

## RECEPCIÓN Y CUIDADOS DEL PACIENTE PROCEDENTE DE QUIRÓFANO (REANIMACIÓN) Y/O PRUEBAS DIAGNÓSTICAS EN LA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

---

<b>Centro:</b>	Hospital Virgen del Puerto
	Última Revisión:
	- Campos Mateos, Alejandra
<b>Autores:</b>	Revisiones Anteriores:
	- García García, Rosa M <sup>a</sup>
	- Sánchez Delgado, M <sup>a</sup> Sol
<b>Aprobación:</b>	Noviembre 2010
<b>Próxima Revisión:</b>	Noviembre de 2012

### DEFINICIÓN

Recibir al paciente procedente de quirófano (reanimación) y/o pruebas diagnósticas invasivas manteniendo la continuidad de cuidados, así como prevenir, detectar y tratar de forma temprana posibles complicaciones.

### OBJETIVOS

- Favorecer la recuperación de la intervención quirúrgica o prueba diagnóstica invasiva por medio de una valoración y cuidados de enfermería adecuados.
- Detectar y resolver las alteraciones fisiológicas y psicológicas y los desequilibrios asociados a la cirugía, a la anestesia y a la curación.

### PRECAUCIONES

Se debe tener especial precaución en aquellos pacientes con factores de riesgo de complicaciones postoperatorias:

- Duración de la cirugía (> 3 horas) (**A**).
- Tipo de cirugía (torácica (**A**), abdominal (**A**), neurocirugía (**A**), cirugía de cabeza y cuello (**A**)).
- Anestesia general (**A**).
- Estado funcional dependiente (**A**).
- ASA > 2 (**A**) (**Anexo I**)
- Edad > 59 años (**A**)
- Pérdida de peso (> 10% en 6 meses) (**A**).
- Incisión torácica o abdominal alta (**A**).

- EPOC (**A**).
- Insuficiencia cardiaca congestiva (**A**).
- Hipoalbuminemia (<3,5 g/dl) (**A**).
- Cirugía urgente (**A**).
- Larga historia de consumo de tabaco, alcohol o esteroides (**B**).
- Fumar durante las 8 semanas previas a la cirugía (**B**)
- Aumento de urea en sangre (**B**)
- Transfusión sanguínea durante el preoperatorio (**B**)
- Diabetes (**C**)
- Índice de masa corporal > 25 - 27 kg / m<sup>2</sup>
- Portador de sonda nasogástrica.
- Ventilación intermitente a presión positiva (VPPI)> 1 día
- Deterioro cognitivo.
- Enfermedad oncológica.
- Estancia preoperatoria > 4 días.

#### **RIESGOS O COMPLICACIONES POTENCIALES**

- Angustia y malestar (**IV**).
- Las complicaciones más frecuentes (**IV**) ( **Anexo III**):
  - Confusión.
  - Respiratorias (obstrucción de la vía aérea, hipoxia, hipoventilación, atelectasias).
  - Circulatorias (hipotensión, hipertensión, arritmia, bradicardia, taquicardia).
  - Agitación.
  - Dolor.
  - Nauseas y vómitos.
  - Hipotermia y temblor.
  - Oliguria.
  - Sangrado.
  - Insuficiencia renal aguda.
  - Deplección de volumen intravascular.
  - Alteraciones electrolíticas (especialmente del sodio y del potasio).
  - Desequilibrios ácido/base.
- Otras complicaciones (**IV**):
  - Hematoma.
  - Seroma.
  - Dehiscencia de la herida.

- Evisceración.
- Infección.
- Íleo postoperatorio.

### INDICACIONES

- Postoperatorio tardío.
- Recuperación tras la realización de pruebas diagnósticas invasivas.
  - Cateterismo Cardíaco
  - Biopsia hepática
  - Paracentesis
  - Colonoscopia
  - Etc.

### MATERIAL

- Historia Clínica completa.
- Pulsioxímetro.
- Material de oxigenoterapia.
- Equipo de aspiración.
- Soporte de bolsas colectoras.
- Soporte de sueroterapia.
- Fonendoscopio.
- Esfigmomanómetro.
- Guantes.

### CUIDADOS ENFERMEROS

- Recibir al paciente por el personal de enfermería responsable.
- Presentarse, confirmar la identidad del paciente.
- Acompañar al paciente hasta su ubicación definitiva en la habitación.
- Solicitar amablemente a los familiares la espera en la zona indicada, hasta finalizar el procedimiento de ubicación y valoración del paciente.
- Colocar la cama en posición adecuada y favorecer un entorno tranquilo.
- Colocar al paciente en una posición adecuada, dependiendo de la intervención o prueba diagnóstica realizada, observando los puntos de presión para prevenir la aparición de úlceras por presión y otras posibles complicaciones.
- Realizar la primera evaluación postoperatoria valorando, si procede, los siguientes parámetros en la documentación clínica del paciente (IV) (**Anexo III**):
  - Informe intraoperatorio.
  - Instrucciones postoperatorias:

- Medidas para el adecuado control del dolor.
- Profilaxis de náuseas y vómitos postoperatorios.
- Profilaxis de tromboembolismo venoso.
- Profilaxis/tratamiento antibiótico.
- Continuación de la medicación previa.
- Sustitución de la medicación (por ejemplo, control diabético, terapia con esteroides)
- Estado respiratorio
- Estado del volumen circulatorio
- Control de líquidos
- Estado mental.
- Tras esta primera evaluación postoperatoria, determinar la frecuencia de reevaluaciones. Los pacientes que además de dolor presenten alguna anomalía en las variables fisiológicas deben ser evaluados con más frecuencia que los pacientes que están estables y cómodos.
- Los pacientes con los siguientes factores de riesgo de deterioro deben ser evaluados durante las siguientes dos horas tras la primera evaluación postoperatoria (**IV**):
  - ASA  $\geq$  3
  - Cirugía de urgencia o de alto riesgo.
  - Intervención fuera del horario habitual.
- Vigilar vendaje, drenaje y apósitos de incisión quirúrgica o diagnóstica. Valorar y registrar:
  - Tipo de apósito y/o drenaje.
  - Cantidad y aspecto del líquido drenado.
  - Presencia de sangrado activo.
- Marcar el apósito para nueva valoración.
- Considerar la necesidad de:
  - Higiene bucal
  - Fisioterapia respiratoria (**Anexo V**)
- Realizar valoración de seguimiento durante las primeras horas después de cirugía/ prueba diagnóstica, que incluya:
  - Temperatura
  - Frecuencia cardíaca
  - Presión arterial.
  - Frecuencia respiratoria.
  - Evaluación del dolor (en reposo y en movimiento).
  - Diuresis.
  - Saturación periférica de oxígeno.

- Estado mental: puede valorarse pidiendo al paciente que responda a órdenes o preguntas sencillas, o a través del Test Mental Abreviado (pacientes confusos) o de la escala de Glasgow (**Anexo IV**).
- La permeabilidad de vías intravenosas y arteriales, garantizando el ritmo de perfusión.
- Vigilar la aparición de náusea o vómitos
- Vigilar posibles reacciones alérgicas: Contraste.
- Presencia de distensión vesical.
- En caso de presencia de secreciones respiratorias, y siempre y cuando el paciente no pueda expulsarlas por sí mismo, aspirar las secreciones según los protocolos de aspiración de secreciones por vía orofaríngea y nasal o aspiración de secreciones en pacientes con tubo endotraqueal o cánula de traqueotomía, según proceda.
- Valorar el dolor y molestias que refiera el paciente según las recomendaciones del protocolo de valoración del dolor.
- Las evaluaciones de seguimiento se deben realizar hasta su estabilización, con una periodicidad adecuada en función del riesgo.
- Algunos pacientes pueden requerir evaluaciones de seguimiento adicionales o más frecuentes (ej. pacientes con patología cardiopulmonar preexistente, cirugía prolongada, etc), como (**IV**):
  - ECG.
  - Diuresis horaria.
  - Presión venosa central.
  - Hematología.
  - Bioquímica.
  - Etc.
- El paciente se mantendrá en reposo postural para prevenir cuadros de mareo.
- Facilitar el acceso moderado de los familiares.
- Anotar en historia de enfermería :
  - Día y hora de la intervención.
  - Hora de llegada a la planta.
  - Constantes vitales.
  - Drenaje.
  - Apósitos.
  - Sangrado.

#### Consideraciones especiales en función de la prueba diagnóstica:

- Cateterismo cardiaco:
  - Valoración de la perfusión distal del miembro afecto.

- Si el abordaje vascular fue femoral, se guardará reposo en decúbito supino durante 4 horas. Si el acceso fue radial o braquial, no se precisa.
- **Biopsia hepática:**
  - La adopción de la posición en decúbito lateral derecho tras la biopsia es cuestionable ya que se asocia con más dolor, pero no con un aumento de las complicaciones. Se recomienda que los pacientes simplemente adopten una postura en la que se encuentren más cómodos.

### PARÁMETROS A MONITORIZAR

- Estado de conciencia.
- Nivel y localización del dolor.
- Parámetros cardíacos.
- Parámetros respiratorios.
- Nivel de ansiedad y/o angustia.

### RESULTADOS ESPERADOS

- Postoperatorio y recuperación de pruebas diagnósticas libre de complicaciones

### A TENER EN CUENTA

#### - **Valoración del estado mental:**

El test mental abreviado (AMT), compuesto por 10 preguntas clave, es muy útil en la valoración del estado mental en el postoperatorio de pacientes confusos. La Escala de Coma de Glasgow (ECG) es bastante insensible para pacientes confusos, sin embargo, puntuaciones  $\leq 12$  en la ECG constituyen una emergencia médica.

#### - **Riesgo postoperatorio:**

Cirugía fuera del horario normal en los pacientes con un riesgo ASA  $\geq 3$  ha demostrado ser un factor de riesgo independiente para el postoperatorio en situaciones de emergencia que requieran la asistencia del equipo de cuidados intensivos. El treinta por ciento de estas emergencias tienen lugar dentro de las seis primeras horas postoperatorias.

#### - **Emesis postquirúrgica:**

En los pacientes con vómitos persistentes, antes de administrar el tratamiento antiemético se debe excluir la obstrucción gastrointestinal como posible causa.

#### - **Oliguria:**

En todos los casos de oliguria es importante excluir la obstrucción del tracto urinario o del catéter como posible causa (**IV**).

#### - **Hipoxia Postoperatoria:**

El efecto de la anestesia y la analgesia en la función respiratoria predispone a los pacientes a hipoxia postoperatoria. El riesgo de de hipoxia postoperatoria

pueden permanecer hasta cinco días tras la cirugía, y se incrementa por la noche.

– **Vendajes y apósitos:**

Los vendajes y apósitos deben inspeccionarse retirando las sábanas y moviendo al paciente lo imprescindible. Un apósito colocado en el costado puede parecer seco en la parte superior visible, pero tener un drenaje excesivo en la parte inferior por efecto de la gravedad (IV).

– **Favorecer el bienestar:**

Las principales molestias después de una intervención son las náuseas y vómitos, la distensión abdominal, los dolores provocados por gases, y el dolor de la herida quirúrgica (IV).

– **Dolor de cabeza post-punción lumbar:**

No hay evidencia de que el incremento de la hidratación ni la duración del reposo en cama después de la punción lumbar (diagnóstica o terapéutica) tenga ningún efecto en la prevención del dolor de cabeza. La evidencia de Clase I no ha demostrado que el reposo en cama en decúbito supino, prono o con la cabeza en una posición ligeramente más baja durante 24 horas aporte ningún beneficio en la prevención del dolor de cabeza post-punción lumbar. Pero aunque no afecta a su incidencia, el reposo en cama reduce la severidad de los síntomas.

### Niveles de Evidencia

Nivel	Descripción
I	Evidencia obtenida de una revisión sistemática de todos los ensayos clínicos con asignación aleatoria relevantes.
II	Evidencia obtenida de al menos un ensayo clínico con asignación aleatoria bien diseñado.
III.1	Evidencia obtenida de ensayos clínicos sin asignación aleatoria bien diseñados.
III.2	Evidencia obtenida de estudios de cohortes o de casos y controles bien diseñados, preferiblemente de más de un centro o grupo de investigación.
III.3	Evidencia obtenida de series temporales con o sin intervención. Resultados importantes en experimentos no controlados.
IV	Opinión de profesionales de reconocido prestigio, basada en experiencia clínica, estudios descriptivos o informes de comités de expertos.

### Grados de recomendación

Recomendación	Descripción
A	Efectividad demostrada para su aplicación

<b>B</b>	Grado de efectividad establecido que indica considerar su aplicación
<b>C</b>	Efectividad no demostrada.
<b>D</b>	Desaconsejable (al menos moderada evidencia de que la medida es ineficaz o de que los perjuicios superan a los beneficios).
<b>E</b>	Buena evidencia para apoyar una recomendación en contra de su uso.

### RESUMEN

1. El personal de enfermería responsable debe recibir al paciente, presentarse, confirmar su identidad y acompañarle hasta su habitación.
2. Colocar la cama y al paciente en posición adecuada.
3. Revisar el informe intraoperatorio y las instrucciones postoperatorias (control del dolor, profilaxis antiemética, tromboembólica, antibiótica, etc.).
4. Determinar el estado respiratorio, circulatorio y mental.
5. Valorar el estado de los vendajes, drenajes y/o apósitos, registrando el tipo de dispositivo, la cantidad y aspecto del líquido drenado y la presencia de sangrado activo.
6. En función de los datos aportados en la evaluación anterior y según las características del paciente y la intervención determinar la frecuencia de las reevaluaciones posteriores. Esta frecuencia deberá incrementarse en el caso que se detecten alteraciones, en cuyo caso la periodicidad debe incrementarse.
7. En cada reevaluación se determinará la temperatura, pulso, frecuencia cardíaca y respiratoria, saturación de oxígeno, presencia de dolor y diuresis. Además se controlará y vigilará la permeabilidad de las vías intravenosas y la aparición de complicaciones.

### BIBLIOGRAFÍA

- García Alcaraz F, Alfaro Espín A, Córdoba Martínez B. Recuperación postquirúrgica en cirugía mayor ambulatoria. *Enferm Univ Albacete*. 2000 oct. 12:13-20. Original, artículo.
- Carricondo Martínez MI. Protocolo de actuación de la enfermería del servicio de anestesia. Protocolo y pautas de actuación. *Metas Enferm*. 2002 sep. V (48):55-62.
- Corraliza Hidalgo E, Rodríguez Juan T. Atención de enfermería ante el ingreso de un paciente quirúrgico en la sala de anestesia-reanimación. Protocolo y pautas de actuación *Enferm Integral*. 2003. 63: XXIV-XXVIII.
- Sánchez Cisneros N, Martínez Díaz Barriga B, Gutiérrez Díaz V. Propuesta de atención de enfermería en el postoperatorio de cirugía de Fontan en el paciente pediátrico. *Revista mexicana de Enfermería Cardiológica* 2008; 16 (2): 42-48.



- Ortega Vargas C. Valoración de enfermería al paciente postoperado de cirugía cardiovascular con el enfoque conceptual de Virginia Henderson. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2001; 9 (1-4):18-23.
- Baños Fuentes R, Gómez Martín-Zarco JM. Cuidados enfermeros pre y post quirúrgicos en la cirugía del oído. Metas Enferm, 2000 sep, III(28), 26-29.
- Griffi Perry A; Potter Patricia A; Cuidado postoperatorio del cliente quirúrgico. En Perry; Potter, Enfermería Clínica: Técnica y procedimiento. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace Mosby SA. Madrid .1999. 1090-1099.
- Parra Moreno Mª L; Arias Rivera S; Esteban de la Torres A. Procedimientos y Técnicas en el Paciente Crítico. Ed. Masson. Barcelona 2003. 193-195.
- Esteve J. Mitijans J. Enfermería: Técnica Clínicas Ed. McGrsw-Hill – Iberoamericana. Madrid 2000. 65-69.
- Gómez Ferrero A; Salas Campos L; Manual de enfermería en cuidados Intensivos.1ª ed. Editorial Jims Prayma 2006. 183-186.
- Melonakos K; Sheryl A. Michelson. Manual de Enfermería. 2ª Ed .McGraw- Hill- Iberoamericana1996. 478-482.
- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos Básicos de Enfermería. Madrid 1990. 12-15
- Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1991. 9-4
- Protocolo de enfermeras/os Reina Sofía. Recepción del paciente tras exploraciones quirúrgicas. (Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluddesalud/hrsenfermeria\\_2003/manual\\_protocolo\\_procedimiento.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluddesalud/hrsenfermeria_2003/manual_protocolo_procedimiento.pdf)).
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network. Postoperative management in adults A practical guide to postoperative care for clinical staff. August 2004. (Disponible en: [www.sign.ac.uk](http://www.sign.ac.uk)).
- Gerald W. Smetana, Valerie A. Lawrence, John E. Cornell. Preoperative Pulmonary Risk Stratification for Noncardiothoracic Surgery: Systematic Review for the American College of Physicians. Ann Intern Med. 2006 Apr 18;144(8):581-95. (Disponible en: <http://www.annals.org/cgi/reprint/144/8/581.pdf>).
- Rockey DC, Caldwell SH, Goodman ZD, Nelson RC, Smith AD. Liver Biopsy. American Association for the Study of Liver Diseases position paper. Hepatology, Vol. 49, No. 3, 2009. (Disponible en: <http://www.aasld.org/practiceguidelines/Documents/Older%20Versions/Liver%20Biopsy%20Position%20Paper%20Mar.%202009%20fulltext.pdf>).
- Fisher B., Majumdar S., McAlister F. Predicting pulmonary complications after nonthoracic surgery: a systematic review of blinded studies. American Journal of Medicine 112:219-225, 2002. (Disponible en: [http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=MIimg&\\_imagekey=B6TDC-45BCJ8K-8-1&\\_cdi=5195&\\_user=6547410&\\_pii=S0002934301010828&\\_origin=search&\\_coverDate=02%2F15%2F2002&\\_sk=998879996&\\_view=c&\\_wchp=dGLzVtz-zSkzV&\\_md5=e4c315b9dc668d185992c4b21f5f2ce8&\\_ie=/sdarticle.pdf](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6TDC-45BCJ8K-8-1&_cdi=5195&_user=6547410&_pii=S0002934301010828&_origin=search&_coverDate=02%2F15%2F2002&_sk=998879996&_view=c&_wchp=dGLzVtz-zSkzV&_md5=e4c315b9dc668d185992c4b21f5f2ce8&_ie=/sdarticle.pdf))
- Sudlow C, Warlow C. Postura y líquidos para prevenir el dolor de cabeza posterior a la punción dural (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca

Cochrane Plus, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. (Disponible en:  
<http://www.update-software.com>)

- Sagadai S, Rajendran G. Postdural Puncture Headache. NHS Evidence - Surgery, anaesthesia, perioperative and critical care. September 2010. (Disponible en:  
<http://www.library.nhs.uk/theatres/viewResource.aspx?resid=324726>).

## SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN ASA

Sistema de clasificación que utiliza la American Society of Anesthesiologists (ASA) para estimar el riesgo que plantea la anestesia para los distintos estados del paciente.

<b>ASA I</b>	Paciente sin ninguna patología asociada: paciente sano, menor de 65 años, su única patología es la que motiva la cirugía.
<b>ASA II</b>	Paciente con enfermedad sistémica leve, controlada y no incapacitante. Puede o no relacionarse con la causa de la intervención. Paciente mayor de 65 años. Paciente embarazada.
<b>ASA III</b>	Paciente con enfermedad sistémica grave, pero no incapacitante. Por ejemplo: cardiopatía severa o descompensada, diabetes mellitus no compensada acompañada de alteraciones orgánicas vasculares sistémicas (micro y macroangiopatía diabética), insuficiencia respiratoria de moderada a severa, angor pectoris, infarto al miocardio antiguo, etc.
<b>ASA IV</b>	Paciente con enfermedad sistémica grave e incapacitante, que constituye además amenaza constante para la vida, y que no siempre se puede corregir por medio de la cirugía. Por ejemplo: insuficiencias cardíaca, respiratoria y renal severas (descompensadas), angina persistente, miocarditis activa, diabetes mellitus descompensada con complicaciones severas en otros órganos, etc.
<b>ASA V</b>	Se trata del enfermo terminal o moribundo, cuya expectativa de vida no se espera sea mayor de 24 horas, con o sin tratamiento quirúrgico. Por ejemplo: ruptura de aneurisma aórtico con choque hipovolémico severo, traumatismo craneoencefálico con edema cerebral severo, embolismo pulmonar masivo, etc. La mayoría de estos pacientes requieren la cirugía como medida heroica con anestesia muy superficial.

Complicación	Posibles Causas
<b>Confusión:</b>	<p>Infección Sedantes Hipoxemia Hipercapnia Hipoglucemia Cuadro neurológico agudo Infarto de miocardio Retención urinaria Retirada de alcohol / drogas Encefalopatía hepática Alteraciones bioquímicas (por ejemplo, urea, sodio, potasio, calcio, función tiroidea, función hepática).</p>
<b>Bradicardia:</b>	<p>Inducido por fármacos Bloqueo AV Alteraciones bioquímicas</p>
<b>Taquicardia:</b>	<p>Dolor Ansiedad Hipovolemia Fiebre</p>
<b>Hipotensión:</b>	<p>Inducida por fármacos (efectos residuales de la anestesia o los opiáceos) Déficit de líquido.</p>
<b>Hipertensión:</b>	<p>Estrés. Dolor. Ansiedad. Inadecuada pauta farmacológica en el preoperatorio</p>
<b>Hipotermia:</b>	<p>Efectos de los anestésicos sobre la termorregulación. Frío en el quirófano. Cirugía con exposición de cavidades corporales Administración de fluidos intravenosos fríos.</p>
<b>Hipoxemia:</b>	<p>Baja FiO<sub>2</sub> inspiratoria Acumulación de secreciones Atelectasia Neumotórax Edema agudo de pulmón cardiogénico y no cardiogénico. Embolismo pulmonar (TEP). Disminución de la función de los músculos respiratorios secundario a cirugía o por efecto residual de los relajantes</p>
<b>Obstrucción de la vía aérea:</b>	<p>Aspiración de líquido gástrico Retención de secreciones bronquiales (por reflejo de la tos disminuido). Estenosis Reacción alérgica Parálisis de las cuerdas vocales</p>

## ANEXO III

### LISTA DE COMPROBACIÓN DE EVALUACIÓN POSTOPERATORIA

Historia intraoperatoria e instrucciones postoperatorias		
<input type="checkbox"/>	Antecedentes	
<input type="checkbox"/>	Medicamentos	
<input type="checkbox"/>	Alergias	
<input type="checkbox"/>	Complicaciones intraoperatorias	
<input type="checkbox"/>	Instrucciones postoperatorias	
<input type="checkbox"/>	Recomendaciones de tratamiento y profilaxis	
Evaluación del estado respiratorio		Resultados esperados
<input type="checkbox"/>	Saturación de oxígeno	≥ 95%
<input type="checkbox"/>	Trabajo y frecuencia respiratoria	>10 y <25 r/min
<input type="checkbox"/>	Situación de la tráquea	Situación central
<input type="checkbox"/>	Expansión torácica	Simétrica
<input type="checkbox"/>	Ruidos respiratorios	Ausencia
<input type="checkbox"/>	Percusión	Ruido "Claro"
Evaluación del estado circulatorio		Resultados esperados
<input type="checkbox"/>	Temperatura de las manos	Tibia, simétrica
<input type="checkbox"/>	Relleno capilar	< 2 seg
<input type="checkbox"/>	Frecuencia cardiaca	Entre 50 y 100 l/min
<input type="checkbox"/>	Volumen o amplitud de pulso	Normal
<input type="checkbox"/>	Ritmo cardiaco	Patrón regular
<input type="checkbox"/>	Presión arterial	Presión sistólica > 100
<input type="checkbox"/>	Palidez conjuntival	Ausencia
<input type="checkbox"/>	Presión venosa central	5-10 mmHg
<input type="checkbox"/>	Color de la orina y ritmo de producción	> 0,5 ml / kg / h
<input type="checkbox"/>	Drenajes, heridas y sonda nasogástrica	Ausencia de sangrado activo
Evaluación del estado mental		Resultados esperados
<input type="checkbox"/>	Paciente consciente	
<input type="checkbox"/>	Confusión anormal	
<input type="checkbox"/>	- Glasgow	> 14
<input type="checkbox"/>	- Glucemia	< 200 mg/dl
Otros síntomas significativos		Resultados esperados
<input type="checkbox"/>	Dolor torácico	
<input type="checkbox"/>	Sensación de falta de aliento	
<input type="checkbox"/>	Dolor de cualquier localización	< 15 mm (escala EVA)
<input type="checkbox"/>		

## ANEXO IV

### VALORACION DEL ESTADO DE CONCIENCIA

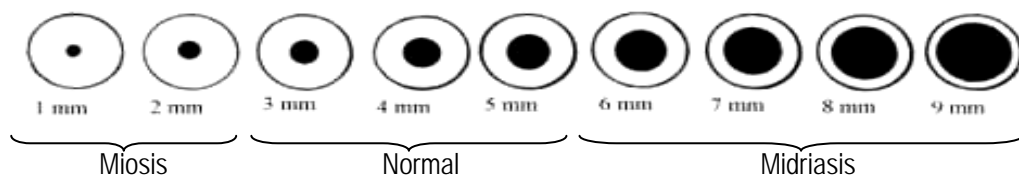
TEST MENTAL ABREVIADO (Abbreviated Mental Test (AMT))	Bien	Mal
1. Edad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Hora aproximada	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Dirección para recordar al final del test: Plaza de España 42	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Nombre del hospital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Mes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Fecha de nacimiento	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Año de comienzo de la guerra civil española	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Nombre del rey	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Contar hacia atrás del 20 al 1	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
TOTAL		

Cada pregunta bien contestada supone 1 punto, las mal contestadas 0 puntos.

<b>Anormal</b>	<b>Probablemente anormal</b>	<b>Normal</b>
0	6	8
		10

## ESCALA DE GLASGOW

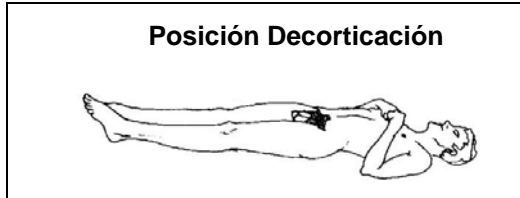
Escala de Glasgow (GCS: Lancet 1997; 1:878-881) y escala de Glasgow Modificada para pacientes pediátricos			
	Escala de Glasgow	Glasgow Modificada	Puntos
<b>APERTURA DE OJOS</b>	Espontánea	Espontánea	4
	En respuesta a la voz	En respuesta a la voz	3
	En respuesta al dolor	En respuesta al dolor	2
	Sin respuesta	Sin respuesta	1
<b>RESPUESTA MOTORA</b>	Obedece a órdenes verbales	Movimientos espontáneos Normales	6
	Localiza dolor	Retirada al tocar	5
	Estímulos dolorosos: Alejamiento	En respuesta al dolor	4
	Flexión anormal (rigidez decorticación)	Flexión anormal	3
	Extensión (rigidez de descerebración)	Extensión anormal	2
	Sin respuesta	Sin respuesta	1
<b>RESPUESTA VERBAL</b>	Orientado	Charla ó balbucea	5
	Desorientado	Llanto irritable	4
	Palabras inusuales	Gritos o llanto al dolor	3
	Sonidos incomprensibles	Se queja al dolor	2
	Sin respuesta	Sin respuesta	1
	<b>TOTAL</b>		



### Observaciones:

- De forma general es bastante insensible para pacientes intubados, sedados, afásicos o con traumatismo facial.
- Hay algunos factores que pueden afectar a cada uno de las categorías:
  - Apertura ocular: edema parpebral.
  - Respuesta motora: lesiones de la médula espinal, de nervio periférico o la inmovilización de los miembros por fracturas.

- Respuesta verbal: pérdida de audición, trastornos psiquiátricos, demencia o lesiones en boca y garganta (traqueotomía).
- Se considera que la respuesta motora es la que guarda mayor coherencia con el Glasgow





## ANEXO V

### FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

Una analgesia adecuada antes de fisioterapia permitirá a un mayor número de pacientes participar en el tratamiento.

Efecto deseado	Tratamiento
<b>Aumentar el volumen pulmonar</b>	Posición Ejercicios de expansión torácica Movilización controlada Programa de ejercicios activos Ayudas mecánicas (espirómetro incentivado)
<b>Eliminar secreciones respiratorias</b>	Hidratación/humidificación. Ejercicios de expansión torácica Movilización Técnicas manuales Ayudas mecánicas Aspiración
<b>Reducir el trabajo respiratorio y favorecer el descanso</b>	Posición Ejercicios de control de la respiración. Reeducción respiratoria. Ayudas mecánicas / ventilación asistida