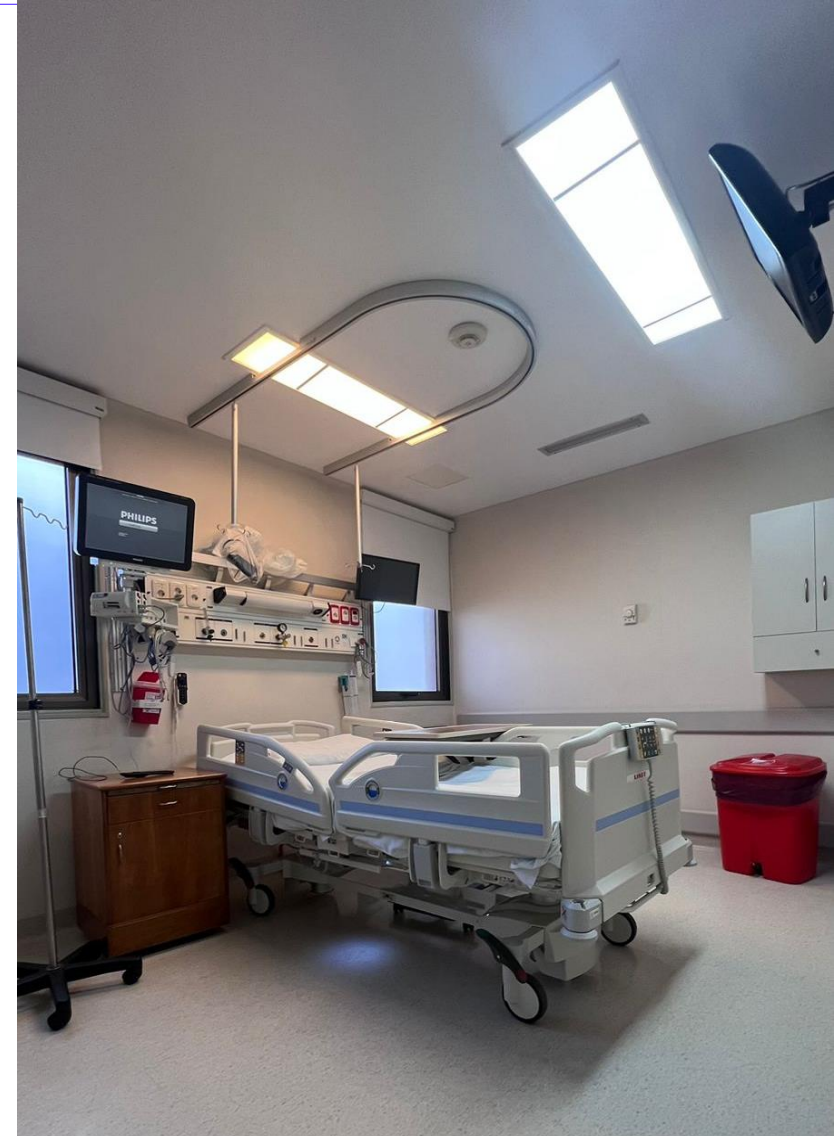


Tratamiento endovenoso con fibrinolítico

Ingreso a la unidad especializada.

Inicio de protocolo (según ventana terapéutica) con rtPA:

- Monitoreo multiparamétrico continuo.
- Valoración neurológica.
- Evaluación y registro de vitales y NIHSS cada 15 minutos durante la hora de infusión
- ECG
- Ayuno



TRATAMIENTO FIBRINOLITICO

1. *Presentación del fármaco* para terapia fibrinolítica; **rtPA**: administración intravenosa, (50 mg/50 ml).
2. *Calculo dosis* : 0.9 mg/kg. (Dosis máxima 90mg).
3. *Forma de administración*: 10% de la dilución total de **rtPA** en bolo por via i.v.

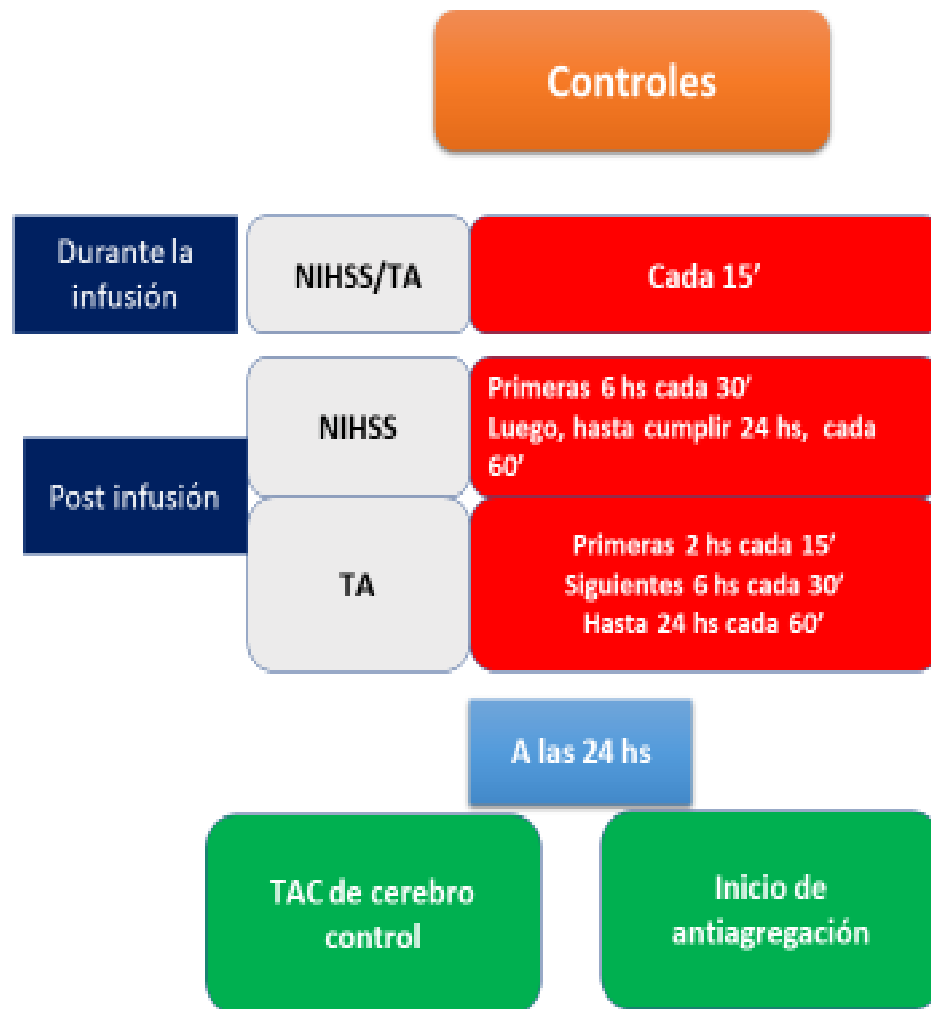
La dosis restante (90%), administrar en 1 hora con sistema de infusión continua.

Recomendaciones:

1. Mantener TA sistólica < 185 mmhg y diastólica < 105mmhg., Si se presenta aumento de la tensión arterial o deterioro del sensorio se avisa al medico a cargo y se reevalúa. Se puede repetir una TC de cerebro. En caso de aumento del NIHSS + 4 puntos y /o angioedema, también se considerará terapia antihipertensiva i.v y la **SUSPENSION INFUSION**
2. Registrar horarios de; Administración del bolo, infusión continua y finalización y/o suspensión del fármaco.
3. **Importante: disponer de reversiones de rtPA, crioprecipitados**



CONTROLES POSTINFUSIÓN



VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TRASTORNO	SINTOMA	DIAGNÓSTICO	ACCIONES
Motor	Paresia,plejia, espasticidad	Alteración de la movilidad física	Movilización y posicionamiento en cama Cuidados para la integridad cutánea Uso de dispositivos de prevención cutánea
Deglutorio	Disfagia	Alteración de la deglución	Colocación de dispositivo para alimentación enteral. Supervisión de ingesta líquidas controlada con suplemento.
Lenguaje	Afasia/disartria	Alteración de la comunicación verbal	Estrategias para generar códigos de comunicación no verbal.
Visual	Perdida del campo visual; motilidad ocular; defecto de la visión central y problemas en la percepción visual	Alteración de la visión	Detectar y evaluar cualquier tipo de anomalía visual.

VALORACIÓN, DIAGNÓSTICO Y PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

TRASTORNO	SINTOMA	DIAGNÓSTICO	ACCIONES
Sensitivo	Parestesias; dolor neuropático; pérdida de sensibilidad		Tratamiento del dolor Posicionamiento
Cognitivo Memoria	Trastorno en la memoria de corto o largo plazo; disminución del período de atención	Proceso alterado del pensamiento Deterioro de la memoria	
Psicológico	Cambios en el estado emocional	Trastorno de la imagen corporal Labilidad de control emocional	Escucha activa

“Durante el proceso de internación la persona y sus cuidadores comienzan a recibir educación sobre el cuidado iniciando así el proceso de rehabilitación temprana “

CRITERIOS DE EVALUACIÓN PARA EL ALTA Y DERIVACIÓN A UN CENTRO DE REHABILITACIÓN



- Condiciones de derivación para centro de rehabilitación.
- Plan de trazabilidad de cuidados ajustados a necesidades actuales de la persona con secuelas inhabilitantes.
- Comunicación y traspaso de información entre sede Belgrano y Escobar.
- Prueba piloto de epicrisis de enfermería.

CENTRO DE REHABILITACIÓN SEDE ESCOBAR



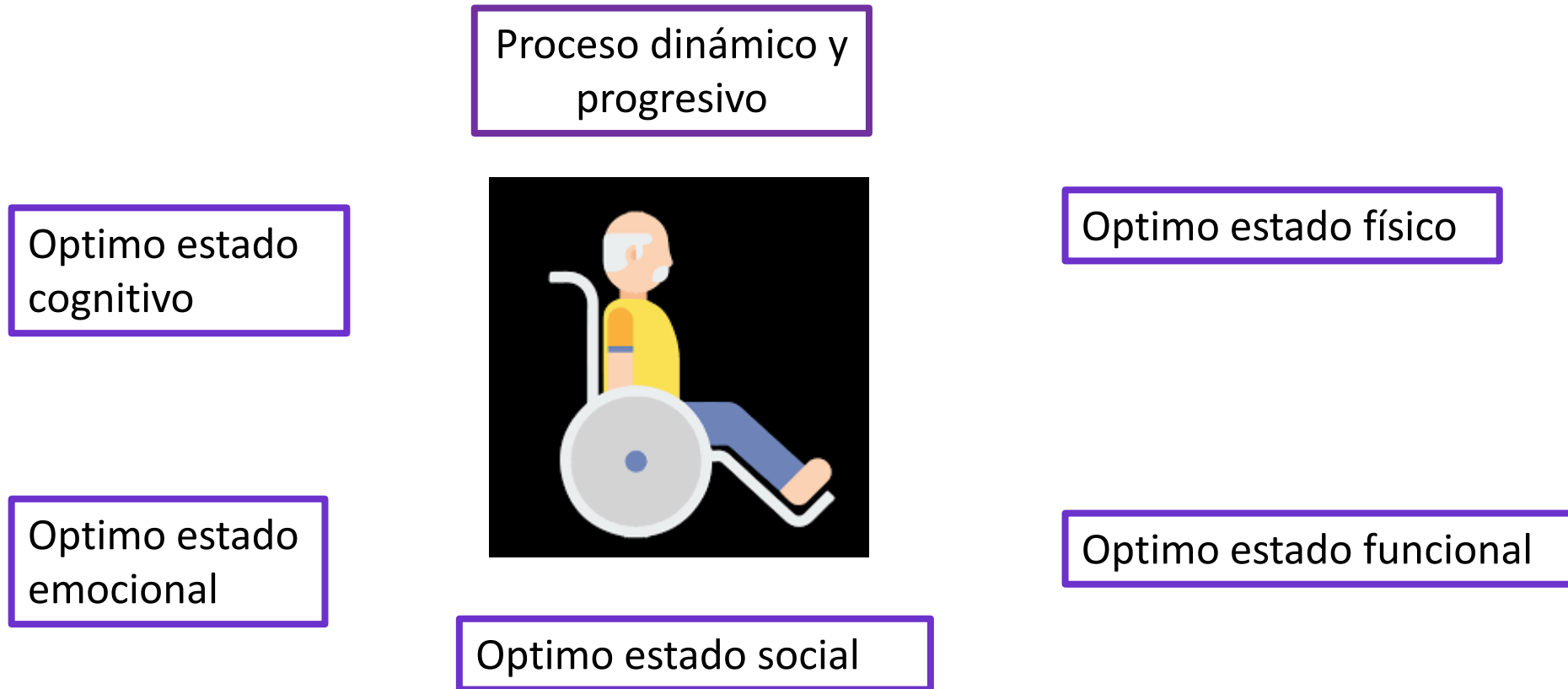
OBJETIVOS DEL PROGRAMA INSTITUCIONAL

**Reinserción
familiar**

**Reinserción
social**

**Reinserción
laboral**

CONCEPTO DE REHABILITACIÓN



Equipo multidisciplinario: Médico, enfermería, kinesiología, terapeuta ocupacional, fonoaudiología, psicología, nutrición...la persona y su entorno...



PRIMERA ETAPA

Ingreso, adaptación y
dependencia

SEGUNDA ETAPA

Educación a la persona y a su
familia/cuidador

TERCER ETAPA

Planificación del
alta

PRIMERA ETAPA: INGRESO AL CENTRO DE REHABILITACIÓN



- Mediante la información suministrada por el centro de agudos se realiza una reevaluación de la persona aplicando distintas escalas (FIM/ARNELL/BRISTOL/DOWTON).
- Dentro de la reevaluación de enfermería se realiza una entrevista con la persona y sus familiares o acompañantes donde se establecen los criterios de internación, aclaración de dudas, conocer sus hábitos, sus miedos, sus expectativas, etc.
- Se genera un plan de cuidados ajustado en base a la información recolectada y en función a las necesidades de la persona
- Se realiza una reunión de familia con el resto del equipo interdisciplinario donde se plantean los objetivos a corto y largo plazo.
- En esta primer etapa enfermería genera y realiza la totalidad de los cuidados



PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



Vía aérea

FUNCIONES ALTERADAS	ACCIONES IMPLEMENTADAS O DE SOPORTE	CUIDADOS
VÍA AÉREA	<ul style="list-style-type: none">• Diferentes tipos de dispositivos de vía aérea• Respiración espontánea o asistida• Tipo de soporte ventilatorio intermitente o permanente• Tipo de humidificación	<ul style="list-style-type: none">• Mantener la permeabilidad de la vía aérea• Higiene bucal• Manejo de lazo faríngeo• Control del balón del dispositivo aéreo• Cuidados y manejo de la traqueostomía• Administración de medicamentos a través de nebulizaciones o aerosoles



Deglución, alimentación e hidratación



FUNCIONES ALTERADAS	ACCIONES IMPLEMENTADAS O DE SOPORTE	CUIDADOS
DISFAGIA NUTRICIÓN	<ul style="list-style-type: none">• Vía oral segura.• Vía oral insegura con requerimiento de suplemento para el manejo de líquidos.• Vía oral insuficiente.• Vía oral insegura que requiere dispositivo para la alimentación enteral.	<ul style="list-style-type: none">• Cuidados y monitoreo de dispositivo enteral• Evaluar dificultades en la deglución• Supervisión de alimentación oral con complementos como espesantes y texturas• Monitoreo y control de la alimentación enteral• Control de peso• Evaluación de tolerancia a la alimentación• Progreso hacia la vía oral completa y segura:<ul style="list-style-type: none">✓ Estabilidad clínica✓ Estado de consciencia preservada✓ Capacidad deglutoria segura✓ Evaluación de la consistencia de los alimentos✓ Si se asegura el 75% o más de la nutrición e ingesta de líquidos vía oral por 3 días, el soporte instrumental se puede suspender



Eliminación de desechos orgánicos



FUNCIONES ALTERADAS	ACCIONES IMPLEMENTADAS O DE SOPORTE	CUIDADOS
VEJIGA NEUROGÉNICA INTESTINO NEUROGÉNICO	<ul style="list-style-type: none">• Evaluación de eliminación conservada o alterada.• Dispositivo permanente para evacuación vesical.• Dispositivo intermitente para evacuación vesical.• Incontinencia intestinal.	<ul style="list-style-type: none">• Evacuación según las necesidades evaluadas.• Evaluación y control del vaciado de vejiga mediante control ecográfico.• Reeducación intestinal sistemática ajustada a sus hábitos, horaria y definida.• Evaluación de dieta rica en fibras.• Avaluar requerimiento de apoyo farmacológico.• Evitar la falta de evacuación prolongada.

Movilidad y seguridad




FUNCION ALTERADA	ACCIONES IMPLEMENTADAS O DE SOPORTE	CUIDADOS
<p>MOVILIDAD</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Movilidad conservada • Grado de funcionalidad del miembro parético y/o pléjico 	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de la funcionalidad del miembro parético y/o pléjico • Movilización temprana • Cuidados para la prevención de lesiones de piel. • Equipamiento para la movilización. • Baño en ducha. • Asistencia en transferencias y uso de silla de ruedas • Utilización de férulas y dispositivos que facilitan el posicionamiento • Evaluación de riesgo de caída. • Educación en la prevención de caídas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ En cama: colocación de barandas, chichoneras y altura de la cama cercana al piso. ✓ En silla: Colocación de cinturón, pechera o chiripá ✓ Deambulación: con apoyo de dispositivos de traslado • Modos de identificación en personas con riesgo de caídas.



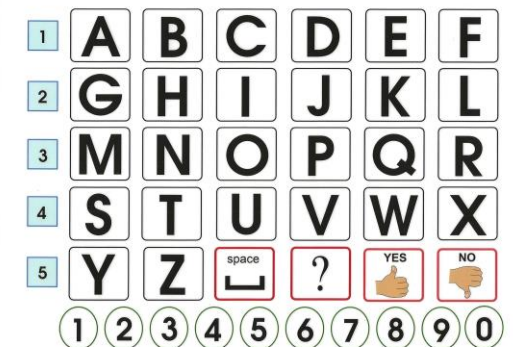
Piel y sensibilidad



FUNCIÓN ALTERADA	ACCIONES IMPLEMENTADAS O DE SOPORTE	CUIDADOS
<p>SENSIBILIDAD</p> <p>INTEGRIDAD DE LA PIEL</p> 	<ul style="list-style-type: none">• Presencia de parestesias• Conservación o ausencia de la sensibilidad cutánea• Presencia de dolor neuropático• Integridad de la piel	<ul style="list-style-type: none">• Valoración de la piel mediante escala de Arnell• Promover el movimiento• Prevención de lesiones de piel:<ul style="list-style-type: none">✓ Colocación de colchón antiescaras✓ Equipamiento de posicionamiento✓ Mantener la piel limpia✓ Evaluación diaria de la piel✓ Manejo de lesión instaurada mediante protocolo para el manejo de lesiones de piel• Manejo del dolor:<ul style="list-style-type: none">✓ Valoración del dolor mediante escala gráfica o numérica✓ Tratamiento farmacológico✓ Movilidad y posicionamiento para alivio del dolor

Cognitivo y comunicación

FUNCIONES ALTERADAS	ACCIONES IMPLEMENTADAS O DE SOPORTE	CUIDADOS
<p>COGNITIVO</p> <p>MEMORIA</p> <p>LENGUAJE</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de conservación de p eríodos de atención y comprensi ón • Evaluación de conservación de l a memoria de corto y largo plazo. • Evaluación de conservación del l enguaje, comprensión y denomin ación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Generar ambientes confortables. • Establecer diferentes canales de comunicación adecua dos a cada necesidad. • Utilización de tablas y gráficos para personas con dispo sitivos de anulación de cuerdas vocales. • Disponibilidad horaria visual permanente. • Dispositivos para la comunicación escrita.



HOJA DE REGISTRO Y SEGUIMIENTO DE LOS CUIDADOS



HOJA DE ENFERMERIA DE INTERNACION ADULTOS - CR ESCOBAR												RIESGO DE CAIDA:			STICKER PACIENTE																																																																																										
FECHA: _____ ALERGIAS: _____ EDAD: _____ CAMA: _____ PESO INICIAL: _____ KGS. FIN INICIAL: _____ DIAGNOSTICO: _____												<input type="checkbox"/> ROJO <input type="checkbox"/> AMARILLO <input type="checkbox"/> VERDE																																																																																													
HORARIO	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS DIARIOS																																																																																													
												TURNO			TM	TT	TN	TURNO			TM	TT	TN																																																																																		
PRESION ARTERIAL												Baño Cama / Ducha				Curación vía Periférico / Central																																																																																									
FRECUENCIA CARDIACA												Higiene y Confort				Curación lesión piel																																																																																									
FRECUENCIA RESPIRATORIA												Higiene Bucal				Curación de Trqueostomía																																																																																									
TP Axilar / Central												Cambio ropa cama				Curación y fijación Distro / yesun																																																																																									
Spa O2S												Lavado y Protección ocular				Curación de Otitis																																																																																									
GLUCEMIA mg/dl												Rasurado facial				Curación otros																																																																																									
CORRECCION INSULINA UI												Cambio de Trqueostomía				Colocación Collar Cervical																																																																																									
GLASGOW												Higiene Perineal Cateterismo				Cambio de tubuladuras																																																																																									
INGRESOS / HORARIOS	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	hs.	J. Neutro	<input type="checkbox"/> Corhexid				1) Periférico																																																																																								
PHP												Povidon				2) Enteral																																																																																									
ATRIANALGESIA (EXPANS EV)												Control balón trqueo				Cambio de Sol Fco O2																																																																																									
LIQUIDOS ORAL												Cateterismo Vesical				Realización de ECO																																																																																									
ALIMENT. ENTERAL (ml/hs)												CM - CIE - CIE				Medias antibombéticas																																																																																									
EXPANSION ENTERAL												Control Ecogal. Uterino				Bandas como levantada																																																																																									
INGRESOS TOTALES												Prevención de úlceras				Cogit/Asel																																																																																									
EGRESOS												1) Colchón aire				Estimulación Rectal (Supositorio)																																																																																									
DIURESIS Espontanea												3) Silicona Spray				C. Filtro humidif. Trqueostomía																																																																																									
Cateterismo ¹ Sonda Vesical ²												4) Cambio decúbito(1,2,3,...)				Aufocalterismo																																																																																									
CATARISIS subo ³ / Iridectom ⁴ / Goniectom ⁵												5) Almacenamiento Robo				Aspiración secreción																																																																																									
SING / VOMESIS												Valvas MMSS D - I				Cabeceza 30° a 45°																																																																																									
DRENAJES												Valvas MMII D - I				O2 Terapia Lox ⁶																																																																																									
DENSIDAD URINARIA												Elevación MMII D - I				Contacto Respiratorio																																																																																									
EGRESOS TOTALES												Pulsora de Identificación	SI-No	SI-No	SI-No	B-PAP (i-PAP/e-PAP)																																																																																									
BALANCE												Peso Actual Kgrs				Modific. Ins. Médicas																																																																																									
ORIENTACION En Persona SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No evaluable <input type="checkbox"/> En Lugar SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No evaluable <input type="checkbox"/> En Tiempo SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> No evaluable <input type="checkbox"/>												MOVILIDAD Hemi paresia / plegia <input type="checkbox"/> Quadriparesia / plegia <input type="checkbox"/> Monoparesia / plegia <input type="checkbox"/> Control de Saturimetría <input type="checkbox"/>						ACOMPANANTES SI NO Papá <input type="checkbox"/> Mamá <input type="checkbox"/> Otros <input type="checkbox"/> SUECIÓN MECÁNICA AUTORIZADA <input type="checkbox"/>																																																																																							
Déficit <input type="checkbox"/> Exaltado <input type="checkbox"/> Est. Vegetal <input type="checkbox"/> Min. Conciencia <input type="checkbox"/> Sindr. Caotico <input type="checkbox"/> Coma <input type="checkbox"/> Trastornos Psiquiátricos <input type="checkbox"/> Lenguaje Incomprensible <input type="checkbox"/>												DEPENDENCIA Total <input type="checkbox"/> Parcial <input type="checkbox"/> Autonomía con llamador de enfermería SI NO Para Manos <input type="checkbox"/> Cabeza <input type="checkbox"/>						DEGLUCION: Líquidos NO SI Especímenes NO SI Con Supervisión NO SI																																																																																							
EVALUACIÓN DEL DOLOR HORARIOS Dolor (0-10) Administ. Analgesia SI - No * Respuesta Post-analgesia Rescate Analgesia SI - No * Referencia: con escala de dolor												PLANIFICACION GRAL. DE CUIDADOS DE ENFERMERIA <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>TM</th> <th>TT</th> <th>TN</th> <th></th> <th>TM</th> <th>TT</th> <th>TN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Control Signos Vitales</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Evaluar nivel de conciencia</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Control de ingreso hídrico</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Asegurar una adecuada respiración</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Control de Eliminación</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Higiene diaria</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Control de piel / herida</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Aislamiento infectológico</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Asegurar un buen descanso</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Control de Ansiedad</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Manejo del Dolor</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Aporte Nutricional</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Riesgo de Caída</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Comunicación Efectiva</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Administración de fármacos</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Identificación Permanente</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Educación Intestinal-vesical</td> <td></td><td></td><td></td> <td>Salidas Transitorias</td> <td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td>Educación del Paciente / Filar</td> <td></td><td></td><td></td> <td></td> <td></td><td></td><td></td> </tr> </tbody> </table>							TM	TT	TN		TM	TT	TN	Control Signos Vitales				Evaluar nivel de conciencia				Control de ingreso hídrico				Asegurar una adecuada respiración				Control de Eliminación				Higiene diaria				Control de piel / herida				Aislamiento infectológico				Asegurar un buen descanso				Control de Ansiedad				Manejo del Dolor				Aporte Nutricional				Riesgo de Caída				Comunicación Efectiva				Administración de fármacos				Identificación Permanente				Educación Intestinal-vesical				Salidas Transitorias				Educación del Paciente / Filar							
	TM	TT	TN		TM	TT	TN																																																																																																		
Control Signos Vitales				Evaluar nivel de conciencia																																																																																																					
Control de ingreso hídrico				Asegurar una adecuada respiración																																																																																																					
Control de Eliminación				Higiene diaria																																																																																																					
Control de piel / herida				Aislamiento infectológico																																																																																																					
Asegurar un buen descanso				Control de Ansiedad																																																																																																					
Manejo del Dolor				Aporte Nutricional																																																																																																					
Riesgo de Caída				Comunicación Efectiva																																																																																																					
Administración de fármacos				Identificación Permanente																																																																																																					
Educación Intestinal-vesical				Salidas Transitorias																																																																																																					
Educación del Paciente / Filar																																																																																																									
Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponde con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del turno tachar (-) lo que no está completo)												Referencia: marcar con una X lo que correspond... Cuando no aplica tachar el casillero																																																																																													

CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS

LESIONES DE PIEL Y PARTES BLANDAS

Marcar con un círculo el lugar lesionado

Referencia: En observaciones especificar el sector derecho y/o izquierdo de donde se localiza la lesión

Observaciones: _____

VALOR DE LA ESCALA DE RIESGO DE ÚLCERA DE DECÚBITO

	TM	TT	TN
Estado Mental			
Incontinencias			
Doble puntuación:			
Actividades			
Doble puntuación:			
Movilidad			
Doble puntuación:			
Nutrición			
Integridad Cutánea			
Sensibilidad Cutánea			
TOTAL			

Valoración según la escala de Amati - Riesgo de lesión puntaje de 12 o mayor

CLASIFICACIÓN

Las lesiones por presión se clasifican según su profundidad:

Grado I : Compromiso de la piel hasta la membrana basal

Grado II : Llega hasta el plano de la oponeurisis muscular

Grado III : Compromete el plano muscular

Grado IV : Llega al plano periosteal y óseo

EVOLUCION DE ENFERMERÍA

TM	Observaciones Asistenciales:
	Observaciones de Medicación:
	Firma y sello Enf. Asistencial
	Firma y sello Enf. Medicación
TT	Firma y sello Enf. asistencial RECIBE
TN	Firma y sello Enf. Medicación RECIBE

Clasificación Por Grados	Sacra	Trocante	Talón	Codos	Cabeza	Estomón	Maléolo	Otros
Curaciones	TM	TT	TN					
Si clorhex/platsul				TM				
Según ind. med.				TT				
Eval. plastica				TN				

Solicitud de Estudios				Colocación de Dispositivos invasivos			
Ecografía	<input type="checkbox"/>	Orina 24 hs.	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>
Ecocardiograma	<input type="checkbox"/>	Luckens	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>
ECG	<input type="checkbox"/>	Urocultivo	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>
TAC	<input type="checkbox"/>	Hemocultivo	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>
RX	<input type="checkbox"/>	Ext. Sangre	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>	Env.	<input type="checkbox"/>

Polisomnografía hs. comienzo _____ hs. finalización _____

RECOLECCIÓN DE ORINA 24 HS. Comienza _____ hs. Finaliza _____ hs. del: _____ J

Muestra enviada SI NO Guardada Hechada

Ayuno SI NO

Motivo _____

Descanso Nocturno: Bueno Regular Malo

TRASLADO DE PACIENTES

LUGAR	hs.	hs.
LUGAR		
LUGAR		
LUGAR		

Referencia: (Los casilleros completarlos cuando corresponda con una X) (Cuando NO APLIQUE al fin del último turno tachar (-) lo que no está completo)

A medida que la persona avanza cumpliendo los objetivos de rehabilitación planteados en reuniones interdisciplinarias se realiza una reunión de familia donde se hablan sobre los avances y se marcan nuevos objetivos.

SEGUNDA ETAPA



- Proceso de alta temprana.
- Se involucra y participa en su educación a la persona y a sus cuidadores a través de la su pervisora educadora y el personal de enfermería que lo asiste.
- Se realiza entrenamiento teórico y práctico tanto para la persona como para sus cuidados en sala de simulación y capacitación de enfermería.
- Continúa la educación en la habitación aplicando los conocimientos que se van adquiriendo.

Se genera empatía y seguridad entre la persona, su familia y el personal de enfermería

TERCERA ETAPA



- Se comienza la planificación definitiva del alta junto a sus cuidadores en reunión de familia
- Se afianzan los procedimientos enseñados.
- La persona se independiza en sus cuidados y los realiza con mínima supervisión de enfermería.
- Sus cuidadores son independientes para los cuidados y también son supervisados por enfermería.
- Se realiza junto a la persona y su cuidador la hoja de cuidados por la misma.



CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA EL ALTA DEFINITIVA - SEDE ESCOBAR



Paciente : _____ Edad: _____ FIM Ingreso: _____ FIM Egreso: _____

Fecha de Egreso: _____



NECESIDADES BÁSICAS

	Dispositivo de vía aérea	Kinesio Respiratoria	Nebulizaciones	Ventilación No Invasiva
RESPIRACIÓN	Cánula de Traqueostomía <input type="checkbox"/>	_____ veces x día.	Cada _____ Hs.	B- PAP <input type="checkbox"/> C-PAP <input type="checkbox"/>
	Cánula de Fonación <input type="checkbox"/>		Con broncodilatadores: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Valor: _____ Saturometría <input type="checkbox"/>
	Con humidificador pasivo: Permanente <input type="checkbox"/> Intermitente <input type="checkbox"/>		Aspiración de secreciones: <input type="checkbox"/>	Valor: _____
	Control de balón de cánula: (valor) _____			
	Ostoma: Ocluido <input type="checkbox"/>			
	Vía de alimentación	Tipo de dieta	Expansiones	Tolerancia a alimentación
ALIMENTACIÓN E HIDRATACIÓN	Dificultad en la ingesta: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Según indicación Nutrición: _____		
	Oral: <input type="checkbox"/>	Espesantes: SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Agua <input type="checkbox"/>	Buena <input type="checkbox"/>
	Sonda Nasoduodenal <input type="checkbox"/>	MI _____ c/ _____ Hs.	Otros <input type="checkbox"/> _____	Regular <input type="checkbox"/>
	Gastrostomía <input type="checkbox"/>	Calorías: 500-1000 Kcal <input type="checkbox"/>	MI _____ c/ _____ Hs.	Mala <input type="checkbox"/>
	Yeyunostomía: <input type="checkbox"/>	500-2000 Kcal <input type="checkbox"/>		
		Más de 2000 Kcal <input type="checkbox"/>		
	Urinario		Intestinal	
ELIMINACIÓN DE DESECHOS ORGÁNICOS	Continente <input type="checkbox"/>	Sonda Vesical <input type="checkbox"/>	Catarsis	Requerimientos
	Incontinente <input type="checkbox"/>	Talla Vesical <input type="checkbox"/>	Colostomía	
	Pañal <input type="checkbox"/>	Cateterismo Intermitente <input type="checkbox"/>	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Masajes abdominales <input type="checkbox"/>
	Permanente	Cada _____ Hs.	c/ 24 Hs <input type="checkbox"/> c/ 48 Hs <input type="checkbox"/>	Laxantes <input type="checkbox"/>
SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Autocateterismo <input type="checkbox"/>	Horarios de Evacuación	Enemas <input type="checkbox"/>	
Día <input type="checkbox"/> Noche <input type="checkbox"/>	Asistido	Mañana: _____ Hs.	Supositorios de bisacodilo <input type="checkbox"/>	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Tarde: _____ Hs.	Estimulación rectal <input type="checkbox"/>	
		Noche: _____ Hs.		
		Baño <input type="checkbox"/> Pañal <input type="checkbox"/>		

MOVILIDAD	Deambula SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Ayuda <input type="checkbox"/>	Equipos utilizados - Movilización		Equipamiento		Asistencia		
	Riesgo de Caída SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>	Silla de ruedas <input type="checkbox"/> Con Tilt SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Andador <input type="checkbox"/> Tripode <input type="checkbox"/> Bastones Canadienses <input type="checkbox"/> Ortesis <input type="checkbox"/> Valvas <input type="checkbox"/>	Cuñas <input type="checkbox"/> Separador de rodillas <input type="checkbox"/> Chiripa <input type="checkbox"/> Pechera <input type="checkbox"/> Mesa escotadura <input type="checkbox"/> Almohadón <input type="checkbox"/> Agarraderas <input type="checkbox"/>	Para vestirse		Transferencias		
DESCANSO	Descanso		Sueño		Tendencia somnolencia		Duerme con dispositivos	
	Espontáneo <input type="checkbox"/> Con Medicación <input type="checkbox"/>		Bueno <input type="checkbox"/> Regular <input type="checkbox"/> Malo <input type="checkbox"/> Cantidad de Hs: _____		Diurna <input type="checkbox"/>		B- PAP <input type="checkbox"/> Valvas MMSS <input type="checkbox"/> Valvas MMII <input type="checkbox"/>	
CUIDADOS DE LA PIEL	Lesiones Cutáneas		Curación		Hidratación		Prevención de Lesiones	
	SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>		Cremas <input type="checkbox"/> Antisépticos <input type="checkbox"/> Colágenos <input type="checkbox"/>		Cremas <input type="checkbox"/> Aceites <input type="checkbox"/> Vitamina A <input type="checkbox"/>		Cremas <input type="checkbox"/> Antisépticos <input type="checkbox"/> Colágenos <input type="checkbox"/>	
			Frecuencia				Frecuencia	
			_____ veces x día.				_____ veces x día.	
SEGURIDAD	Cama		Silla		Deambulación		Acompañante	
	Barandas <input type="checkbox"/> Chichoneras laterales <input type="checkbox"/> A poca altura del piso <input type="checkbox"/>		Cinturón <input type="checkbox"/> Pechera <input type="checkbox"/> Chiripá <input type="checkbox"/>		Segura <input type="checkbox"/> Insegura <input type="checkbox"/> Riesgosa <input type="checkbox"/>		Permanente <input type="checkbox"/> Según necesidad <input type="checkbox"/>	
COMUNICACIÓN	Trastornos del lenguaje		Modo de comunicación		Dispositivos de llamada		Carteles señalizadores	
	Afásico <input type="checkbox"/> Disartrico <input type="checkbox"/> Otros: _____		Verbal <input type="checkbox"/> Escrita <input type="checkbox"/> Gestual <input type="checkbox"/>		Timbre de mano <input type="checkbox"/> Timbre cefálico <input type="checkbox"/>		Con letras <input type="checkbox"/> Con dibujos <input type="checkbox"/> Con escalas de dolor <input type="checkbox"/>	
MEDICACIÓN	Medicación Oral		Medicación Sub Cutánea		Medicación Endovenosa		Medicación Enteral	
	Vía Oral <input type="checkbox"/> Horarios: _____		Heparina <input type="checkbox"/> Otros: _____ Horarios: _____		ATB <input type="checkbox"/> Otros: _____ Horarios: _____		Por sonda K108 <input type="checkbox"/> Por gastrostomía <input type="checkbox"/> Horarios: _____	
						Alimentación Oral		
						S/ asistencia <input type="checkbox"/> C/ asistencia <input type="checkbox"/> C/ dispositivos <input type="checkbox"/>		
						Decubitos nocturnos		
						Cada _____ Hs.		
						Traqueal <input type="checkbox"/> Gástrico <input type="checkbox"/>		
						Frecuencia		
						_____ veces x día.		
						Llamadores		
						Habitación <input type="checkbox"/> Baño <input type="checkbox"/> Otro: _____		
						Otras tecnologías		
						Computadoras <input type="checkbox"/> Sistemas electrónicos <input type="checkbox"/> Otros: _____		
						Medicación S.O.S.		
						Analgésicos <input type="checkbox"/> Antifebril <input type="checkbox"/> Otros: _____		

SEGUIMIENTO LUEGO DEL ALTA



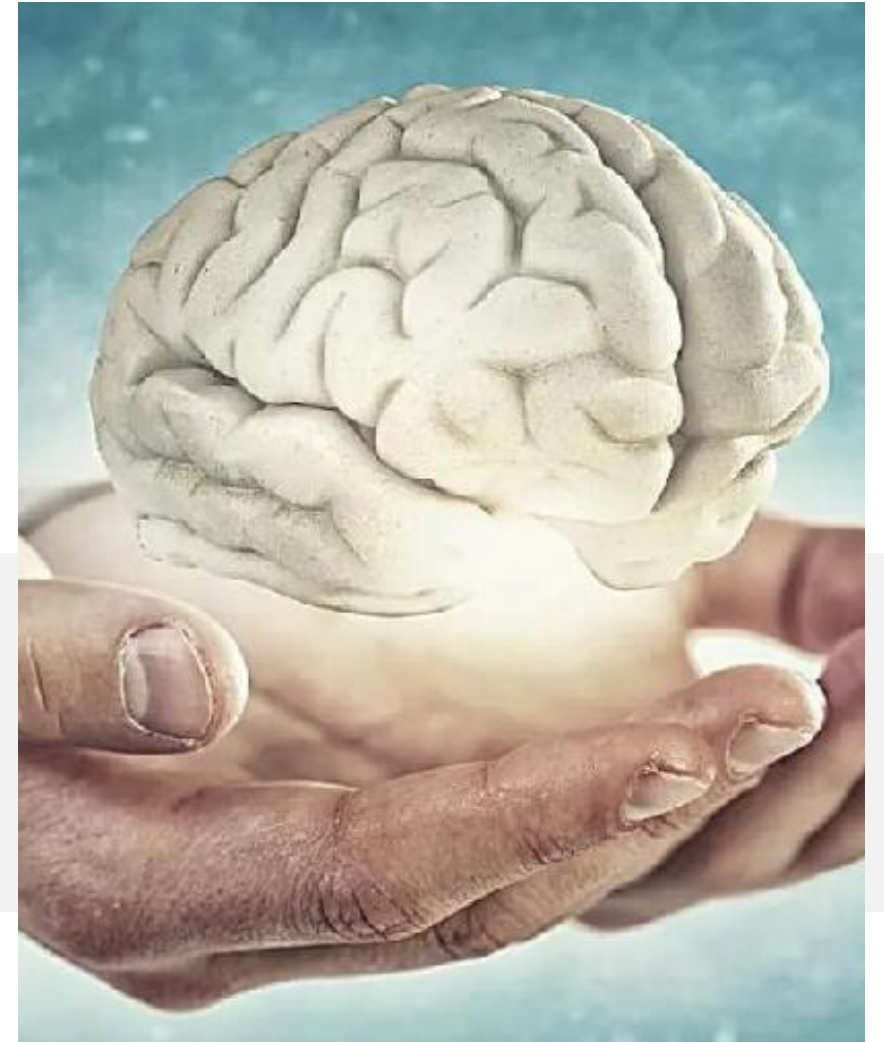
Proyecto de seguimiento a las persona y familias con alta domiciliaria.

Objetivos:

- Identificar dificultades en el alta en los procesos de cuidados y procedimientos.
- Identificar nuevas necesidades asistenciales.
- Evaluar barreras no detectadas en el proceso de alta.
- Seguimiento de nuevas habilidades adquiridas.
- Disminuir los miedos y reforzar los conocimientos del autocuidados.



“Las personas con secuelas invalidantes junto a su entorno, comienzan una nueva construcción de sus realidades. Siendo fundamental el apoyo y la asistencia de un grupo Multidisciplinario especializado y humanizado ”.





MUCHAS GRACIAS
