



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

La Universidad Católica de Loja

**MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD
PARA EL DESARROLLO LOCAL**

**“Mejorar la calidad de atención de enfermería a pacientes
De la unidad de cuidados intensivos, del hospital docente
Omni- Hospital de Guayaquil .año 2012”**

Tesis de grado.

AUTORA: Sánchez Vera Ketty Azucena

DIRECTORA: Mogrovejo Vera Leonor Mercede Mg.

Centro Universitario Loja – Ecuador

2012

CERTIFICACIÓN

Licenciada

Leonor Mogrovejo Vera Mg.

Directora del trabajo de fin de carrera

CERTIFICA:

Que el presente trabajo, denominado “Mejorar la calidad de atención de enfermería a pacientes de la unidad de cuidados intensivos, del hospital Docente *Omni Hospital* de Guayaquil. Año 2012” realizado por el profesional en formación Lic. Ketty Azucena Sánchez Vera cumple con los requisitos establecidos en las normas generales para la Graduación en la universidad Técnica Particular de Loja, tanto en el aspecto de forma como de contenido. Por lo cual me permito autorizar su presentación por los fines pertinentes.

Loja, junio 2012

f _____

CESIÓN DE DERECHO

Yo Lic. Ketty Sánchez Vera declaro ser autor (a) del presente trabajo y eximo expresamente a la Universidad Técnica Particular de Loja y a su representante legal de posible reclamo o acción legal adicionalmente declaro conocer y aceptar la disposición del Art. 67 del estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte permite textualmente dice: “ Forman parte del patrimonio de la Universidad la propia intelectual de investigaciones, trabajo científico o técnico y tesis de grado que se realiza a través. O con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad “

f _____

Lic. Ketty Sánchez Vera

O911426492

AUTORÍA

Las ideas, conceptos, procedimiento y resultados vertidos en el presente trabajo de fin de carrera, son de exclusiva responsabilidad de sus autores.

Lic. Ketty A. Sánchez Vera

Mg. Leonor Mogrovejo Vera

DEDICATORIA

Esta meta lograda lo dedico con todo el amor y cariño a mis hijos: Katherine Azucena y Doustein Andrés y Esposo Dagoberto que con su cariño y ternura han sido el pilar fundamental para que este objetivo se haga realidad, para mejorar intelectual y profesionalmente por darme la oportunidad de brindarles un mejor bienestar .

Y a una persona tan especial como es mi linda Madre Priscila y difunto Padre, quien amo, la respeto y la quiero mucho, a mis hermanas Elogia y Edith y mi suegra Ofelia quienes supieron apoyarme con mis hijos

En los momentos más difíciles que he tenido que pasar para así lograr terminar mi meta propuesta.

Lic. Ketty A. Sánchez Vera

AGRADECIMIENTO

Que este agradecimiento sincero que sale de lo más grande de mi corazón llega hasta el cielo donde el **Dios todo poderoso**, con su infinita bondad ha permitido que se cumplan uno de mis sueños, hasta la meta que un día ante me propuse el seguir aprendiendo cada día más.

A **mi familia**, especialmente a mis hijos y esposo que con sus cariños y ternura han sabido comprender por el tiempo disminuido a ellos, y desde que los primeros años supieron entregarme de manera desinteresada su amor y su sabio consejo.

Lic. Msc, Leonor Mogrovejo, quien con su amplia visión y conocimiento apoyo este trabajo de acción.

Lic. Ketty A. Sánchez Vera

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	PÁGINAS
CARÁTULA.....	i
CERTIFICACIÓN DE TESIS.....	ii
CERTIFICACIÓN INSTITUCIONAL.....	iii
AUTORIA.....	iv
CESIÓN DE DERECHO.....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE.....	viii

APARTADOS

1.	RESUMEN.....	1
2.	ABSTRACT.....	2
3.	INTRODUCCIÓN.....	3
3.1	PROBLEMATIZACION.....	6
3.2	JUSTIFICACION.....	8
4.	OBJETIVOS.....	10
4.1.	OBJETIVO GENERAL.....	10
4.2.	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
4.3	CAPITULO I.....	11
5.	MARCO TEORICO.....	12
5.1.	MARCO INSTITUCIONAL.....	13
	CAPITULO II.....	20
6.	DISEÑO METODOLOGICO.....	26
6.1.	ANALISIS DE INVOLUCRADOS.....	27
6.2.	ARBOL DE PROBLEMAS.....	30
6.5.	ARBOL DE OBJETIVOS.....	31
6.4.	MATRIZ DEL MARCOLOGICO.....	32

6.5.	CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	33
	CAPITULO III.....	34
7.	RESULTADOS Y ANALISIS.....	35
8.	CONCLUSIONES.....	48
9.	RECOMENDACIONES.....	49
10.	BIBLIOGRAFÍA.....	50
	APENDICE.....	53

1. RESUMEN

El personal de enfermería enfrenta cada día a nuevos retos en su campo de acción más aun cuando no se cuenta con protocolos estandarizados de atención que permitan mejorar nuestras oportunas y adecuadas actuaciones para la pronta recuperación de los pacientes.

El estado de salud de los pacientes es el criterio más importante para determinar el acceso a la Unidad de Cuidados intensivos por sobre otras consideraciones como las económicas y legales.

La presente tesis contribuirá a optimizar el uso de la Unidad de Cuidados Intensivos, reducir los costos, evitar los reingresos y disminuir la tasa de mortalidad hospitalaria. El beneficio sustancial de los protocolos en toda Unidad de Cuidados Intensivos se constituye en instrumento que sirven para intervenir oportuna y eficazmente, y sobre todo evaluar la severidad y pronósticos de los pacientes críticos.

Todo esto me ha motivado a realizar la implementación de protocolos y guías de atención de enfermería para paciente críticos de UCI que permitirá disminuir los días estadas, así como implementar un sistema de entrega y recepción de turno.

Palabras clave: Paciente crítico, Guías y Protocolos.

2. ABSTRACT

Nurses face new challenges every day in their field of action even when there is no standardized care protocols to improve our timely and appropriate actions for the speedy recovery of patients.

The health status of patients is the most important criterion in determining access to the intensive care unit over other considerations such as economic and legal.

This thesis will help to optimize the use of intensive care unit, reduce costs, avoid readmissions and lower hospital mortality rate. The substantial benefit of protocols across Intensive Care Unit is an instrument used to intervene promptly and effectively, and especially to assess the severity and prognosis of critically ill patients.

All this has motivated me to make the implementation of protocols and guidelines for nursing care for critical patients will reduce ICU stays on and implement a system of delivery and reception of turn.

Keywords: critical patient, Guidelines and Protocols.

3. INTRODUCCIÓN

El concepto de agrupar a los pacientes de acuerdo a la severidad de la enfermedad que los aqueja existe desde hace por lo menos 100 años .Sin embargo esto no fue aceptado hasta el nacimiento de la primera unidad de quemados y los centros de trauma en la década de los cuarenta. La mayoría de los médicos especialistas opinan que los beneficios que otorgan las Unidades de Cuidados Intensivos deberían ser reservados para aquellos pacientes que poseen condiciones médicas reversibles. Es decir, que tienen una “perspectiva razonable de recuperación” desafortunadamente, hasta la fecha hay poco estudio que haya examinado los indicadores y el resultado de los cuidados en estas unidades, además es difícil clasificar a los pacientes adecuadamente al ingreso a esta área por su complejidad.

El Personal de enfermería enfrenta cada día nuevos retos en su campo de acción que aumentan progresivamente a medida que se incorporan sus intervenciones. Más aun cuando no se cuenta con protocolos estandarizados de atención que permita mejorar nuestras oportunas y adecuadas actuaciones para la pronta recuperación de estos pacientes.

El estado crítico de los pacientes es el más importante para determinar el acceso a esta unidad por sobre otras consideraciones como las económicas y legales, que si bien son de importancia, pero secundarias.

Una vez revisado los criterios de admisión y la historia clínica del paciente en la que ha sido dado el visto bueno para su ingreso del médico intensivista y de la interconsulta de los demás médicos especialistas; el personal de enfermería debe de preparar el ambiente donde se va a alojar el enfermo. Para esto la Unidad de Cuidados Intensivos deben tener elaborado protocolos de atención de enfermería, atención que debe ser brindada con calidad, eficiencia en beneficio del paciente y de la unidad.

Este proyecto contribuirá a optimizar el uso de la Unidad de Cuidados Intensivos, reducir los costos, evitar los reingresos y disminuir la tasa de mortalidad hospitalaria. El beneficio sustancial de los protocolos en toda unidad de cuidados intensivos y en nuestra unidad se constituirá en instrumento que permita intervenir oportuna y eficazmente. Evaluar la severidad y pronósticos de los pacientes críticos; de los cuales Sumados al juicio clínico representan la mejor manera de guiar aplicar y tomar decisiones inmediatas sin límites terapéuticos.

Todo esto me ha motivado a realizar la implementación de protocolos y guías de atención de enfermería a paciente críticos de UCI que permitirá disminuir los días estadas de los pacientes.

En los actuales momentos existe una gran demanda de pacientes con problemas de accidentes cerebro vascular, traumatismo cráneo encefálico que acuden al área de UCI buscando atención a las soluciones a los problemas que se presentan.

Contamos con recursos propios de paciente con seguros privados y convenio con el IESS, en lo que respecta a recurso humano es propio de la institución porque se está preparado para la ejecución, los materiales y equipos propios de la institución y personal, los limitante podría ser los recursos humanos.

Objetivo General Brindar una adecuada atención de enfermería a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital “Docente Omni Hospital de Guayaquil” para disminuir las complicaciones en los pacientes siendo el **Objetivos Específicos** Implementar, Protocolos de Atención de Enfermería para el manejo de los pacientes de UCI, Con la participación de las licenciadas en enfermería, Capacitar al personal de Enfermería con el apoyo del equipo de salud, para mejorar la calidad de atención a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos , Implementar un adecuado sistema de entrega y recepción del turno por parte del personal de enfermería que permita dar continuidad en la atención del cuidado de enfermería al paciente.

La tesis es factible ya que se contó con el apoyo de los jefes tanto Médicos como de Enfermeras de la Unidad de cuidados Intensivos así como de las autoridades del hospital.

4. PROBLEMATIZACION

El Omni Hospital es una entidad de salud privada su nivel de complejidad responde al tercer nivel con una capacidad de 130 camas, Tiene como política brindar cuidado de salud con calidad y calidez la misma que se la define como un sistema continuo de evaluación y mejoramiento de la atención.

En el área de Cuidados Intensivos del Hospital no se han implementado protocolos y cuidados estandarizados de atención de enfermería por parte del personal profesional debido principalmente al desinterés, desconocimiento, entre los más importantes ,actualmente los cuidados brindados por el personal profesional son de tipo rutinario basados en el conocimiento adquirido durante la formación y experiencia personal, pero no responden completamente a las expectativas de excelencia en la atención de enfermería.

El área de UCI cuenta con 26 camas con una incidencia de complicaciones de paciente con infecciones intrahospitalaria, es decir, que estando en el área el paciente se complica con otras patologías como es Neumonía asociadas al ventilador mecánico con un total de 5 paciente mensual , afecciones bronquiales con 4 paciente, úlceras por presión 8 pacientes , descompensación cardiovasculares 3 pacientes dependencia absoluta del personal de enfermería profesional y no profesional que en su totalidad no cumple con las tareas asignadas debido al exceso de trabajo, inadecuado sistema de entrega y recepción de turno por la impuntualidad del personal de enfermería e insuficiente dotación y mantenimiento de equipos médicos.

No se cuenta con un programa de educación continuo para el usuario interno (Lic en enfermería) y por ende no contar con personal capacitado, motivado para la atención de los pacientes neurológicos que demandan de cuidados especiales para prevenir complicaciones y disminuir las secuelas.

Desde una perspectiva institucional y sistémica debemos resolver los problemas de nuestros pacientes y sus familias, procurando la utilización óptima de los recursos del sistema en pro de los mejores resultados posibles para la salud y el bienestar de los pacientes.

Ofrecer un entorno centrado en la persona promoviendo la independencia y el autocuidado como elemento clave de la recuperación funcional y reincorporación a la comunidad, garantizando el máximo bienestar y minimizando el sufrimiento de pacientes y familiares, fomentando la toma de decisiones compartidas entre profesionales y pacientes y asegurando la continuidad de la atención.

La calidad de atención en las unidades cuidados intensivos es un proceso para alcanzar el más alto grado de excelencia es por esto que para lograrlo es necesario la existencia de un proceso de mejora continua en el que participen todos los profesionales para de esta manera tomar medidas apropiadas, evitando la duplicidad de funciones, la recarga de trabajo y la prolongación en la obtención de resultados.

El propósito de implementar los protocolos de atención de enfermería, y sistemas de trabajo multidisciplinario constituyen un instrumento de apoyo para la gestión administrativa de los servicios así como recibir y entregar el turno a la hora reglamentada, dando la información precisa, veraz y soportada en el plan de cuidado de enfermería y en la hoja de registros, aclarando las situaciones importantes para cada paciente y manteniendo programas de actualización periódicos.

Todo lo anterior contribuirá a brindar una adecuada atención de enfermería a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital “Docente Omni Hospital de Guayaquil” para disminuir las complicaciones en los pacientes

5. JUSTIFICACIÓN

En los actuales momento existe una gran demanda de los pacientes con problema de neumonía asociados al ventilador mecánico ,problemas neurológico que acuden al área de UCI buscando atención y la solución de las complicaciones que se presentan en el hogar por falta de conocimiento en la atención del paciente, por esta razón me he motivado a realizar este trabajo de acción con el fin de contribuir a la solución del mismo mediante la implementación de protocolos y cuidados estandarizados de enfermería en el área de UCI esperando de esta manera mejorar la calidad de atención que se brinda y disminuir los días de estadas en este tipo de enfermedad como son Diabetes Mellitus, Enfermedad Cerebro Vascular, Hipertensión Arterial, Cirrosis Hepática que son las más frecuentes por los que ingresan los pacientes.

El tema es importante para la actualización del personal de enfermería de área de UCI del hospital que permita dar una mejor calidad de atención al paciente crítico con los protocolos estandarizada de enfermería.

Los beneficiarios directo son los paciente que se encuentran ingresados en UCI, los familiares, e indirectamente la institución que presta el servicio.

El fin de trabajo es de contribuir a la disminución de las complicaciones y la mortalidad de los pacientes, garantizando una efectiva y adecuada atención de enfermería.

5. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Brindar una adecuada atención de enfermería mediante la aplicación de Guías y Protocolos a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital “Docente Omni Hospital de Guayaquil” para disminuir las complicaciones en los pacientes.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Implementar, Protocolos de Atención de Enfermería para el manejo de los pacientes de UCI, Con la participación de las licenciadas en enfermería.
2. Capacitar al personal de Enfermería con el apoyo del equipo de salud, para mejorar la calidad de atención a los pacientes ingresados en la Unidad de Cuidados Intensivos.
3. Implementar un adecuado sistema de entrega y recepción del turno por parte del personal de enfermería que permita dar continuidad en la atención del cuidado de enfermería al paciente.

CAPITULO I

6. MARCO TEÓRICO

5.1. MARCO INSTITUCIONAL

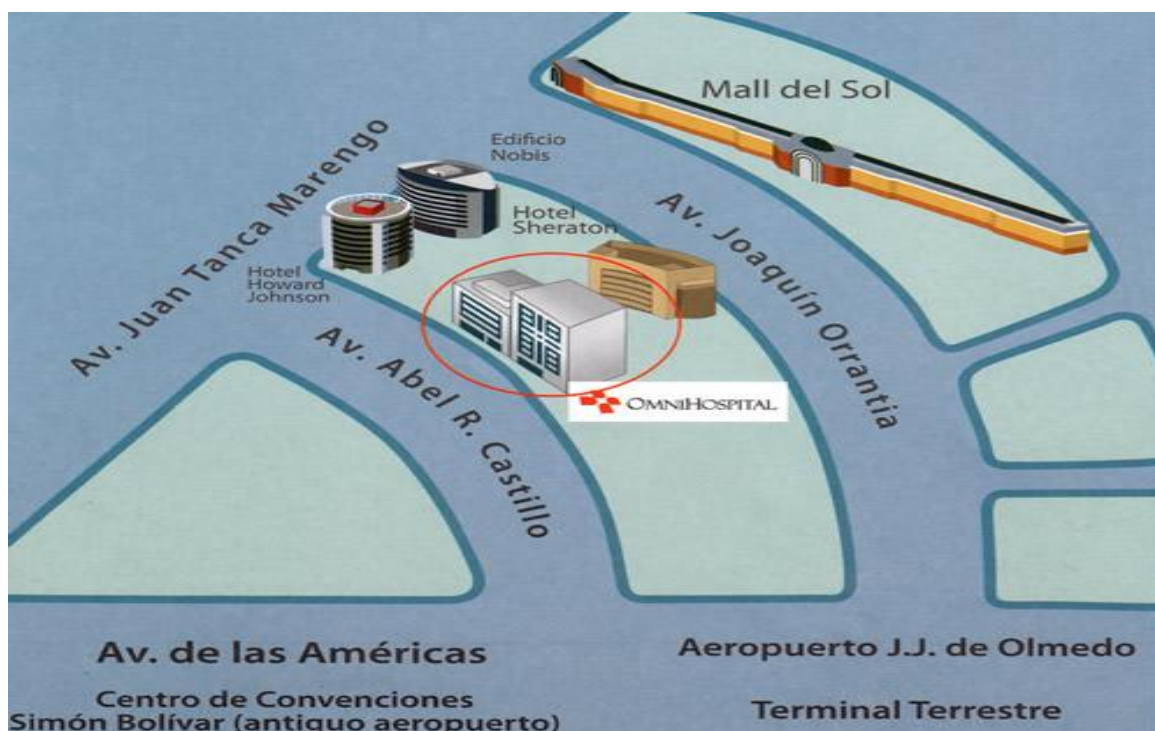


5.1.1. ASPECTO GEOGRAFICO DEL LUGAR

El proyecto se realizará en Hospital Docente Omni Hospital de la ciudad de Guayaquil, en el área de Cuidados Intensivos.

El Hospital está ubicado en la parroquia Tarqui al norte de la ciudad de Guayaquil en la provincia del Guayas, cantón Guayaquil siendo sus límites: **Norte:** Av. Abel R. Castillo, **Sur:** Av. Joaquín Orrantia, **Este:** Av. de las América y al **Oeste:** Av. Juan Tanca Marengo

Mapa institucional (Anexos)



Cuenta con todos los servicios básicos, con libre acceso a la misma y está ubicada al norte de la Ciudad de Guayaquil.

5.1.2. Dinámica Poblacional.

El tipo de cultura tanto de usuario interno como el externo que acude al hospital es variada, posee diferentes creencias e ideologías; ya que viene de varias partes de la ciudad y de diferentes provincias.

La prevalencia de enfermedades es en su mayoría degenerativas debido al sistema que vivimos, el estilo de vida, enfermedades como los accidentes cerebro vascular, politraumatismo. La mortalidad de estas enfermedades es de 70% según datos estadísticos del año 2009 ¹ fueron atendidos un total de 1500 clientes externos, intervenciones quirúrgicas de urgencia 500, las diez primeras causas de mortalidad hospitalarias la diabetes Mellitus, enfermedad cerebral.

¹Estadística del Hospital Omni de la Ciudad de Guayaquil 2009

5.1.3. La misión del servicio UCI.

“El servicio de UCI brinda servicio Médico y de Enfermería a los usuarios las 24 horas del día en sus especialidades de Medicina Critica dando atención con calidad y calidez y solidaridad.

Realizando diagnostico, tratamiento, recuperación y rehabilitación reintegrando al usuarios a la sociedad para esto cuenta con especialidades y especialista de alto nivel, con tecnología propia de la época y con cuidados de acuerdo a sus patologías”

5.1.4. La visión de UCI

“Para el año 2015 el área de UCI contará con los recursos necesarios con un área amplia y una comunicación continua con los usuarios externos proporcionando información que necesita para el contacto que debe tener, un área bien acondicionada con camas necesarias con un buen sistema de protocolo para cada patología con educación continua a los usuarios externos.

Con una distribución adecuada del área física contando con toma de oxígeno y de succión empotrada, un espacio físico para los procedimientos especiales de los cliente como equipo de alta tecnologías materiales e insumos suficientes y de buena calidad acorde con las necesidades del paciente”

5.1.5. Política de la UCI.

1.- Servicio de UCI del Hospital Docente Omni Hospital, brinda atención médica en ambiente pre hospitalario a toda persona adulta que presenten trauma cráneo encefálico, dificultad respiratoria, enfermedad cardiovascular, accidentes y otras enfermedades.

2.-El servicio de UCI está preparado y equipado para recibir pacientes de diferentes patologías para dar tratamiento especializado.

3.-Dispone de atención medica las 24 horas del día con Médicos Residentes y Médicos Especialistas al llamado en caso necesario.

5.1.6. Organización Administrativa.

El talento humano que labora en el UCI se encuentra conformado por:

- 1 Médico Jefe de UCI Especializado (Medico Intensivista)
- 9 Médicos Residentes
- 1 Licenciada Coordinadora de UCI
- 20 Licenciada Miembros de equipos
- 20 Auxiliares de Enfermería
- 3 Terapistas Respiratoria
- 1 Digitador de sistema
- 1 Auxiliares de servicios varios

5.1.7. Servicio que presta la institución.

El Hospital se construyó en un terreno de 16 X 20 m² su estructura física de hormigón de 5 pisos. En la planta baja se ubica Emergencia, área administrativa, departamento de imágenes, bodega, farmacia, cocina. En el primer piso neonatología, quirófano, esterilización En el segundo piso UCI, quirófano. En el tercer piso y cuarto Hospitalización, laboratorio clínico En quinto piso Dirección Técnica, Auditorio

5.1.8. Datos estadísticos de cobertura (estado de salud- enfermedad de la población).

Los traumatismos craneo encefálico con un 16.6% predominan dentro de las causa de enfermedad en el área de Cuidados Intensivos, seguido del Infarto Agudo de Miocardio con 9.2% y la diabetes Mellitus con 8%

CUADRO I

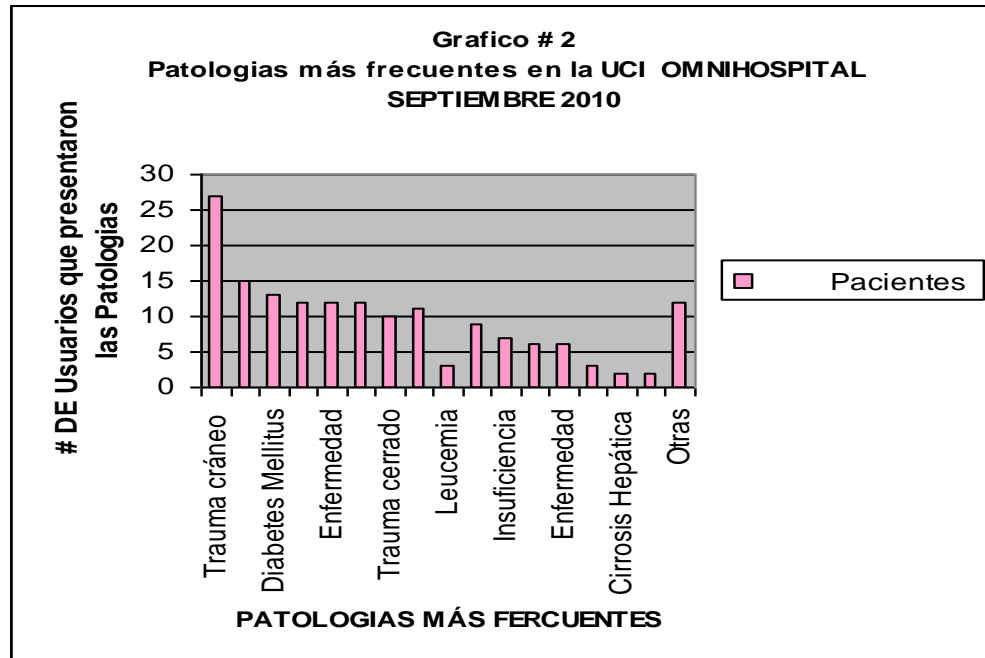
Enfermedades Frecuentes en el área de Cuidados Intensivos Hospital Docente Omni Hospital de la Ciudad de Guayaquil

CAUSA	NUMERO	%
Traumatismo Cráneo Encefálico	27	16.6
Infarto Agudo de Miocardio	15	9.2
Diabetes Mellitus	13	8
Hipertensión Arterial	12	7.4
Enfermedad Cerebro Vascular	12	7.4
Herida por arma de Fuego	12	7.4
Trauma Cerrado de Abdomen	10	6.5
Colédoco Litiasis mas colecistitis	11	6.7
Leucemia Mielodea Aguda	3	1.8
EPOC	9	5.5
Insuficiencia Renal Crónica	7	4.3
Abdomen Obstruido	6	3.7
Enfermedad Bronconeumonía	6	3.7
Enfermedad Diverticular del Colon	3	1.8
Cirrosis Hepática	2	1.2
Enfermedad de Linfoma de Hodking	2	1.2
Otras Enfermedades	12	7.4
Total	162	100

Fuente: Departamento de Estadística del Hospital Docente OmniHospital
Elaborado: Maestrante

GRAFICO N. 1

10 Patologías más frecuentes en UCI



Fuentes: Departamento de estadística e informática del Omni Hospital

Elaborado por: Maestrante

De un total de 162 paciente que ingresaron en el año 2010 en la Unidad de Cuidados Intensivos se determinaron que las enfermedades más frecuente son transferidos en su mayoría desde el servicio de emergencia; correspondiente el 16.6% a trauma craneoencefálico así como el 9.2% a Infarto agudo de Miocardio.

Esta son dos patologías de etiologías diferentes. Mientras el trauma craneoencefálico se debe a politraumatismo por accidentes de tránsito y por arma de fuego. Es decir que nuestros pacientes por el estilo de vida están expuestos a esta causa.

Como segunda causa de ingreso, se menciona al infarto agudo de miocardio por presentarse en nuestros usuarios dolor torácico que si no se toma decisiones terapéuticas pueden ocasional la muerte. La mayoría se refleja en pacientes añosos.

5.1. CARACTERISTICAS GEO-FISICA DE LA INSTITUCION.

El Hospital Docente Omni Hospital, cuenta con todos los servicios básicos, con libre acceso a la misma y está ubicado al norte de la ciudad de Guayaquil.

La Unidad de Cuidados Intensivos se encuentra ubicada en el segundo piso con una excelente disponibilidad de área por cama es decir cumple las normas Internacionales que se asignan al espacio que debe de tener cada Unidad de Terapia Intensiva cuenta con 24 camas , 1 residencia para Médicos 1 estación de enfermería ,1 bodega , y 1 sala de utilería sucia .

5.2. MARCO CONCEPTUAL

Unidad de Cuidados Intensivos.

Una Unidad de Cuidados Intensivos es un servicio creado para la vigilancia continua y el tratamiento inmediato de pacientes gravemente enfermos, cuyas funciones hemodinámicas están tan alteradas que pone peligro a la vida. La UCI es una parte obligada de cualquier Hospital en la actualidad, de tal manera que se asegure una vigilancia mejor y resultados más eficaces en el tratamiento, en su proceso de atención integral de enfermería a pacientes con alteraciones y complicaciones en sus funciones vitales.

La estructuración de la Unidad de Cuidados Intensivos debe tenerse en consideraciones: el área física dentro del Hospital los recursos materiales con que cuenta la institución y los talentos humanos.

Implementación y Funcionamiento en UCI

Criterios de localización y de organización

La localización de la UCI dentro del hospital, debe ser un área protegida del flujo de circulación habitual de los pacientes, visitas y personal de los demás servicios. Debido a que el paciente se encuentra en estado de salud crítico y depende de los equipos de apoyo a los que se encuentra conectado, hay que tener en cuenta la vulnerabilidad, tanto de sistemas de soporte, como de los recintos. Debe contar con vías de evacuación expedita y segura.

La UCI debe estar próxima entre ellas debido a su vinculación funcional y administrativa, con el fin de optimizar el uso de los recursos administrativos (personal y espacios). Y compartir algunas dependencias administrativas. Como sala de reuniones clínicas, secretaría, etc. o concentrar dependencias de servicio Como la sala de espera.

Sobre la unidad deben ubicarse pisos mecánicos, donde se instalen y distribuyan las instalaciones especiales que ella requiera. Se debe evitar cruces de instalaciones de evacuación de aguas servidas, directamente sobre entre cielos o losas de recintos Clínico de esta unidad.

Talento Humano de Enfermería en Cuidados Intensivos

La enfermera es una profesión que nace con el hombre, es la ciencia más moderna. Por este motivo los maestrantes de gerencia de salud debemos satisfacer todas las demandas de la salud de los individuos, cubrir todas las necesidades a lo largo de su vida y considerar al hombre y a la mujer como seres holísticos y complejos. Por este motivo los cuidados de enfermería deben ser el eje de nuestra atención, pero ellos deberán de ser prestados a través de una metodología científica y sistematizada, como los Protocolos de Enfermería a pacientes críticos.

Utilizar cada día más los planes de cuidados individuales y ayudar a cada persona de manera diferente, porque no somos iguales y cada uno tiene sus necesidades de atención. Los profesionales de enfermería deben de estar ante todo con el enfermo ayudarlo en la batalla contra la enfermedad y con el sano para promocionar su salud.

Personal de enfermería considerado como conjunto de actividades profesionales con un cuerpo de conocimiento científico propio, desarrollado dentro de un marco conceptual destinado a promover la adquisición, mantenimiento o restauración de un estado de salud óptimo que permita la satisfacción de las necesidades básicas del individuo o de la sociedad. La unidad de cuidados intensivo por su complejidad, el control y manejos de los pacientes ingrementados a ella, requiere de una cobertura de atención de 24 hora por personal de enfermería; el cual será responsable del cuidado y vigilancia permanente los enfermero.

En otra unidad de cuidados intensivos la parte más importante es el personal especialmente de enfermería. Para seleccionar al personal que laborara en la unidad de cuidados intensivos se debe de tener encuesta características esenciales como: místicas, interés, mente clara, disciplina, obediencia, responsabilidad personal, colaboración, y utilizar el proceso de enfermería en la resolución de problema.

La responsabilidad en la selección y designación del personal de enfermería en la unidad de cuidados intensivos es compartida entre la coordinadora del departamento, el médico intensivista coordinador y el personal técnico en forma conjunta con la coordinadora del área y la supervisora respectiva si la hubiera. La relación enfermera-paciente en la unidad de cuidados intensivos debe ser de una enfermera para dos pacientes, pero si éste necesita respiración asistida la relación es de una enfermera por paciente. En lo que se refiere al personal auxiliar de enfermería será de 1-2 auxiliares de enfermería por turno en un área con capacidad para 6-7 pacientes.

Según asesoría de la OMS y la OPS la relación enfermera, auxiliar de enfermería en la Unidad de Cuidados Intensivos es del 60% de enfermeras y el 40% de auxiliares de enfermería, pero el ministerio de salud ha considerado el 30% de enfermeras y el 70% de auxiliar de enfermería. Nosotros consideramos que la Unidad de Cuidados Intensivos es un área especializada, el aval para las personas profesionales para garantizar los objetivos de la unidad de cuidados intensivos debe ser una enfermera cada dos pacientes y una auxiliar cada tres pacientes ya que los turnos de trabajo del personal de enfermería son relativos, variante, anti estrés, habiendo también un turno fijo en la noche.

La actuación inicial ante el paciente que ingresan a la unidad de cuidados intensivos debe ser inmediata, dado que el tiempo es un factor esencial de nuestra actuación, nuestra actividad debe ser rápida, sistemática y ante todo precisa. Por ello es funcional que, lejos de la angustia que suele rodear la actuación en el escenario de un accidente, un infarto, un shock hipovolemico etc., seamos capaces de sistematizar nuestros criterios de actuación, de manera que sepamos identificar problemas concretos y actuar en forma adecuada, con el criterio general, de no provocar problema de lo que ya existe, el trabajo de cuidados intensivos debe ser en equipo con un mismo objetivo las actividades deben estar centradas en función y alrededor del paciente, de acuerdo a las necesidades. Los cuidados de calidad, para actuación de Normas de Protocolos o de actuación proceso de cuidado para personal de enfermería.

PROTOSCOLOS

Para esto debemos tomar encuentra al desarrollo de **PROTOSCOLOS** como plan de trabajo al ser guía de atención , escrita, organizada individualizada de acuerdo a la patología o más frecuente de mi servicio, que se se aplicara en el proceso de atención de enfermería para un grupo de paciente con problema de acuerdo a la patología comunes.

Actualmente los protocolos se vienen promoviendo desde la perspectiva de una política de salud, asumida por grandes organizaciones en lo que respecta “buena práctica de la enfermería” en un contacto de escasas de recurso.

PACIENTE CRITICO

Se define por la existencia de una alteración en la función de varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una alternativa posible.

Mientras que apoyo vital es toda técnica que aplicada al organismo puede sustituir la función fisiológica de un órgano, cuando su afectación ponga en peligro la vida. Cada técnica de apoyo vital puede ser, o no aplicada en cada paciente. Ej. De técnica de apoyo: vital: la ventilación mecánica y el sostén termodinámico.

Los pacientes que ingresan a esta unidad son transferidos de emergencia como también de cirugía y consulta externa y hospitalización todos ellas con patologías polivalentes. Donde ingresan paciente pacientes menores de 25 años con traumatismo craneoencefálico, accidente cerebro vascular, diabetes Mellitus.

ESQUEMA DE LOS ASPECTO MÁS SOBRESALIENTE DEL MARCO GTEORICO ANTECEDENTES HISTÓRICO.

A lo largo del siglo xx, el juicio clínico enfermero ha evolucionado Asia un componente visible de la práctica y un concepto esencial en la educación. Las enfermeras siempre han recogido información atreves del proceso de valoración y han utilizado esta información para realizar juicio de las necesidades del cuidado del cliente (paciente. Hace aproximadamente 3 décadas que comenzó a denominarse este proceso **DIAGNOSTICO ENFERMERA**. La identificación de un lenguaje diagnostico permitió etiquetado de los juicio clínicos y el reconocimientos de los problemas de salud que eran tratados por el profesional de enfermería.

La implementación del diagnostico enfermero en la práctica requerida que el profesional de enfermería afinara sus técnicas en el juicio diagnostico y asumir las responsabilidad de sus diagnostico enfermero a estos se les llamaría **METODO CIENTIFICO DE ENFERMERIA MARJORY GORDON** el termino **diagnostico de enfermero** tiene una historia relativamente corta como toda practica actual se remonta al origen de la enfermería moderna con **Forence Nightingale** en el cual diagnosticaron déficit nutricional y otros problemas de salud que presentaban las víctimas de la guerra Crimea . Sobre las base de estos diagnostico enfermero se llevaron a cabo muchas intervenciones para mejorar el sistema de cuidado en los hospitales militares en esa época.

LA EVOLUCION DEL DIAGNOSTICO ENFERMERO, del siglo xx es el método científico de resolución de problemas, se aplica enfermería lo cual conduce un proceso enfermero. Este proceso incluía la identificación de problemas enfermero (terapéuticos y la decisión de un curso de acción, marcando un papel de la enfermera. La intervención de la enfermera se añade a la intervención prescita por el médico que anteriormente había sido la esencia de la practica el objetivo es utilizar los diagnostico enfermero a los cliente como productores de las necesidades de plantilla en ámbitos de cuidado de larga duración y como enfoque de las intervenciones de enfermería utilizables para cuidados intensivos.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD ESTRUCTURA PARA LA VALORACION

La Valoración de los Patrones funcionales de salud se obtiene a través de la historia clínica de enfermería y el examen clínico.

Los patrones funcionales de salud deben ser utilizados en varias formas:

- Como un formato para organizar los datos de valoración y como su estructura correspondiente para agrupar los diagnósticos enfermeros.
- Como un sistema para organizar el conocimiento clínico. Los cursos o los currículos que han utilizado estos patrones lo han organizado en varios programas educativos.
- Como un sistema para organizar la literatura clínica. Informe en la clasificación de las comunicaciones de conferencias y revisión de las literaturas.
- Como tema como tema para la investigación clínica sobre patrones de salud

TIPOLOGIA

Los patrones de salud pueden ser funcionales, disfuncionales o potencialmente disfuncionales. Cuando los **patrones de salud son funcionales** significa salud y bienestar, proporcionan una base para el desarrollo continuado de las potencialidades humanas, y son valores al reconocer y movilizar aprecian los problemas de salud.

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

- 1. Patron percepción de salud- Manejo de Salud.-** describe el patrón de salud y bienestar percibido por el paciente y como maneja su salud.
- 2. Patron nutricional metabólico.-** describe el patrón de consumo de alimento y líquido del cliente relativo a las necesidades metabólicas y aportes complementarios de nutrientes.
- 3. Patron eliminación.-** describe los patrones de defunción excretora del intestino, vejiga y piel
- 4. Patron actividad ejercicio.-** describe los patrones de ejercicios, actividad y recreo
- 5. Patron sueño descanso.-** describe los patrones de sueño descanso y relax.
- 6. Patron cognitivo perceptual.-** describe los patrones sensorios perceptual y cognitivos.

7. **Patron auto percepción auto concepto.**- describe el patrón de auto concepto del cliente (paciente) y las percepciones de si mismo como auto concepto – valida, imagen corporal estado emocional
8. **Patron rol relaciones.**-describe el patrón del cliente de los papeles de compromiso y relaciones
9. **Patron sexual.- reproducción.**- describe los patrones del paciente de satisfacción insatisfacción con el patrón de sexualidad, describe el patrón de reproducción.
- 10.**Patron adaptación tolerancia al estrés.**- describe el patrón general de adaptación del paciente y la efectividad del patrón en termino de tolerancia al estrés
- 11.**Patron valores- creencias.**- describe los patrones de valores, creencias incluidas las espirituales y objetivos que guían la selecciones del paciente.
- 12.**Patron otros.**- describe el patrón como está integrado la familia por medio de un esquema.3.

NANDA (NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION)

La NANDA se creó en el año 1973 cuando un grupo de profesionales de enfermería se reunieron en st. Lois.

NIC CLASIFICACION DE INTERVENCIONES DE ENFERMERIA.

Investigación para desarrollar un vocabulario y una clasificación de intervenciones de enfermería comenzó en 1987 con la formación de un equipo de investigación conducido por Joanne McCloskey y gloria buleckeck, el equipo desarrollo la clasificación de las intervenciones de enfermería nic, es una clasifacion glovar y estandarizada de las intervenciones que realizan las enfermeras, las intervenciones constan de una etiqueta.

- Una etiqueta
- Una definición
- Un conjunto de actividades que indican las acciones
- El pensamiento que lleva a la intervención

NOC (CLASIFICACION DE LOS RESULTADOS DE ENFERMERIA)

Sirven como criterios para juzgar el éxito de una intervención.

Describen el estado. Conducta repuestas y sentimiento de un paciente derivados de los cuidados proporcionados de un profesional. Es conocido que numerosa variable junto con la intervención, influyen en los resultados del paciente. Estas variables van desde el proceso utilizado en el suministro, incluyendo las acciones de otras profesionales de hasta variable de organización y ambientales que influyen en la selección y el suministro de intervenciones según las características del paciente, su estado físico, emocional en las circunstancia vitales experimentales. El NOC incluye resultados individuales, familiares, cada resultado NOC tiene:

- Una etiqueta
- Una definición
- Una lista de indicadores para evaluar el estado del paciente en relación con el resultado, una **ESCALA LIKERT** 5 puntos para medir el estado del cliente
- Una breve lista de referencia utilizada en el desarrollo del resultado.

Las escalas permiten medir el estado de resultado en cada punto de un continuo, desde el más negativo a la más positiva, así como la identificación de cambio en el estado de cliente indiferentes puntos.

La clasificación original publicada por primera vez en 1997 contiene 190 resultados, y en la segunda edición en el año 2000 incluyendo 260 resultados agrupados en 29 clases y 7 campos para facilitar su uso.

- Estos 7 campos son Salud funcional (1)
- Salud fisiológica
- Salud psicosocial
- Conocimiento y conducta en salud
- Salud percibida
- Salud familiar
- Salud comunitaria

PATRONES DIFUNCIONALES DE SALUD

Los patrones disfuncional o potencialmente disfuncionales no responden a las normas esperadas y se definen como problema de salud. Un patrón disfuncional genera un interés terapéutico en la enfermera, el paciente, la familia, los amigos o la comunidad. En otras palabras, la situación se contempla como un problema que requiere medidas terapéuticas las categorías diagnosticas están siendo desarrolladas actualmente con el propósito de describir estos problemas de salud. Para aclar los términos de uso corrientes, se debe tener encuentra que las categorías diagnostica describen dos tipos de problemas de salud.

1. Problemas de salud reales, que describen patrones disfuncionales de salud
2. alto riesgo de problema de salud, que describen el alto riesgo de un patrón disfuncional.

IDENTIFICACION DE LOS PATRONES DE SALUD

Es importante la distinción entre los tipos de patrones de salud en la práctica enfermera, porque cada tipo de problema de salud requiere una forma diferente de enfermera.

La intervención de los patrones disfuncionales que describen salud, bienestar o nivel óptimo de funcionamiento se proponen animar al paciente que continúen con su estilo de vida.

PROCESO DE ENFERMERIA (P.A.E.)

Definición.- El PAE es un método en el cual se aplica un método teórico a la práctica real de enfermería, es una serie de pasos pauta o acciones que cumplen objetivo con enfoque de resolución de problema y que requiere de capacidades cognitivas, conativas y afectivas mas juicio racional y critico.

ELEMENTO DEL PAE

- A). Necesidades individuales del paciente: atención individualizada
- B) Calidad de vida del paciente. Recurso y entorno
- C) Necesidades psico-sociales: familia y sociedad

CARACTERISTICA DEL P.A.E.

- Tiene validez universal
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales
- Esta centrado en el paciente marcado una relación directa entre este y el profesional
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara
- Consta de cinco etapas cíclicas.

IMPORTANCIA DEL PAE

Es el instrumento o mecanismo que permite al profesional de enfermería utilizar su conocimiento, habilidad y opiniones para diagnosticar y tratar los problemas reales o potenciales y evaluar la calidad de los cuidados de enfermería que brinda.

PROPIEDADES O CARACTERISTICA DEL PAE

ES RESULTADO.- Va dirigido a un objetivo. La enfermera profesional proporcionara cuidados de calidad centrados en el paciente.

SISTEMATICO.- este método fomenta la calidad de enfermería ya que implica la calidad de un enfoque organizado para lograr su propósito.

DINAMICO.- Implica cambios continuo centrado en las repuestas cambiante en el cliente

INTERACTIVO.- Se basa en las relaciones reciproca que ocurre entre la enfermera profesional y el cliente, la familia y otros profesionales de la salud.

FLEXIBLE.- se puede adaptar a la práctica de enfermería en cualquier situación del cliente. Se puede usar sus fases de forma sucesiva y concurrente.

BASE TEORICO.- El proceso sea ideado a partir de una amplia base de conocimiento, incluyendo la ciencia y las humanidades, pudiéndose aplicarse a cualquiera de los modelos teórico de la enfermería

VALORACION.- Es el primer pasó del PAE y parte de las demás fases. En la recogida de dato o información que refleja el estado de salud del cliente, de termina características, necesidades y o problemas. En este paso no se hacen juicios o conclusiones

- Inspección general del cliente
- Valoración de signos vitales y niveles de conciencia
- Entrevista mas interrogatorio
- Exploración física que se la realiza de forma secuencial sefalo caudal
- Revisión de historia clínica mas examen laboratorio y otros medios de diagnósticos empleados.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es el juicio racional, crítico y clínico siobre la repuesta de un individuo, familia o comunidad frente a procesos vitales, problemas de salud o potenciales. Los diagnostico enfermero proporcionan la base para la selección de las intervenciones de enfermería destinadas a lograr los objetivos que la enfermera es responsable.

El diagnostico de enfermería consta de los siguientes componentes que son:

- Etiqueta Diagnostica.- Proporciona un nombre al diagnostico
- Definición .- Proporciona una descripción clara y precisa
- Factores Relacionado.-Muestra algún tipo de relación con el diagnostico enfermero puede describir como antecedente, asociados, relacionado
- Características Definitorias.- Clave observable, inferencias que se agrupan en un diagnostico real o de salud
- Factores de riesgo.-Factores ambientales y elementos fisiológicos , genético, químicos que incrementan la vulnerabilidad de un individuo, familia y comunidad ante un evento no saludable

PLANIFICACION-ORGANIZACIÓN

Es el proceso de diseño estrategias o intervenciones de enfermería con el objetivo de mantener la salud, prevenir complicaciones, reducir o eliminar los problema de salud del cliente identificado durante el diagnostico de enfermería.

El Plan de cuidado de enfermería es un método de la información importante del cliente, establece la comunicación de la atención y por consiguiente permite.

- Resumir la información
- Comunicación concreta, efectiva y pertinente
- Cuidados individualizado
- Continuidad asistencial
- Mecanismo para evaluar los cuidados proporcionados

EJECUCION

Es la realización puesta en práctica o en marcha del plan de cuidado de enfermería. El objetivo de la ejecución es conseguir el logro de los resultados esperados, utilizando las capacidades cognitivas, conativas y afectivas mas el desarrollo de estrategias necesarias.

FASE DE EJECUCION

PREPARACION.- Incluye la revisión de las acciones de enfermería anticipada, el análisis de conocimiento y habilidades necesarias de enfermería y el reconocimiento de complicaciones, la determinación y el suministro de recursos necesarios como el tiempo, personalidad y el equipo

INTERVENCION.- Son todas las acciones independientes e interdependiente de profesionales de enfermería, actividades diseñadas para cubrir las necesidades biológicas, físicas, emocionales y espirituales del cliente

DOCUMENTACION.- Son los distintos tipos de formularios, formatos, hoja de gráficos que se usan para llevar una exacta, continúa y completa anotación ocurrida en la ejecución del plan

EVALUACION.- Se la base final del PAE, es un proceso continuo y sistemático utilizado para utilizar cada componente del proceso de enfermería y para evaluar la calidad de los cuidados de enfermería, aquí se incluye la evaluación del plan de atención porque permite comparar el estado de salud del cliente

NECESIDADES DE MASLOW PARA PACIENTES CRÍTICO

- Necesidad en la admisión del paciente , traslado y alta
- Necesidad de higiene y confort
- Necesidad de nutrición
- Necesidad de oxigenación
- Necesidad de eliminación
- Necesidad de actividad ejercicio
- Necesidad de movilización
- Necesidad de seguridad
- Necesidad de comunicación
- Necesidad del control del dolor
- Necesidad de preparación y administración de medicamento

QUE ES PROTOCOLO

Es una guía de atención individualizada para un grupo de pacientes con problema predecibles dirigidos al diagnóstico médico y de enfermería, incluyendo los problemas potenciales y los problemas.

Es una guía de atención escrita, normas estandarizadas para el proceso de atención de enfermería que presentan problemas reales frecuentes y probables de acuerdo a la patología común o más frecuente del servicio.

Actualmente los **Protocolos** se vienen promoviendo desde la perspectiva de una política de salud, asumida por grandes organizaciones en lo que respecta la buena práctica de la enfermera en el contexto de escasez de recursos.

Atributos de un protocolo

1. Validez
2. Confiabilidad
3. Aplicabilidad clínica- uso práctico
4. Flexibilidad clínica
5. Claridad
6. Revisión programada
7. Documentación

Importancia de los protocolos:

1. Garantizar la claridad de atención y de los servicios ligados a la satisfacción del cliente
2. Garantizar la eficiencia de los recursos asignados a la producción compra del servicio
3. Sirve de protección legal en casos específicos
4. Reduce costo de la atención de salud
5. Facilita la comunicación entre el equipo de salud

CAPITULO II

DISEÑO METODOLOGICO

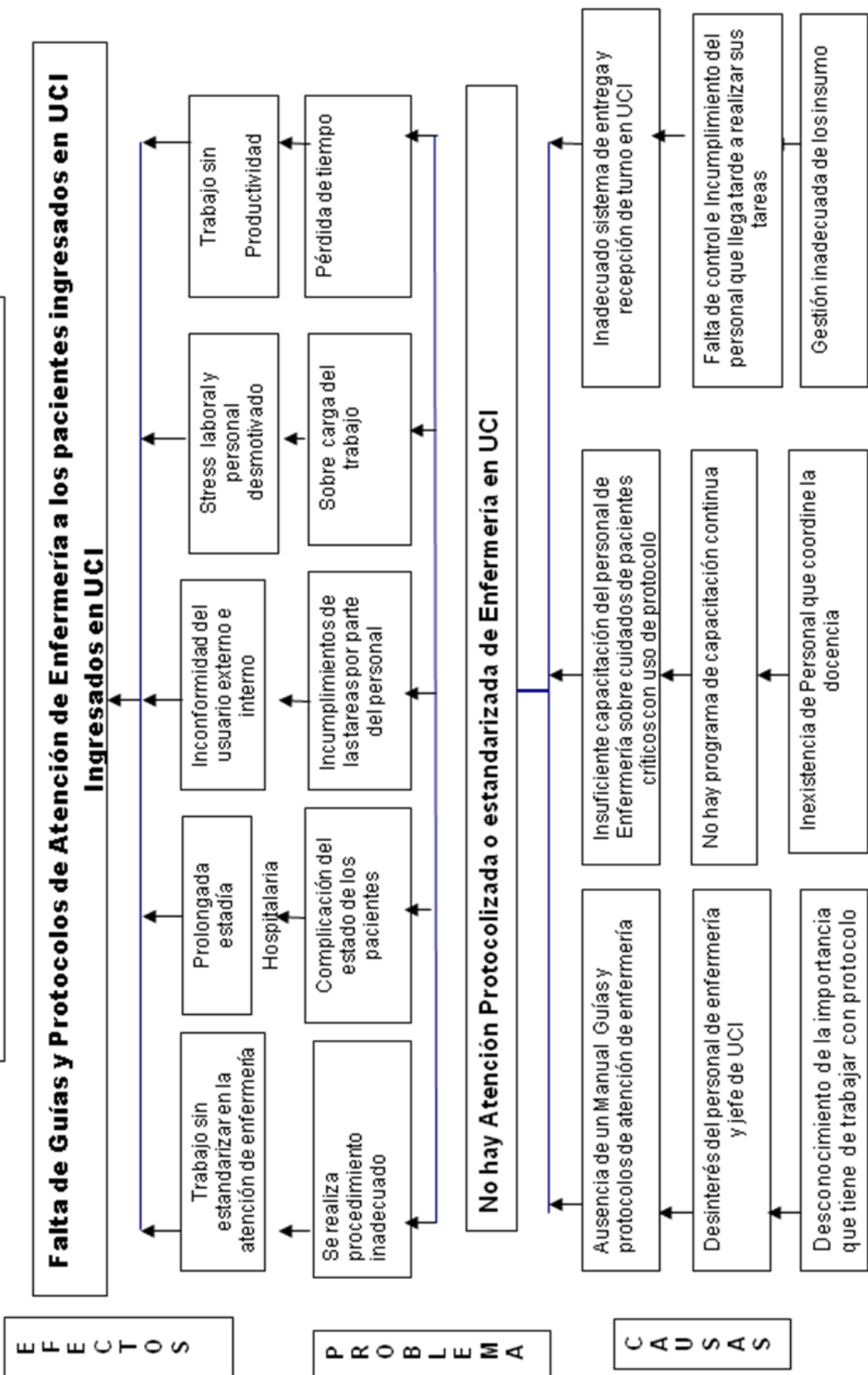
6.1 MATRIZ DE INVOLUCRADOS

GRUPOS y/0 INTITUCION	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	PROBLEMAS PERCIBIDOS
<p style="text-align: center;">Director Técnico del OmniHospital</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Buena Imagen corporativa. - Normar la atención hospitalaria. - Reglamentar el ingreso de personal médico a la institución. - Gestionar convenios para post grados y especialización del personal. 	<p>Recursos Humanos Materiales y equipo Mandato</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Alto índice de pacientes con complicacione. - Falta de protocolos de atención médica y de Enfermería. - Ausencia de programas de capacitación del usuario interno y externo.
<p style="text-align: center;">Jefe del área de UCI</p>	<p>Costo-beneficio para el usuario y para la institución</p> <p>Gestionar los convenios con instituciones para el incremento de ganancias.</p> <p>Optimizar todos los recursos existentes.</p> <p>Gestionar el Marketing institucional a través de la prensa y las redes sociales.</p>	<p>Humano Material Económico</p>	<p>Retraso en los pagos de las aseguradoras.</p> <p>Falta de personal profesional.</p> <p>Empresas que suministran el mantenimiento retrasan su atención.</p>

<p>Coordinadora de Gestión de Enfermería</p>	<p>Dotación adecuada de los recursos de enfermería. Coordinar capacitación continua del personal de enfermería. Gestionar la optimización adecuada de materiales e insumos. Monitorear la satisfacción del usuario Selección, supervisión y evaluación del personal de enfermería</p>	<p>Presupuesto de la institución para el pago del personal de enfermería. Costo _Beneficio de los equipos y materiales de calidad garantizada</p>	<p>-Ausentismo del personal por diferentes causas (Enfermedad, calamidad domestica, vacaciones)</p>
<p>Usuarios internos del Servicio de UCI</p>	<p>Obtener conocimiento sobre la guía y protocolo de atención de enfermería. -Satisfacción de la atención del paciente. -Protocolización de atención de enfermería.</p>	<p>Humano Material Económico</p>	<p>-Ausencia de atención de enfermería sin protocolos. -Valoración de satisfacción del usuario.</p>
<p>Personal de Enfermería</p>	<p>-Obtener conocimiento sobre guías y protocolos de atención de Enfermería. -Protocolización de atención de enfermería -satisfacción de la atención del paciente</p>	<p>Humano Material Económico</p>	<p>-Ausencia de atención de enfermería sin protocolos. -Valoración de satisfacción del usuario. -Ausencia de atención en el servicio de otros profesionales.</p>

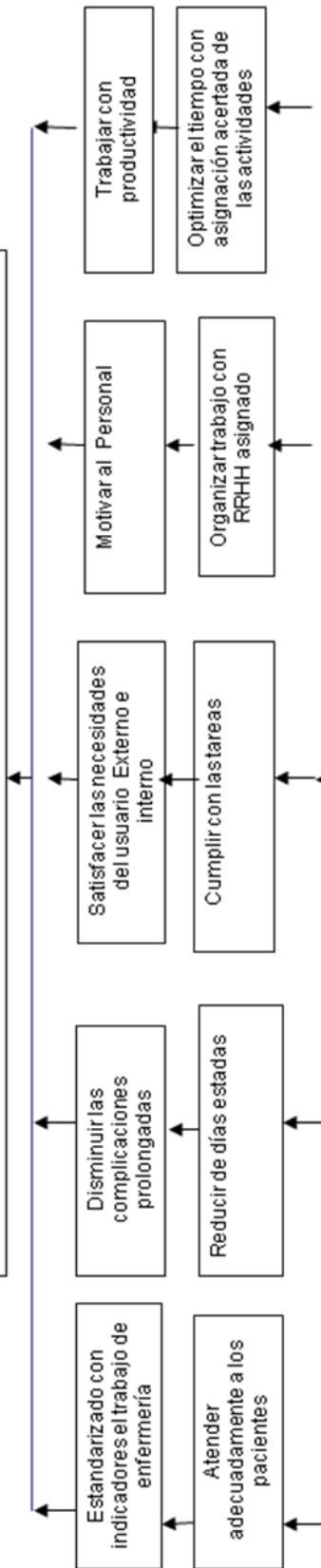
<p>Usuarios Externos, Cliente, familiares, paciente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Reincorporación a las actividades diarias. - Establecer medidas de prevención, a través de protocolos y guías de atención, comité de riesgo ocupacional. 	<p>Humano Materiales Económicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de un programa de autocuidado a paciente y familia - Complicaciones de pacientes en UCI.
<p>Maestrante</p>	<p>Aporta herramienta y guías de trabajo a la institución para el manejo del paciente de UCI. Dar guías de cuidado al familiar para que conozca sobre el manejo del paciente en el hogar</p>	<p>Humano Materiales Económicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Falta de programa educativo para el usuario externo e interno. - Ausencia de guías y protocolo de atención de enfermería paciente en la UCI.

6.2 ARBOL DE PROBLEMAS

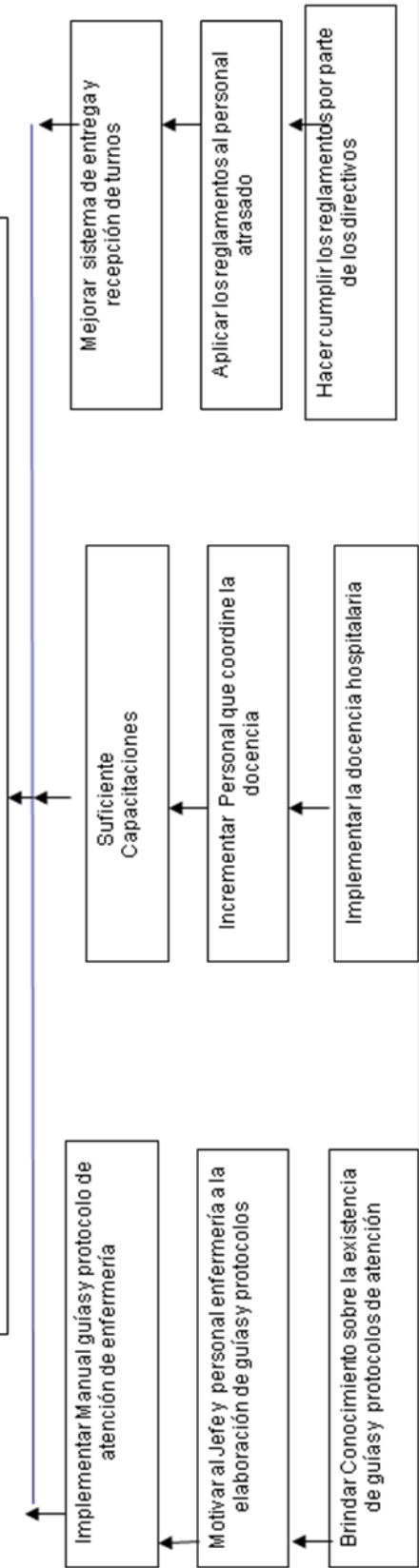


6.3 ARBOL DE OBJETIVOS

Implementar, los protocolos de atención de enfermería para el manejo de los pacientes de UCI. Con la participación de las licenciadas en enfermería



Brindar atención de enfermería aplicando protocolos con el apoyo del equipo de salud, para mejorar la calidad de atención



6.4. MATRIZ DEL MARCO LOGICO

OBJETIVO	INDICADORES	MEDIOS DE VERIFICACION	SUPUESTOS
Fin			
Obtener las guías y protocolos para brindar una atención adecuada para el personal.	Posterior a la aplicación del proyecto se espera que disminuyan las complicaciones de los pacientes ingresados en del Hospital Omni durante el periodo Agosto 2012 – Enero 2013	Lista de asistencia a reuniones y capacitación Actas a reuniones Existencia del Manuales para la unidad Firma de recibido de los Manuales Oficiar la entrega de Manual a los directivos de la Institución	El personal está Inducido y preparado para la atención de los pacientes críticos
PROPOSITO			
Brindar una adecuada atención de enfermería mediante la aplicación de Guías y Protocolos a los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos en el Hospital "Docente Omni Hospital de Guayaquil" para disminuir las complicaciones en los pacientes.	Al término del proyecto el 100% de los pacientes atendidos en la UCI recibirán adecuada atención de Enfermería	-Registro de Formatos de Protocolos utilizado - Estadísticas y censos	Personal de Enfermería motivado para el cumplimiento de su trabajo
RESULTADOS			
1.-Manual de Guías y protocolos de atención de enfermería a pacientes de UCI. Diseñadas y aplicándose.	Guías y Protocolos de atención de Enfermería diseñadas al segundo mes del Proyecto 100%	Guías y Protocolos aprobados	-Licenciadas Participando de la elaboración de las Guías y Protocolos.
2.-Personal de Enfermería Capacitado en los protocolos	El 80% del personal de enfermería capacitado sobre Protocolos y Guías de atención estandarizados en prevención de complicaciones a pacientes de la UCI del Hospital al tercer mes del Proyecto.	Registro de asistencia a los programas de capacitación Por fotos	-Oficial permiso a las Autoridades para que el personal asistir a la capacitación
3.- Sistema de entrega y recepción de turno implementado.	Al cuarto mes del proyecto se habrá logrado implementar la entrega recepción de turnos en un 80%	Certificación de las Autoridades	-Personal de Enfermería motivado cumpliendo con el horario para la entrega recepción.

6.5. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

ACTIVIDADES	RECURSOS / COSTO	CRONOGRAMA	RESPONSABLE	RESULTADOS ESPERADOS
<p>1.1 Reunión con los Directivos para darles a conocer la necesidad de contar con Guías y Protocolos de Enfermería basados en un diagnóstico situacional previo.</p> <p>1.2. Aprobación de los Directivos para la elaboración de Guías y Protocolos.</p> <p>1.3 Reuniones de trabajo con personal del área de UCI para la formación del equipo de trabajo.</p> <p>1.4. Elaboración del cronograma de reuniones.</p> <p>1.5. Reuniones de trabajo para la elaboración de los protocolos de enfermería.</p>	<p>Institucional \$100</p> <p>Una secretaria & 50</p>	<p>1 era y 2da semana de agosto 2012</p>	<p>Autor Director de Recursos Humanos</p>	<p>Se logro la aprobación del curso de capacitación, con el personal de enfermería con el tema Implementación de protocolos de atención, ya que se manifestó a los directivos que era para mejorar la calidad de atención d ellos pacientes een la UCI.</p>
<p>2.1 Elaboración de norma de educación</p> <p>2.2 Coordinar con la gestión de enfermería para la asistencia del personal</p> <p>2.3 Elaborar cronograma para la ejecución de la capacitación del personal de enfermería</p> <p>2.4Ejecucion del programa</p>	<p>Personal de la mañana institución sin costo</p> <p>Material de oficina \$30</p> <p>Impresión de Manual 100%Auditoria de la institución sin costo</p>			<p>Se coordina con la jefa de enferemera y recursos humanos, aceptando para que el personal de enfermería sea parte de la elaboración y implementación enel área de UCI, elaborando incentivar los conocieitnos.</p>
<p>3.1. Elaborar Protocolo de Entrega y Recepción de los turnos.</p> <p>3.2. Conferencia sobre los indicadores a observar en la entrega y recepción del turno</p> <p>3.3. Difundir el protocolo al Personal de enfermería de la UCI</p> <p>3.4. Aplicación del Protocolo para la entrega recepción del turno.</p> <p>3.5. Evaluación de la entrega recepción de turno.</p>	<p>Formato \$ 100</p> <p>Refrigerio \$ 50</p>	<p>1era semana de Octubre a 2da de diciembre</p>	<p>Autor</p>	<p>Se difundió los protocolos, una vez elaborados fueron aprobados, difundioss, aceptados y ejecutados por el personal del área, lo que trajo consigo satisfacción para tosos, ya que todos fueron parte de esta implementación.</p>

CAPITULO III

RESULTADOS Y ANALISIS

7. RESULTADOS Y ANALISIS

COMPONENTE 1

Manual de Protocolos de Atención de Enfermería.

Resultado 1

Existencias de protocolos a pacientes diseñados y aplicados.

Introducción

Durante la ejecución de los protocolos de atención de enfermería como producto de una necesidad de mejorar la atención y brindar al personal las herramientas necesarias para su atención.

La constante innovación científica- tecnológica e informática y la globalización en la economía a repercutido principalmente en el sector salud generando reformas sanitarias, exigencias de acreditación profesional (afectando el costo/ beneficio de los servicios de salud.

Todo ello ha llevado a que los procedimientos de atención de enfermería constituyan instrumentos de planificación y gestión de gran importancia que deben ser manejados por el personal de enfermería.



OBJETIVOS

- Brindar los conocimientos necesarios con un criterio unificado de los cuidados de acuerdo a las necesidades que presente cada paciente.
- Optimizar el tiempo y la atención de Enfermería en cada paciente.

METODOLOGIA

Para el desarrollo y cumplimiento se conformo el Comité para elaborar el Manual con la participación de las siguientes participantes.

Lista de las participantes en el comité.

Se conformo tres reuniones para el Diseño del Manual en la que se dieron diferentes opiniones y conceptualizaciones, hasta llegar al objetivo motivo de nuestra reunión. Se presentó un borrador de cuidados estandarizados y con criterios diferentes

Para elaborar este manual fue necesaria la autorización y aprobación de las autoridades de la Institución.

- Oficiar para conocimiento y aprobación a la Jefe del Dpto. de Enfermería la implementación del programa educativo sobre el Manejo de los Protocolos dirigido al personal de Enfermería.
- Aprobación del presupuesto para la elaboración de guías y protocolos a los directivos para darles a conocer la necesidad de contar con Guías y protocolos de Enfermería basados en un diagnóstico situacional previo.
- Reunión para Coordinar con la Jefe de Enfermeras y las Coordinadoras de las diferentes áreas el Cronograma de trabajo y los horarios de capacitaciones.
- Reuniones de trabajo con personal del área de UCI para la formación del equipo de trabajo

Instructivo de los Protocolos de atención de Enfermería

Nombre del Protocolo.- es la definición del problema, patologías de la que describiremos en la elaboración del protocolo por ej. Diabetes Mellitus

Diagnostico de Enfermería

Es un enunciado que realiza el profesional de enfermería de acuerdo a la valoración y los criterios clínicos emitidos por Mayoría Gordon, que van estar plasmado en el recuadro que dice diagnostico de enfermería, por ej. “Alteración de la Temperatura corporal “.

Objetivo (Noc)

Es la meta que se propone el profesional de enfermería en el transcurso de sus horas de labores alcanzar para que el paciente salga de su problema en tiempo o la escala alternada por ej.” Paciente con fiebre de 38°C, se espera que en una hora el paciente tenga 37°C de temperatura “.

Intervenciones (Nic)

Son las actividades que realiza la enfermera para llegar a la meta propuesta, por ej. “Aplicación de paños calientes al paciente con Hipertermia “

Evaluación

Es la valoración que realiza la enfermera luego de haber realizado las intervenciones y las compara con las metas propuestas, por ej. “La enfermera registrará como queda el paciente que cambios hubo durante el turno “

Resultados

Se logro la Implementación del Manual de protocolo atreves de una capacitación y difundir a todo el personal del area,este valioso aporte a mejorado el rendimiento de los cuidados ya que al esta unificado los criterios de atención por patología da al personal de enfermería la capacitación científica y técnica para unánime todos cuidados van dirigido a un criterio de de atencion resalto también la satisfacción que hay en el personal de enfermería de sentirse parte de estos protocolos ya que ellos fueron la base pera crear el sistema de cuidado.

COMPONENTE 2

Personal de Enfermería capacitado sobre el manejo de protocolos de la UCI.

RESULTADO 2

20 Licenciadas en enfermería y 20 Auxiliares de Enfermería capacitados

INTRODUCCION

El programa dirigido al personal de Enfermería que les permita adquirir conocimientos necesario para el manejo de las Guías y Protocolos de atención, tratamos de que sea de fácil comprensión para llegar a cada uno de ellos.

Esperamos contar con el apoyo de todos los involucrados en la adquisición de nuevos conocimientos valiosos para la atención.



OBJETIVO

Brindar capacitación al personal de enfermería sobre el manejo de guías y protocolos de atención de enfermería.

METODOLOGIA.

- Difundir programa
- Oficial la aceptación del programa y el presupuesto para la instalación en este caso el auditorio para el uso.

El programa se desarrolla en el auditorio del Hospital con la nómina de la enfermera asignada por la enfermera jefe y Recurso Humano de acuerdo con los temas que se dictará necesaria charla talleres en el horario de 10 a 12 del día de lunes a viernes.

Se llevo a cabo un programa educativo en coordinación con la gerencia y el departamento de enfermería, los mismo que facilitaron la realización del programa educativo a los profesionales y no profesionales de enfermería del área de UCI para la evaluación de los protocolos se gestiono la contratación de un profesional de experiencia docente de la universidad Católica quien direcciono a los profesionales de enfermería para la evaluación de los protocolos , y luego de revisado por los profesionales se realizo la producción hacia las auxiliares de enfermería.

Todo esto fue aprobado por el departamento de enfermería y la gerencia del hospital

Resultados.- El personal mostro al inicio cierta incertidumbre sobre la implementación de este nuevo listemos pero se sintieron satisfecho de tener nuevo conocimiento sobre el proceso de atención de enfermera basando sobre el diagnostico de Marjores Gordon y el proceso de atención de Nada que deja por un lado el paradigma “siempre hemos trabajado así” logrando el cambio de que sea visible los cuidado de enfermería y se cumplan el proceso de atención.

Hubo la necesidad retroalimentar a cierto personal que no logro en primera instancia este cambio y de esta manera se logro que todos cumplan con el proceso.

COMPONENTE 3

RESULTADO 3

Protocolo de entrega recepción de turno elaborado y aplicándose.

INTRODUCCION

Uno de los problemas de las área críticas es la falta de una adecuada entrega y recepción de los turnos. Esta actividad de gran importancia en la atención a los pacientes en estado crítico forma parte de una cultura de responsabilidad en el trabajo.



OBJETIVO

Concienciar al personal de Enfermería sobre la importancia de la entrega y Recepción del turno

METODOLOGIA

Oficiar a los Directivos y Jefes del Departamento de Enfermería la problemática existente en el déficit de la actividad entrega y recepción del turno y su repercusión

en la calidad de atención que reciben los pacientes de la UCI proponer la capacitación e inducción al personal de enfermería a través de charlas y talleres, para efectivizar esta actividad importante dentro del Proceso de Atención de Enfermería.

De los diferentes turnos en el horario de 8:00 a 10:00 H en el Auditorio del 5To piso y en el área de Terapia Intensiva.

- 3.1. Elaborar protocolo de entrega y recepción del turno.
- 3.2. Conferencia sobre los indicadores a observar en la entrega y recepción del turno
- 3.3. Difundir el protocolo al Personal de enfermería de la UCI
- 3.4. Aplicación del protocolo para la entrega recepción del turno.
- 3.5. Evaluación de la entrega recepción del turno.

Cambios: luego de la capacitación y difusión de los protocolos el personal realizara un mejor cumplimiento de la entrega y recepción de turnos.

Resultado.- se difundió los protocolos una vez elaborado fueron, aprobado difundido, aceptado y ejecutado por el personal del área lo que trajo como signo satisfacción para todos ya que solo fueron parte de esta implementación.

ANALISIS DEL PROPOSITO.

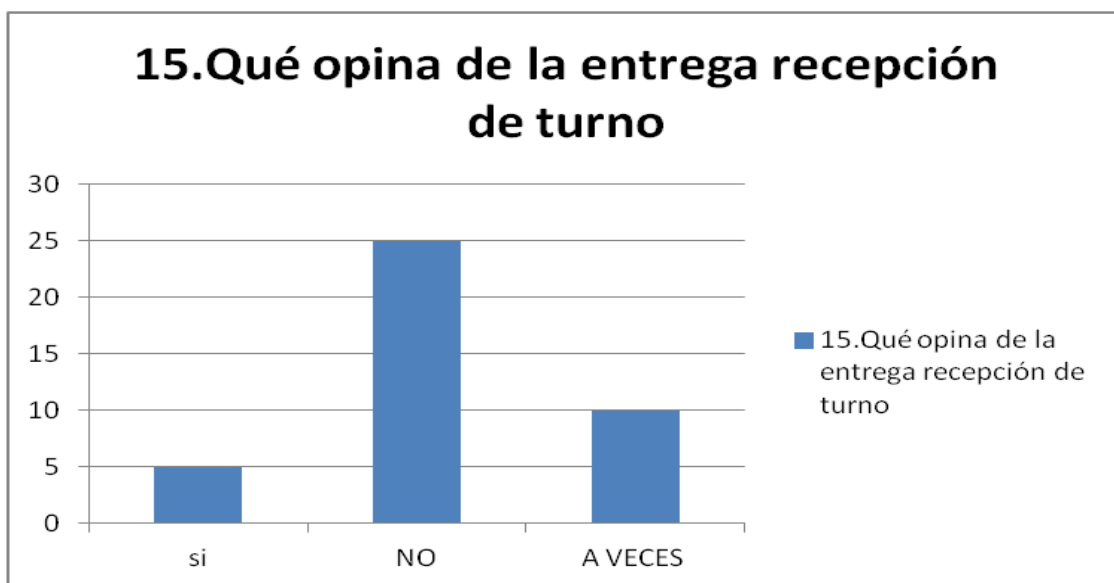
“Atención de enfermería efectiva y adecuada”

El propósito de la implementación de estas guías y protocolos fue Garantizar una efectiva y adecuada atención de Enfermería a los pacientes atendidos en la UCI del Hospital Docente OmniHospital y lo veo cumplido porque al tener un personal capacitado y un Manual de Protocolos y Guías de atención plasmamos los cuidados a nuestros usuarios será una guía efectiva rápida y segura de brindar los cuidados.

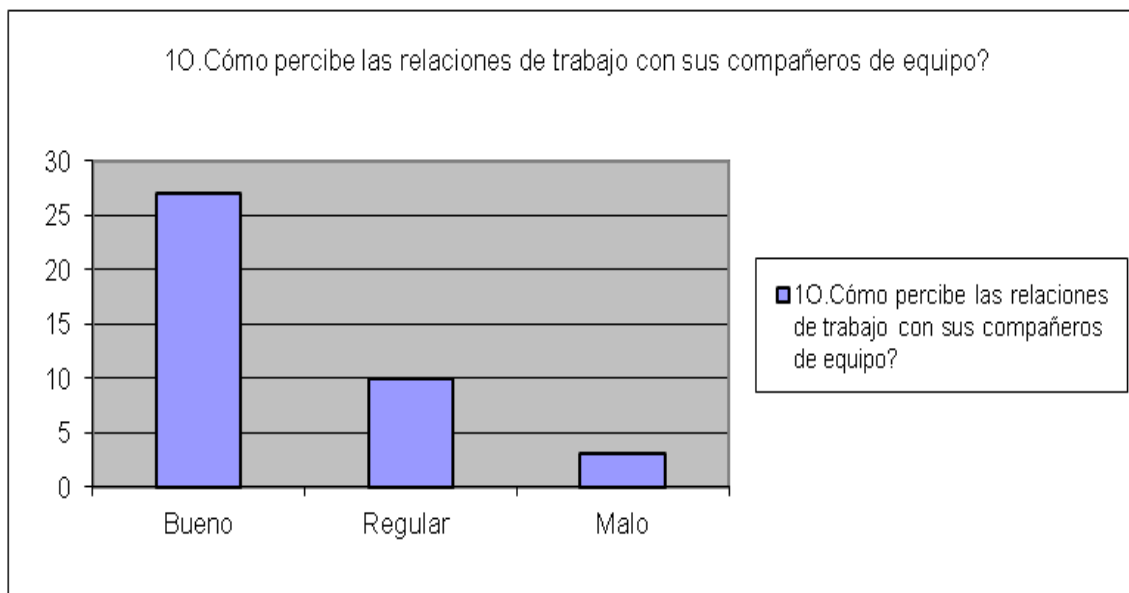
ANALISIS DEL FIN

Una vez emitido este programa esperamos cumplir con el fin del propósito de contribuir en la disminución de las complicaciones y la mortalidad de los pacientes ingresados en el servicio de UCI de Hospital Docente OmniHospital de Guayaquil y hemos dado las herramientas necesarias para que a través del personal de Enfermería capacitado con unas Guías y Protocolos de atención con el método Nanda, Noc y Nic contribuya a la atención rápida y oportuna y sobre todo al Hacer pero con conocimientos actualizados.

PREGUNTA	si	NO	A VECES
15. Qué opina de la entrega recepción de turno	5	25	10

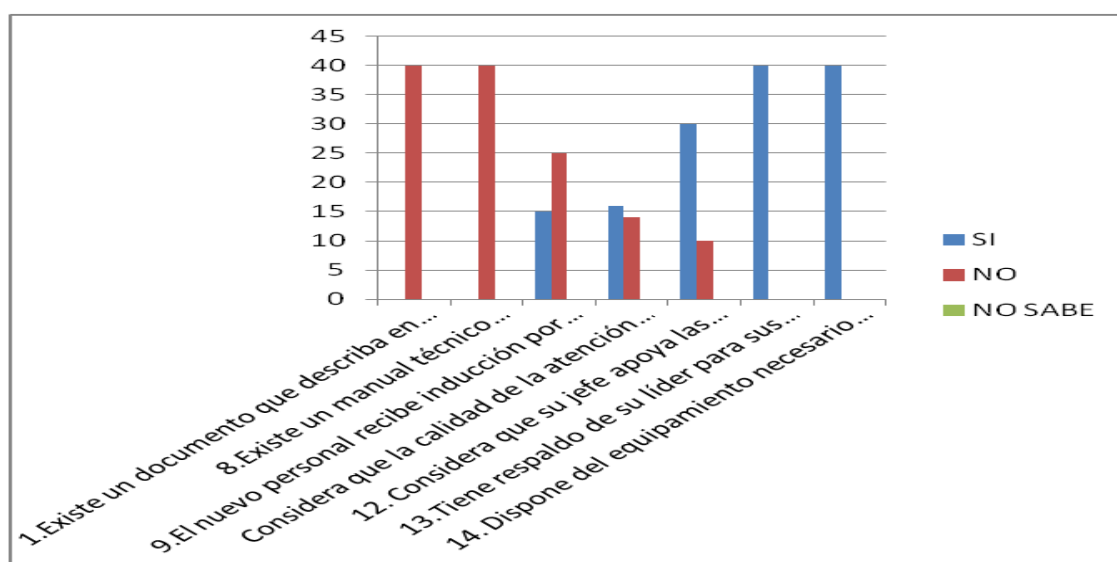


Pregunta	Bueno	Regular	Malo
10. Cómo percibe las relaciones de trabajo con sus compañeros de equipo?	27	10	3



ENCUESTA DE SATISFACCIÓN AL CLIENTE INTERNO

PREGUNTA	SI	NO	NO SABE
1. Existe un documento que describa en detalle sus funciones y responsabilidades de trabajo en el servicio?	0	40	0
8. Existe un manual técnico administrativo de normas y procedimientos para la atención de enfermería actualizado	0	40	0
9. El nuevo personal recibe inducción por el equipo de trabajo?	15	25	0
Considera que la calidad de la atención puede mejorar con la implantación de un manual de normas y procedimientos	16	14	0
12. Considera que su jefe apoya las decisiones de equipo de trabajo?	30	10	0
13. Tiene respaldo de su líder para sus iniciativas de trabajo	40	0	0
14. Dispone del equipamiento necesario para realizar bien su trabajo?	40	0	0



FI: DIRECTA

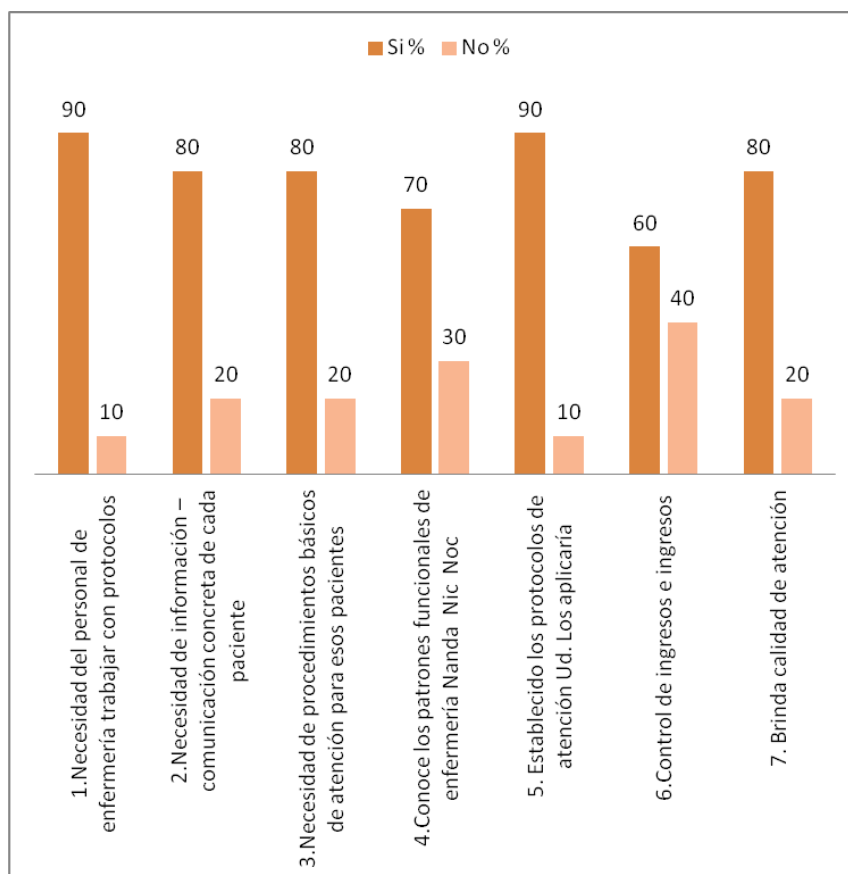
ANALISIS: En el siguiente gráfico con respecto a las preguntas 1,8 el personal manifestó que no existe documento escritos sobre protocolos y guías de atenciones en el cuidado de los pacientes ocupado el 40% en las preguntas de 12 al 14 el personal en un 30% al 40% manifestó que si recibirá el apoyo de la institución y de los jefes inmediatos acerca de los protocolos y guías de atención como de los materiales necesarios para desarrollar sus actividades

ENCUESTA A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL DOCENTE OMNIHOSPITAL

Pregunta	Si %	No %
1.Necesidad del personal de enfermería trabajar con protocolos	90	10
2.Necesidad de información – comunicación concreta de cada paciente	80	20
3.Necesidad de procedimientos básicos de atención para esos pacientes	80	20
4.Conoce los patrones funcionales de enfermería Nanda Nic Noc	70	30
5. Establecido los protocolos de atención Ud. Los aplicaría	90	10
6.Control de ingresos e ingresos	60	40
7. brinda calidad de atención	80	20

Fuente: Encuesta a los profesionales de UCI

Elaborado por: Lic. Ketty Sánchez Vera



UNIVERSIDAD PARTICULAR DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD
FICHA DE OBSERVACION

TEMA:

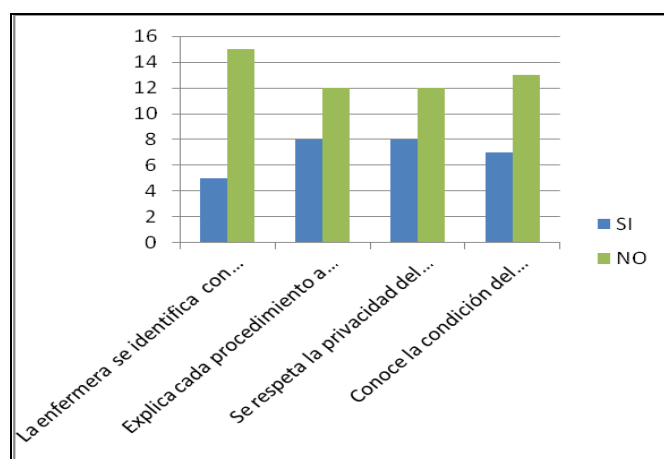
FECHA:

LUGAR:

GRUPO OBSERVADO:.....

ASPECTO A OBSERVAR	SI	%	NO	%
La enfermera se identifica con el paciente	5	25	15	75
Explica cada procedimiento a realizarse	8	40	12	60
Se respeta la privacidad del paciente en cada procedimiento	8	40%	12	60
Conoce la condición del paciente y participa en la visita médica	7	35	13	65

FI: DIRECTA



ANALISIS: A través de la observación realizadas los 20 Profesionales del área de UCI entre el 60% y 70% No cumplen con los protocolos de atención de Enfermería y calidad del cuidado.

8. CONCLUSIONES

1.-El diseño del manual con las Guías de protocolo de atención de enfermería me ha permitido plasmar los conocimientos adquiridos a través de mis años de experiencia y con la ayuda de Profesionales empoderados y motivados a que el usuario sea atendido en la UCI reciba una atención no improvisada sino programada con guías de atención según sus necesidades.

2.-Para la ejecución del programa educativo para el personal de enfermería tanto licenciadas como auxiliar de enfermería se conto con el apoyo de los médicos, licenciadas y otros profesionales de la Unidad de Cuidados Intensivos los que con sus experiencias contribuyeron a mejorar la calidad de atención de los pacientes ingresados en esta unidad.

3.-Para la Implementación de la entrega, recepción del turno se programaron reuniones de trabajo con las licenciadas en enfermería del servicio las mismas muy motivadas apoyaron el trabajo de tesis cumpliendo con los horarios establecido y recibiendo la guardia según el procedimiento establecido las novedades de cada paciente

9. RECOMENDACIONES

- 1.- Dentro de la planificación anual del departamento de enfermería programar la revisión del manual con las Guías de protocolos de atención de enfermería a fin de que sean actualizados y/o elaborar nuevos de ser necesario.
- 2.-Mantener los programas de actualización para el personal de enfermería en los que se puedan socializar los protocolos de atención y motivar al personal a fin de brindar cuidados de enfermería con calidad y calidez
- 3.-Que el departamento de enfermería implemente un monitoreo permanente sobre la entrega, recepción de turno y tome los correctivos necesarios que aseguren una atención continua, segura y eficiente.

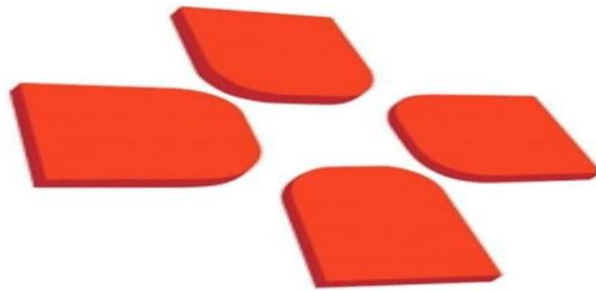
10. BIBLIOGRAFIA

- 1) JE, N. (2006). *Identificando los Cuidados para pacientes Criticos* . Care Med.
- 2) Abbott.K, S. A. (2001). *Soporte nutricional del paciente en la UCI*. Care Med.
- 3) Angus.Barnato. (2004). *Estudios Epidemiologico en la Unidad de Cuidados Criticos*. Estados Unidos .
- 4) Burgwal.Gerrit, C. .. (1999). *Planificacion Estrategica Operativa*. Ecuador: Abya Yala
- 5) Desbiens .N. Wu AW, B. S. (1996). *Investigacion de Medicina Critica*.
- 6) Esteban.Jose. (2000). *Hospital como Empresa Social* .
- 7) Ferrand.E, L. .. (2003). *Discrepancia en los cuidados de Enfermeria en los pacientes criticos*. Care Med.
- 8) Gomez.Rubi. (2002). *Etica en Medicina Critica* . Madrid: Triacastela.
- 9) Inga. Gerardo, L. (2004). *Diseño, Ejecucion y Gerencia de Proyecto para la Salud*. Loja .
- 10) Marjorie.Gordon. (1973). *Diagnostico enfermeria.proceso y aplicacion*.
- 11) Nelson.J, M. D. (2001). *Paciente con Diagnostico de Cancer en la Unidad de Medicina Critica*. Crit Care Med.
- 12) OPS. (1996). *Enfoque logico para la Gestion de Proyectos* .
- 13) OPS, O. *Mejoramiento continuo de la calidad de los servicios de la salud*.
- 14) Sapag Chain, N. (2007). *Proyecto de Inversion Formulación y Evaluación* . Mexico: Prentice Hall.
- 15) Studdert.DM, M. .. (2003). *Confictos de los Paciente con estancia prolongada en la UCI*. Care Med. (Gordon.Marjory, 1994
- 16) Gordon.Marjory. (1994). *Diagnostico Enfermero.Proceso y Aplicación* . Madrid España.
- 17) Nanda. (2001). *Diagnostico Enfermeros de la Nanda, Definiciones,Clasificación*.
- 18) Barcelona Harcourt. (Gonzalez Ch A. , 2011)
- 19) Pineda.E.B. (1994). *Metodologia de la investigacion* .

APENDICES



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



OMNIHOSPITAL
Excelencia en Atención Hospitalaria

}

GUIA DE PROTOCOLOS DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA

LIC. KETTY SANCHEZ VERA

MAESTRANTE

2011

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es el método científico aplicado en la práctica asistencial de enfermería, que permite prestar servicio de forma racional y sistemática, individualizada tratando las necesidades del paciente, familia y comunidad.

Este proceso dispone de cinco etapas interrelacionadas, abordadas de teoría de formas individuales, pero superpuesta en la práctica diaria, y que son VALORACION, DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA, PLANIFICACION, EJECUCION, EVALUACION. Cada una de las etapas del PAE, debe disponer de su correspondiente registro de enfermería, ya que son testimonio documental sobre actos y conductas profesionales donde queda recogida toda la información sobre la actividad enfermera referente al paciente su tratamiento y su evolución.

Los registros enfermeros son fundamentales pues van a posibilitar el intercambio de la información sobre cuidados, mejorando la calidad de la atención que se presta y permitiendo diferencial la actuación propia, del resto del equipo, manifestando así el rol autónomo de la enfermería.

A demás favorece la investigación clínica y docencia de enfermería permitiendo así la formulación de protocolos y procedimientos específicos, necesarios para cada área de trabajo.

También Conforman una base importante para la gestión de recursos sanitarios tanto materiales como personales, adecuándolos a las necesidades generadas en cada momento, permitiendo por un lado, el análisis del rendimiento, y por otro el análisis estadístico.

Los registros enfermero tienen la finalidad jurídico legal, considerándose una prueba objetiva en la valoración del enfermero respecto a su conducta y cuidados al paciente.

La calidad de la información registrada, influye en la efectividad de la práctica profesional, por tanto los registros de enfermería deben cumplir unos estándares básicos que favorezcan la eficacia de los cuidados en las personas y legitimen la actuación del profesional.

Los registros enfermero pueden ser estandarizados o no estandarizados, con soporte informático o en papel y cuyo contenido permita el conocimiento del estado del paciente en cada momento del proceso de hospitalización constituyendo.

- Un sistema de comunicación entre los profesionales del equipo sanitario
- calidad de cuidado, al poder comparecer con determinadas normas de calidad
- Un sistema de evaluación para la gestión del servicio de enfermero, permitiendo la investigación en enfermería; la formación Pre / post- grado y una prueba de carácter legal.

El área de UCI del Omni hospital, viene trabajando desde el año 2010 en el proceso de transformación de los registros enfermero en nuestra institución facilitando la evolución de nuestros registros narrativos aplicando el PAE y haciendo uso de la nemotecnia SOAPIE en cumplimiento al manual de indicadores hospitalarios emanados del MINSA y de nuestra ley del enfermero.

A lo largo de este tiempo el enfermero nos hemos ido concientizando de la importancia de la calidad de los registros a nivel profesional como legal. Este proceso de evolución en nuestro registro fue progresivo. También creamos un instrumento de evaluación del paciente al ingreso que nos permitió la recolección de datos en forma ordenada, rápida a corde con la casuística del pacientes que recepcionamos en nuestro Hospital Omni esta experiencia fue compartida con las Licenciadas que laboran en UCI en los diferentes turnos, las reuniones se realizaron en Auditorio del Hospital es así como nace la idea de elaborar un Manual de Guías de Protocolos de atención de Enfermería , el cual fue aprobado por la Gerencia del Hospital y aplicado a partir de esa fecha en nuestra institución.

El Departamento de enfermería conocer de la importancia profesional y legal de los registros enfermeros se mantiene en constante proceso de mejora continua, y en el presente año (2012) hemos realizado reuniones actualización en la Taxonomía NANDA, NIC, NOC. Y hacemos llegar una guía de aplicación de NNN que por casuística atendemos en nuestra institución, los mismos que han sido elaborados de acuerdo a la taxonomía NNN con sus respectivas codificaciones.

MARCO CONCEPTUAL GUIAS DE INTERVENCION DE ENFERMERIA FUNDAMENTO

Las Guías de Enfermería definen el campo del ejercicio profesional y contienen las normas de calidad; el cliente es beneficiado, ya que mediante este proceso se garantiza la calidad de los cuidados de enfermería; para el profesional enfermero se produce un aumento de la satisfacción, así como de la profesionalidad. Además su existencia es requisito de acreditación.

El proceso de atención de enfermería tiene la finalidad ya que se dirige a un objetivo. Es sistemático pues implica partir de un planeamiento organizado para alcanzar un objetivo. Además es dinámico pues responde a un cambio continuo, es interactivo, basado en las relaciones recíproca que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Así también tenemos que es flexible: Se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o aéreas especializada que trate con individuos grupos o comunidades tienen una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se pueden aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

OBJETIVOS

- Asegurar una atención de calidad con equidad, eficiencia y eficacia en el servicio de terapia intensiva
- Contribuir a reducir costos de la atención.
- Facilita la comunicación entre los miembros del equipo de salud y especialmente de enfermería.
- Unificar criterios.

ALCANCE

Las personas guías son de uso referencial por el personal de enfermería que labora en el Omni Hospital.

DEFINICION OPERACIONALES

Proceso de Atención de Enfermería

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera. Es el método reconocido como proceso de atención Enfermería (PAE). Este método permite a las enfermeras prestar cuidado de una forma racional, lógica y sistemática

El proceso de atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando, por primera vez, fue considerado como un proceso de tres etapas (Valoración, planificación y ejecución).

Es un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería, compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

Calidad de registro de Enfermería. Esta medición se debe basar en la existencia de un plan de atención de enfermería estructurado según las normas establecidas en el SOAPIE .El cual es un sistema para el registro e interpretación de los procesos e interpretación de los problemas y necesidades del paciente, así como las acciones y observaciones, garantizando la continuidad y seguridad en su atención (S: datos subjetivos, O: datos objetivos, A: análisis o diagnósticos, P: plan de acción, I: intervención, E: evaluación.

Porcentaje de diagnósticos de Enfermería registros. Es un indicador que sirve establecer el grado de cumplimiento del llenado de la hoja de registro correspondiente, donde debe figurar el diagnóstico de enfermería.

Diagnóstico de Enfermería. Es la interpretación de los problemas y necesidades del paciente basada en una valoración (Subjetiva y Objetiva), que permite planear la intervención de enfermería.

Este diagnóstico realizado por enfermera a cargo, debe consignarse en la hoja de registro de enfermería. Los diagnósticos deben elaborarse tomando como referencia el sistema de calificación de Dx, NANDA adaptado a la característica particular del hospital.

Planteamiento de los hospitales del cliente con resultados esperados. Esto es, determinar los criterios de resultados. Describir los resultados esperados, tanto por la parte de los individuos y/o de la familia como parte de los profesionales.

Son necesarios porque proporcionan la guía común para el equipo de Enfermería, de tal manera que todas las acciones van dirigidas a la meta propuesta. Igualmente formular objetivos permite evaluar la evolución del usuario así como los cuidados proporcionados.

PLANIFICACION DE LOS CUIDADOS DE ENFERMERIA.

Una vez hemos concluido la valoración e identificado las complicaciones potenciales (problemas interdependientes) y los diagnósticos enfermeros, se procede a la fase de planeación de los cuidados o tratamiento enfermero. En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo unos cuidados de enfermería, que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados.

EJECUCION: La fase de ejecución es la cuarta etapa del plan de cuidados, es esta etapa cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidado elaborado. La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos
- Realizar las actividades de enfermería
- Anotar los cuidados de enfermería. Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son la dirigida hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería
- Mantener el plan de cuidados actualizados
- El enfermero en esta fase realizará todas las intervenciones dirigidas a la resolución de problemas (diagnóstico enfermero y problemas interdependiente y las necesidades asistenciales de cada persona tratada
- De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por lado

debemos profundizar en la valoración de los datos que quedaron sin comprender, por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

EVALUACION: la evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados. Evaluación, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo como uno o varios criterios.

Los criterios más importantes que valora la enfermera en este sentido son la eficacia y la efectividad de las actuaciones.

NORMAS PARA LA ELAVORACION DE REGISTRO

La responsabilidad está relacionada, con la eficacia y la eficiencia. El registro de los cuidados que se proporciona puede reflejar la eficacia o proteger la responsabilidad legal, cuando ocurra un incidente fuera de lo normal. El aumento de autonomía y la toma de decisiones independientes, significan responsabilidades sobre nuestras acciones, permitiéndonos respetar siempre las áreas de competencia del resto de los miembros del equipo de salud, favorecer la colaboración y asegurar un servicio de mejor calidad pero también incrementa el registro de responsabilidad a la que estamos expuestos, por otro lado se puede delegar tareas a otros miembros de equipo que este profesionalmente calificado para ello, pero debemos de saber que **se delegan tareas y no responsabilidades.**

Los profesionales de enfermería, además de las obligaciones señaladas en materia de información clínica, tienen el deber de cumplir los protocolos, registros, informes, estadísticas y demás documentación asistencial o administrativa que guarda relación con los procesos clínicos en los que interviene y los que requieran los centros. Este deber de cumplir conlleva a la obligación legal de identificarse en las anotaciones realizadas, independientemente del soporte utilizado, ya sea papel o informático.

Todo profesional de enfermería debe cumplir con las normas establecidas tanto por los decretos organizaciones profesionales e instituciones reguladoras.

Los enfermeros deben responder ante los pacientes, el hospital (el centro de trabajo) la profesión, otros miembros del equipo, ante si mismo y por supuesto ante la legislación.

Reglas o recomendaciones básicas para elaborar los registros

- **OBJETIVIDAD:**

-Deben estar escritos de forma, sin perjuicios de valor u opiniones personales

- No utilizar un lenguaje que sugiera una actitud negativa hacia el paciente, comentarios despectivos acusaciones, discusiones o insultos.

Ej.: Refiere consumir “dos litros de vino al día “

No Alcoholismo

-Describa de forma objetiva el comportamiento del paciente, sin etiquetarlo de forma subjetiva.

Ej.: Durante toda la mañana permanece en la cama, se muestra poco comunicativo y dice que “no tiene ganas de hablar ni de ver a nadie”

-Anotar la información subjetiva que aporta el paciente o sus familiares, entre comillas.

-Registra solo la información subjetiva de enfermería, cuando este apoyada por hecho documentados.

- **PRECISION Y EXACTITUD:**

Debe ser preciso, completo y fidedigno.

-Los hechos deben anotarse de forma clara y concisa

-Expresar sus observaciones en términos cuantificables.

-Los hallazgos deben describirse de manera meticulosa, tipo, forma, tamaño, y aspecto.

Ej.: A las 12:00h, presenta apósito manchado e manera uniforme, de unos 5 cm. De diámetro y aspecto hepático.

No: Apósito manchados

-se debe hacer constar fecha, hora, (horario recomendado 0:00 a 24:00) firma de la enfermera responsable.

.Anotar todo lo que se informa: Unos registros incompletos, podrían indicar Unos cuidados de enfermería deficiente “Lo que no está escrito, no está hecho”
Ej.: A las 15:00, sonda vesical permeable con diuresis colérica de 80 ml.

- **LEGIBILIDAD Y CLARIDAD:**

Deben ser claros y legibles, puestos que las actuaciones serán inútiles para los demás sino pueden descifrarlas.

-Si no se posee una buena caligrafía se recomienda utilizar letras de imprenta

-Anotación correctas ortográficas y gramaticalmente

- Usar solo abreviaturas de uso común y evitar aquellas que pueden atenderse con más de un significado, cuando existe duda escribir completamente el término.

Ej. : Insuficiencia Respiratoria o Renal

-No utilizar liquido correctores ni emborronar. Corregir los errores tachando solamente con una línea, para que sean legibles, anotar al lado “error confirme la enfermera responsable

Firma y categoría profesional legible: inicial el nombre más apellido completo o bien iniciales de nombre y dos apellidos.

Ej.: L Valentín O LVM (D.U.E)

-No dejar espacios en blanco ni escribir entre línea

- **SIMULTANIEDAD:**

Los registros deben realizarse de forma simultánea a la asistencia y no dejarlos para el finar del turno.

-Evitando errores u omisiones.

-Consiguiendo u registro de salto del estado del paciente.

-Nunca registrar los procedimientos antes de realizarlo, puesto que estas anotaciones pueden ser inexactas o incompletas.

Ej.: Si se registra “ha descansado bien toda la noche “y a las 6 se produce un PCR, el registro ya no es fidedigno.

HOJAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTO

Se debe anotar Toda la información acerca de los medicamentos, para cada uno de ellos que se administre se debe anotar fecha, hora, y las iniciales de la enfermera responsable.

- ❖ Si las órdenes médicas no están claras o la caligrafía es ilegible, se debe pedir al médico que las aclare y lea la prescripción.
- ❖ No se deben tomar órdenes verbales o telefónicas, en caso necesario, repita la orden confirmándola así, y pedir el nombre y apellido del médico que lo prescribe; a continuación registrarlo.
Ej.: A las 16:00, el Dr. J. Benítez, prescribe telefónicamente paracetamol de un gramo vía oral.
- ❖ Si otra enfermera administra medicación, también se deberá anotar su nombre y hora que se lo realizo.

Aquello que no se debe anotar

- ❖ Los adjetivos que califiquen conducta o comportamiento del paciente, deben especificar que se refieren a dicha conducta o comportamiento, no descalificando al paciente.
Ej.: El paciente se demuestra agresivo verbalmente con el personal de Enfermería, en lugar de paciente agresivo
- ❖ No haber referencia a los escasos de personal ni conflicto entre compañeros.
- ❖ No intentar explicar que sea producido un error o utilizar expresiones como “accidentalmente” “de alguna forma “.
- ❖ No mencionado que sea redactado un informe de incidencia, ya que esto, es un informe administrativo confidencial, hay que redactar los hechos tal como ocurren.
Ej. : Informe de caídas.
- ❖ No referirse a nombres u otros datos personales de los compañeros de habitación en el registro de otro paciente, esto atenta contra la confiabilidad.
- ❖ No anotar que sea informado a compañeros y a superiores de determinados hecho, si esta información sea producido de forma informar o en determinados lugares o situaciones no apropiadas.
La realización correcta de los registros, puede ser nuestra mejor defensa ante un problema legal.

GUÍAS DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA NIC NOC EN PACIENTES CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO (IMA)

DEFINICIÓN:

Un riego sanguíneo insuficiente, con daño tisular, en una parte del corazón producido por una obstrucción en una de las arterias coronarias, frecuentemente por ruptura de una placa de ateroma vulnerable. La isquemia o suministro deficiente de oxígeno que resulta de tal obstrucción produce la angina de pecho, que si se recanaliza precozmente no produce muerte del tejido cardíaco, mientras que si se mantiene esta anoxia se produce la lesión del miocardio y finalmente la necrosis; es decir, el infarto

CAUSAS:

Las arterias coronarias se pueden bloquear por distintas causas.

Las más comunes son: Coagulo de sangre, la aterosclerosis (depósito e infiltración de grasas en las paredes de las arterias). Factores que pueden ocasionar la obstrucción: Hipertensión, colesterol alto, tabaco, obesidad, sedentarismo y edad avanzada.

FISIOPATOLOGIA:

- Las arterias coronarias se bloquean
- El oxígeno no llega al miocardio.
- El miocardio al no recibir oxígeno, no puede recibir energía para moverse.
- Mueren las células del tejido que no reciben sangre (el tejido se necrosa).

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Dolor en la mandíbula y la espalda.
- Dolor o sensación de opresión en el pecho.
- Dolor en el brazo izquierdo y en algunos casos en el brazo derecho.
- Dolor epigástrico.
- Dificultad para respirar.
- Nauseas.
- Pérdida de conocimiento.
- Frío y piel húmeda.

DIAGNOSTICO:

Los criterios de la OMS son los que clásicamente se usan en el diagnóstico de un infarto de miocardio, un paciente recibe el diagnóstico probable de infarto si presenta dos de los siguientes criterios y el diagnóstico será definitivo si presenta los tres:

1. Historia clínica de dolor de pecho isquémico que dure por más de 30 minutos;
2. Cambios electrocardiográficos en una serie de trazos;
3. Incremento o caída de bio-marcadores séricos, tales como la creatina quinasa tipo MB y la troponina. Un aumento de la troponina cardíaca acompañada bien sea por síntomas típicos, ondas Q patológicas, elevación e depresión del segmento ST o intervención coronaria son suficientes para diagnosticar un infarto de miocardio.

Angiocardiógrafa o cateterismo cardiaco: En los casos más complicados o en situaciones donde se amerite una intervención para restaurar el flujo sanguíneo, se puede realizar una angiografía de las coronarias. Se introduce un catéter en una arteria, por lo general la arteria femoral, y se empuja hasta llegar a las arterias que irrigan al corazón. Se administra luego un contraste radio-opaco y se toma una secuencia de radiografías (fluoroscopia). Las arterias obstruidas o estrechas pueden ser identificadas con este procedimiento, pero solo debe ser realizada por un especialista calificado.

TRATAMIENTO

- Oxígeno. Normalmente se suele administrar con gafas nasales a 2 ó 3 litros.
- Analgésicos (medicamentos para el dolor). Si el dolor torácico persiste y es insoportable, se administra morfina (ampollas de cloruro mórfico de 1 mililitro con 10 mg) o medicamentos similares para aliviarlo (meperidina-dolantina)
- Antia regantes plaqueta ríos. Son medicamentos que impiden la agregación plaquetaria en la formación del trombo. Se usa aspirina en dosis de 100-300 mg en dosis única y actualmente, en asociación con lo anterior, una dosis de carga de 300 mg de Clopidogrel.
- Trombolíticos. Son medicamentos para disolver el coágulo que impide que fluya la sangre. Se ponen sustancias como la estreptoquinasa o un "activador del plasminógeno tisular", bien en la vena, o bien directamente en el coágulo por medio de un catéter (un tubito largo y flexible).

- Este medicamento medicación debe ser aplicada en las primeras seis horas de iniciado el dolor, de allí la importancia de una atención rápida. Los trombolíticos sólo pueden administrarse en un centro especializado, habitualmente una Unidad de Cuidados Intensivos, aunque ya se ha comenzado a realizar la fibrinólisis extra hospitalaria por los equipos de emergencias móviles con el fibrinolítico (tenecteplasa) con el objeto de iniciar lo más rápidamente posible el tratamiento específico.
- Nitratos. Los derivados de la nitroglicerina actúan disminuyendo el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. En la angina de pecho se toman en pastillas debajo de la lengua o también en spray. También pueden tomarse en pastillas de acción prolongada o ponerse en parches de liberación lenta sobre la piel. En la fase aguda de un ataque al corazón, suelen usarse por vía venosa (Solinitrina en perfusión intravenosa).
- Betabloqueantes. Actúan bloqueando muchos efectos de la adrenalina en el cuerpo, en particular el efecto estimulante sobre el corazón. El resultado es que el corazón late más despacio y con menos fuerza, y por tanto necesita menos oxígeno. También disminuyen la tensión arterial.
- Digitálicos. Los medicamentos derivados de la digital, como la dioxina, actúan estimulando al corazón para que bombee más sangre. Esto interesa sobre todo si el ataque al corazón produce insuficiencia cardíaca en el contexto de una fibrilación auricular (arritmia bastante frecuente en personas ancianas) con respuesta ventricular rápida.
- Los calcio antagonistas o bloqueadores de los canales del calcio impiden la entrada de calcio en las células del miocardio. Esto disminuye la tendencia de las arterias coronarias a estrecharse y además disminuye el trabajo del corazón y por tanto sus necesidades de oxígeno. También disminuyen la tensión arterial. No suelen usarse en la fase aguda de un ataque al corazón, aunque sí inmediatamente después.

PREVENCIÓN:

- Controlar el colesterol, y si éste está elevado, dar prioridad a una dieta rica en verduras, frutas y cereales.
- Evitar comidas grasas.
- Mantener la tensión arterial en límites normales.
- Realizar ejercicio con regularidad, preferiblemente al aire libre. El mínimo aconsejado son tres sesiones de media hora por semana.
- Evitar el estrés.

INFARTO AGUDO DEL MOCARDIO

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVOS	INTERVENCION DE EFERMERIA	EVALUACION
<p>Disminución del gasto cardiaco r/c precarga (Alteración de la frecuencia o Ritmo cardiaco. Alteración de la ejecución alteración de contractibilidad cardiaca y post-carga (piel fría, diaforesis, disnea disminución de la resistencia vascular sistémica, oliguria, cambios en PA.</p>	<p>Efectividad de la bomba cardiaca Mantendrá adecuado gasto cardiaco Paciente evidenciara mejora en la Pre y Postcarga.</p>	<p>Cuidado circulatorio -Adm. De fluidos, colocación de vías periféricas -Vendaje de miembro inferiores -Manejos de las vías aéreas -Fomentar una respiración lenta y profunda -Ensenar a toser de manera profunda -Enseñar a toser de manera efectiva -Administración de oxígeno -Cuidados cardiacos agudos -Manejo de arritmias -Cuidados cardiacos -Si hay dolor cardiaco pedir que el paciente se acueste -Reposo absoluto en cama -Valorar la circulación periférica.(Pulso,edema,cambio de posición) -Administración de medicación -Manejo de acido base -Manejo de las muestras -Interpretación de datos de laboratorios -Manejo de electrolitos -Manejo de hipovolemia</p>	<p>Paciente con mejor ritmo cardiaco Ritmo sinusal F Evidencia mejoría en la Pre-carga y post carga (piel tibia, FR menor de 20 PA normal, volumen urinario en 30cc/h C= 80 – 100x”</p>

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA	OBJETIVO	INTERVENCION DE ENFERMERIA	EVALUACION
Dolor agudo r/c isquemia cardiaca	Control del dolor Referirá disminución del dolor en la Escala 1-10 = 4	Manejo del dolor Valorar la intensidad del dolor Si hay deterioro cognitivo valorar conducta (cambio de actividad, gesto facial) Posición antalgica, retirar vendas ajustadas Administrar medicación oral (clopridogel 300mgr). y nitritos ,según prescripción Administrar analgésico Evaluar la eficacia de analgésico Controlar factores ambientales Disminuir iluminación y ruidos Apoyo emocional Explicar el procedimiento que se realizan Escucha activa, crear un ambiente que facilite la tranquilidad y confianza	Refiere alivio del dolor y sentirse cómodo Escala del dolor 1-10 = 4 Refiere alivio del dolor
Ansiedad ante la muerte r/c amenaza perdida de la vida	Control de la ansiedad Referirá disminución de la ansiedad Mostrara actitud tranquila y segura	Disminución de la ansiedad Apoyo emocional Explicar todos los procedimientos al paciente Escuchar al pacte. Crear un ambiente que facilite la confianza. Explicar sobre su enfermedad e infundir confianza en el tta Enseñar técnicas de relajación Apoyo espiritual: establecer dialogo y permitir la presencia a su guía espiritual	Paciente refiere tranquilidad Alivia su ansiedad

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA NIC NOC EN PACIENTE CON CRISIS CONVULSIVA

DEFINICIÓN

Una convulsión es la respuesta a una descarga eléctrica anormal en el cerebro. Crisis aguda, de contracción muscular involuntaria músculo estriado localizado, generalizada tónica, clónica o tónico-clónica secundaria a una descarga neuronal. Puede acompañarse de sintomatología sensorial, conductual, cognitiva o psíquica.

CAUSAS

- Fiebre elevada
- Alteraciones del metabolismo
- Oxigenación insuficiente del cerebro
- Destrucción de tejido cerebral
- Exposición a drogas o sustancias tóxicas
- Abstinencia después de una utilización excesiva
- Reacciones adversas a fármacos de prescripción médica

SIGNOS Y SÍNTOMAS

- Mirada fija., Sacudidas de los brazos y las piernas.
- Rigidez del cuerpo.
- Pérdida del conocimiento.
- Problemas respiratorios o episodios en los que deja de respirar.
- Pérdida del control de la vejiga o del intestino.
- Caída súbita sin ningún motivo aparente.
- Ninguna reacción al ruido o a las palabras durante breves períodos de tiempo.
- Confusión o aturdimiento.
- Somnolencia e irritabilidad al despertarse por las mañanas.
- Cabezadas.
- Períodos de mirada fija y parpadeos rápidos.

DIAGNOSTICO

- Exámenes de sangre.
- Electroencefalograma
- Imágenes por resonancia magnética.
- Tomografía computarizada
- Punción raquídea

CRISIS CONVULSIVAS

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCION (NIC)	EVALUACION (NOC)
Riesgo de aspiración r/c trastorno de la deglución, secundario disminución del nivel de conciencia, estado post ictal	Estado operatorio Paciente mantendrá vía aérea permeable durante el turno	Cuidados al ingreso: <ul style="list-style-type: none"> • Control de funciones vitales • Posición de cubito lateral izquierdo manejo de vías aéreas <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de tubo oro faríngeo, aspiración de vías aéreas Monitoreo respiratorio <ul style="list-style-type: none"> • CFV(respiratoria) • Oximetría • Valoración de O2 	Paciente con vía aérea permeable
Trastorno de los procesos del pensamiento R/c actividad convulsiva	Capacidad cognitiva se favorecerá en forma positiva el proceso del pensamiento del paciente	Monitorización neurológica <ul style="list-style-type: none"> • Observar signos y síntomas de alarma • Rigidez de nuca • Control de diámetro pupilar • Control de escala de Glasgow • Valoración de afectaciones de la movilidad en las extremidades (explorar parecias) Estimulación cognitiva <ul style="list-style-type: none"> • Estimular al pacte. con: llamado, sonido, reflejo movimiento • Valorar las características y frecuencia de la convulsión 	Paciente despierto Entabla dialogo coherente Paciente se mantiene despierto con Glasgow de 14/15 puntos durante el turno

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA NIC NOC EN PACIENTE CON COMA DIABÉTICO

DEFINICIÓN

El coma es un estado severo de pérdida de consciencia, que puede resultar de una gran variedad de condiciones, Las causas metabólicas son las más frecuentes como la diabetes y que ponen en peligro la vida del paciente.

La persona con diabetes sufre una alteración de la conciencia debido a que el nivel de glucosa en su sangre (*glucemia*) es anormal (muy elevado o muy bajo). En la hipoglucemia los síntomas se desarrollan en cuestión de horas o minutos, progresando desde manifestaciones leves como dolor de cabeza, sensación de ansiedad, debilidad, hambre intensa, nerviosismo o irritabilidad, hasta mareos, náuseas, vómito, sensaciones anormales, lenguaje confuso y desorientación, culminando con la pérdida de la conciencia. Asimismo, se pueden observar algunos signos como palidez, temblores, palpitaciones y sudoración "fría". Se puede sospechar de hipoglucemia cuando la persona está en tratamiento con insulina, ha pasado mucho tiempo sin comer, ha realizado actividades físicas poco habituales o sufre alguna otra enfermedad;

La hiperglucemia puede ser provocado por una cetoacidosis diabética o un coma hiperosmolar no cetósico. Es una complicación de la diabetes tipo 2 que implica niveles extremadamente altos de azúcar (glucosa) en la sangre sin la presencia de cetonas, un subproducto de la descomposición de las grasas.

CAUSAS (HIPEROSMOLAR, HIPERGLUCEMICO)

- Evento estresante como una infección, un ataque cardíaco, un accidente cerebro vascular o una cirugía reciente
- Insuficiencia cardíaca congestiva
- Edad avanzada
- Funcionamiento renal deficiente
- Manejo inadecuado de la diabetes (no seguir el plan de tratamiento de acuerdo con las instrucciones)
- Suspensión de la insulina o de otros medicamentos que bajan los niveles de glucosa.

SIGNOS Y SINTOMAS

Los signos que se observan son principalmente de deshidratación: lengua y boca secas, ojos hundidos, pulso acelerado, respiración rápida, micciones frecuentes, y una pérdida de peso visible, coma, confusión, convulsiones. Aumento de la sed, letargo, náuseas, debilidad.

DIAGNOSTICO

Análisis de sangre

- Glucemia alta o baja
- Osmolaridad sérica alta
- Sodio en suero más alto de lo normal

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es corregir la deshidratación, lo cual mejorará la presión arterial, la diuresis y la circulación.

Guías de Intervención de Enfermería

Los líquidos y el potasio se administran por vía intravenosa y los altos niveles de glucosa se tratan con insulina intravenosa.

PREVENCION

El control y reconocimiento de signos tempranos como deshidratación e infección pueden ayudar a prevenir esta afección.

RECOMENDACIONES

• Todo diabético debe traer consigo siempre, una placa o una tarjeta que lo identifique como tal.

Esta medida, será de mucha ayuda en caso de una complicación diabética.

- Cumplir de forma cuidadosa con la dosis y horario de los medicamentos, ya sean Hipoglicemiantes orales o insulina.
- Cuidar sus hábitos de alimentación y actividad física. Muchos episodios de coma diabético pueden ser prevenidos así.
- Informe a sus familiares, compañeros de trabajo y amistades acerca de su enfermedad y qué hacer en caso de urgencia.
- Atención en forma oportuna. Infecciones banales o leves en personas normales pueden desencadenar complicaciones en personas que sufren diabetes.

COMA DIABETICO

DIADNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC2)
Desequilibrio nutricional por defecto R/C incapacidad del organismo para sintetizar los nutrientes	Estado nutricional : <ul style="list-style-type: none"> • Paciente mejorara estado de nutrición durante el turno 	Administración del tratamiento endovenoso Adm. De líquidos cristaloides y coloides Manejo de los trastorno de la alimentación Coordinar con nutrición sobre tipo de dieta Ayuda del autocuidado: alimentación <ul style="list-style-type: none"> • Adm. Dieta adecuada • Valoración de tolerancia de dieta Manejo de la Nutrición <ul style="list-style-type: none"> • Evitar consumo de azúcar, liquido, exceso de grasa etc.- Manejo de electrolitos y líquidos <ul style="list-style-type: none"> • Adm. de líquidos y electrolitos Manejo de hipovolemia <ul style="list-style-type: none"> • Valorar frecuencia cardiaca ,PA, • estado de hidratación (mucosa o Control de electrolitos <ul style="list-style-type: none"> • Valorar electrolito con resultados • Administración de electrolitos 	Paciente mejora su estado nutricional y tolera dieta indicada.
Déficit de volumen de líquidos R/C eliminación excesiva de orina. Nausea, vomito por aumento de la respiración	Equilibrio de líquidos Hidratación Paciente mantendrá un B.H de + 200 en 12 hrs	Adm. Medicamento I.V Canalizar vía periférica Monitorización de líquidos Registro estricto de B.H Colocar sonda Foley a circuito cerrada	Paciente mantiene adecuado estado de hidratación, y balance hídrico + 350

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA NIC NOC EN PACIENTE CON INTOXICACIÓN POR ÓRGANOS FOSFORADO

DEFINICIÓN

Se denominan compuestos órganos fosforados a los derivados de la estructura química del fósforo, son usados como insecticidas son tóxicos por inhalación, absorción gastrointestinal, transdérmica.

Producen inhibición irreversible de la acetilcolinesterasa. Se caracterizan por ser liposolubles y se absorben bien en el tracto gastrointestinal, la piel, las mucosas y los pulmones.

CAUSAS

Desequilibrio emocional
Problemas familiares y/o sociales
Inducido
Ingesta casual

SIGNOS Y SINTOMAS

Muscarínicos

- Salivación, lagrimeo, diarrea.
- Bronco constricción, aumento de secreciones pulmonares.
- Bradicardia, nauseas, vómitos, calambres intestinales.
- Sudoración excesiva, miosis.

Nicotínico

- Fatiga, fasciculaciones musculares.
- Parálisis fundamentalmente de los músculos respiratorios.
- Disminución del esfuerzo respiratorio.
- Taquicardia, hipertensión.
- Palidez, hiper glicemia.

Sistema nervioso central

- Ansiedad, inquietud, confusión, cefalea, labilidad emocional, habla entrecortada, ataxia.
- Convulsiones generalizadas, hipotensión.
- Parálisis respiratoria central.
- Depresión del centro cardiovascular.
- Coma.

DIAGNOSTICO

- Historia de exposición al toxico.
- Manifestaciones clínicas de toxicidad.
- Descenso en los niveles séricos de la colinesterasa.
- Mejoría de los síntomas tras la administración de atropina.
- Olor característico a ajo o petróleo.
- En el EKG arritmias ventriculares, TSV polimorfo y ritmos idioventriculares, bloqueos prolongados

TRATAMIENTO

- Vigilar la permeabilidad de las vías respiratorias, respiración y circulación.
- -Es esencial estar listo para el RCP,
- -Descontaminación gástrica (lavado gástrico)
- -Valoración toxicológica.
- -Anamnesis
- Examen físico.
- -Debe evitarse el contacto directo con las ropas y vómitos del Pac. que pueden estar contaminadas.
- Por ello se debe utilizar mandil y guantes.
 - -Utilización de atropina 0.05 mg/Kg. EV. Nunca debe atropinizarse a un Pac. Cianótico. Antes de administrar atropina debe suministrarse adecuada oxigenación tisular con el fin de minimizar el riesgo de fibrilación ventricular, tampoco se debe de suspender de golpe su administración porque el Pac. Puede presentar el signo de rebote. Se usa hoja de monitoreo y observar: la frecuencia cardíaca, las fasciculaciones, las secreciones (sialorrea) y las pupilas. Cuando atropinizamos puede presentarse intoxicación por atropina.

- Uso de pralidoxina (no contamos en el país), regenera la colinesterasa activa
- En caso de ingestión lavado gástrico, con tubo orogástrico, paciente en posición de Trendelenburg izquierda, verificar la colocación e iniciar lavado con suero salino (hasta que la salida del contenido sea clara).
- Administrar carbón activado 1 gramo/Kg. También puede ser 15 gramos en menores de dos años, 30 gramos en niños entre 2 y 12 años y en mayores de 12 años 50 gramos.
- Hospitalizar al paciente por lo menos 72 horas debido a que como se puede depositar este en la grasa y eliminar más lentamente, puede producir complicaciones tardías e inclusive muerte.

PREVENCIÓN Buena relación interpersonal, familiar
Rotular las sustancias toxica y alejarlo de los niños.

ORGANOS FOSFORADOS

DIAGNOSTICO (NANDA9)	OBJETIVOS(NOC)	INTERVENCIONES(NIC)	EVALUACION (NOC)
Riesgo de aspiración R/C incremento de secreción, salivación, náusea, ausencia de reflujo y depresión del nivel de conciencia	Control de la aspiración Paciente mantendrá vía aérea permeable	<p>Precaución para evitar la aspiración</p> <p>Mantener vía aérea permeable</p> <p>Pacte. permanecerá en decúbito lateral</p> <p>izq. Valorar el estado de conciencia</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación y permanencia del tubo de mayo en la boca <p>Aspiración de la vía aérea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Extraer el cuerpo extraño • Aspiración de secreciones <p>Monitorización respiratoria</p> <ul style="list-style-type: none"> • Valorar frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno <p>Sondaje gastrointestinal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de SNG • Realizar lavado gástrico • Administrar carbón activado 	Paciente se mantiene con vía aérea permeable, libre de secreciones
Deterioro del intercambio gaseoso R/C cambio sobre la membrana alveolo capilar, aspiración del contenido gástrico, hipo ventilación bronco espasmo		<p>Manejo de la vía aérea</p> <p>Permeabilización de la vía aérea</p> <p>Oxígeno terapia</p> <p>Administración de oxígeno suplementario</p> <p>Monitorización respiratoria</p> <p>Control de FR, Sat. O₂</p> <p>Manejo de ácido base</p> <p>Control gasométrico</p>	<p>Paciente mantiene intercambio gaseoso adecuado</p> <p>Valores gasométrico dentro de valores normales</p>

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC)
Perfusión tisular inefectiva de origen cardiovascular y cerebral R/c vasodilatación venoso como arterial, hipotensión y envenenamiento enzimático	<p>Paciente mejorara perfusión tisular cardiaca</p> <p>Paciente mejora perfusión tisular pulmonar</p> <p>Paciente mejorara perfusión tisular cerebral</p>	<p>Administración de oxígeno</p> <p>Valoración de requerimiento de uso de O2</p> <p>Monitorización de funciones vitales FC,FR,</p> <p>Manejo de líquido</p> <p>Canalización de vía EV para adm. Fluidos</p> <p>Adm. De medicación E.V</p> <p>Adm. De antídoto(atropina)</p> <p>observar signo de reacción a la atropina</p> <p>Monitoreo neurológico</p> <p>Control pupilar reactividad a la luz valoración de la escala de Glasgow</p> <p>Elevar la cabeza en Angulo de 30° y 45°</p> <p>Estimulación cognitiva</p> <ul style="list-style-type: none"> Estimulación al paciente. Con sonidos, llamados, reflejos 	<p>Paciente mantiene perfusión tisular adecuada</p> <p>Paciente se comunica mantiene Glasgow en 14</p>
Déficit de volumen de líquido R/c vómitos, diarrea. sudoración hipersecreción bronquial y sialorrea	<p>Equilibrio de líquidos</p> <p>Hidratación</p> <p>El paciente mantendrá equilibrio hidroelectrolito y balance hídrico positivo</p>	<p>Adm. De medicación E.V</p> <p>Manejo de líquidos y electrolitos</p> <p>Canalización de vía periférica</p> <p>Adm. De tratamiento indicado</p> <p>Adm. De cristaloides y electrolitos</p> <ul style="list-style-type: none"> Control estricto de B.H <p>Manejo de la diarrea</p> <ul style="list-style-type: none"> Control y registro de las deposiciones <p>Prevención de shock</p> <ul style="list-style-type: none"> Vigilancia de signos y síntomas de shock 	<p>Paciente mantiene balance hídrico (+)</p>

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO LA TAXONOMIA NANDA NIC NOC EN PACIENTES CON PANCREATITIS DE ORIGEN BILIAR

DEFINICIÓN

Páncreas: Glándula alargada y en forma de cono que se encuentra detrás del estómago. Su función es fabricar y segregar enzimas digestivas así como las hormonas de insulina y glucagón. Se caracteriza por inflamación del Páncreas.

TIPOS:

PANCREATITIS AGUDA:

Inflamación aguda del páncreas que generalmente implica un solo “ataque”, después del cual el páncreas regresa a su estado normal.

PANCREATITIS CRÓNICA:

Inflamación crónica del páncreas caracterizada por fibrosis del mismo (tejido cicatrizar) y en ocasiones calcificaciones (a cúmulos de calcio, visibles en pruebas de imagen como la radiografía). La causa más frecuente es el consumo de alcohol.

ETIOLOGIA:

- El alcoholismo, que bloquean los conductos pancreáticos pequeños.
- La litiasis biliar, que bloquea el conducto pancreático
- Traumatismo abdominal, Anormalidades metabólicas, Hipercalcemia
- Hipersensibilidad a toxinas, Enfermedades genéticas
- Alteraciones vasculares Hipergliceridemia (ingesta excesiva de grasa)
- Lupus, Enfermedades infecciosas: Parotiditis, Hepatitis A y B Salmonella
- Fibrosis quística, insuficiencia renal
- Medicamentos: Ionizada, Furos mida, algunos esteroides y antihistamínicos

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PANCREATITIS AGUDA

- Dolor abdominal agudo en epigástrico que se irradia al dorso o el tórax aumentando progresivamente hasta 30 – 60 minutos
- Malestar general acompañado de inquietud
- Síntomas digestivos: náuseas, vómitos que pueden ser intensos de carácter alimenticio y bilioso

- Disminución del volumen intravasculares con pérdida de líquidos en cavidad peritoneal
- Alteraciones hemodinámicas: hipotensión arterial y taquicardia
- Distensión abdominal o sensación llenura
- Alteraciones respiratorias por desequilibrio en la membrana alveolo capilar.
- Disminución de los ruidos hidroaereos intestinal: estreñimiento.
- Inflamación de la parte superior del abdomen.
- Deshidratación (taquicardia y hipotensión ortostática y disminución de la turgencia de la piel)

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA PANCREATITIS CRÓNICA

- Fiebre
- Dolor abdominal intenso y crónico: TRIADA DE CHARCOT
- Ictericia de piel y conjuntivas.
- Polidipsia (aumento de sed)
- Polifagia (aumento de hambre)
- Estado hemodinámico altamente comprometido secundario a secuestro de líquidos en abdomen y el espacio intersticial
- Deposiciones con contenido graso, diaforesis profusa, debilidad corporal.
- Pérdida de peso Distensión abdominal
- Necrosis grasa o hemorragia subcutánea en los flancos

CLASIFICACIÓN DE BALTHAZAR: VALORACIÓN MORFOLÓGICA DE LAS PANCREATITIS

AGUDAS SEGÚN LA TAC

A Páncreas normal

B. Aumento difuso del páncreas, que incluye irregularidades de la glándula, dilatación del ducto

Pancreático, colecciones líquidas pequeñas sin evidencia de enfermedad peri pancreática.

C. Alteraciones pancreáticas intrínsecas asociados con cambios inflamatorios peri pancreáticas

D. Colección líquida o flemón bien definido

E. Dos o más colecciones mal definidas o presencia de gas en o cerca del páncreas, necrosis del páncreas.

DIAGNOSTICO CLINICO:

EXAMEN FISICO: Dolor y sensibilidad a la palpación abdominal

DATOS ANALITICOS

Hematológicos:

- Hematocrito: Se eleva en un 50% si hay pérdida de líquidos en el peritoneo o retro peritoneo.
- Recuento leucocitario: Aumentado. Si el valor es mayor a 20 000 hay una inflamación
Intensa o posible absceso

Bioquímica:

- Nivel sérico de electrolitos: Son normales pero si hay acidosis o alcalosis sus valores están alterados.
- Nivel sérico de calcio: Es bajo cuando existe hipoparatiroidismo el calcio esta elevado.
- Pruebas de función renal: Creatinina elevada cuando se produce la insuficiencia renal.
- Nivel sanguíneo de glucosa: Elevada. Si la elevación es intensa y se asocia con el dolor abdominal puede estar haciendo un cuadro de cetoacidosis diabética.
- Pruebas de función hepática: Los niveles de bilirrubina y fosfatasa alcalina están aumentados. La causa es que el colédoco esta obstruido por aumento del tamaño del páncreas.
- Nivel sérico de triglicéridos: Esta aumentado y se intensifica mayores valores en momento de intenso dolor abdominal
- Nivel sérico de la amilasa: En orina está elevado, la causa es que el riñón elimina rápidamente la amilasa

A. TECNICAS DE IMAGEN

- Radiología torácica, detecta la presencia de derrame pleural, infiltrado o aire libre en el diafragma.
- Ecografía abdominal: identifica litiasis biliar, edema, hemorragia, necrosis, presencia de líquidos y pseudo quistes.
- Radiografía de abdomen: detecta la presencia de aire libre, calcificaciones, cálculos.
- Tomografía computarizada (TAC) que permita diagnóstico pancreático, establece la causa, guía que procedimiento invasivo se va utilizar y establece el grado de severidad de lesión del páncreas según clasificación Bartholomew.
- Colangio pancreatografía endoscópica retrograda (ERCP)
- Electrocardiograma (sus siglas en inglés es ECG o EKG)

TRATAMIENTO

Todos los pacientes con sospecha de pancreatitis deben ser hospitalizados por que la sintomatología clínica y el proceso de la gravedad son inexactos.

- Reposo en cama
- NPO: hasta que se produzca su mejoría clínica
- Administración de opiáceos por vía E.V. como la mepredicina (demerol)
- Colocación de SNG a gravedad solo en caso de náuseas, vómito y dolor.
- Manejo de alteraciones metabólicas (hiperglucemia, Hiponatremia)

Antibioticoterapia profiláctica en caso de necrosis

- Administración de antipiréticos
- Fluido terapia de sustitución, debe estar basado en las constantes vitales y los datos analíticos.
- Monitoreo de PVC
- Administración de insulina si desarrolla Diabetes
- Soporte oxigenatorio, según requerimiento.
- Administración de vasopresores.
- Soporte nutricional: iniciar NPT según valoración
- Colectomía en pacientes con colelitiasis luego de recuperado el proceso inflamatorio
- Drenaje pancreático o quirúrgico en caso de un absceso pancreático

COMPLICACIONES

- Isquemia, Trombosis, necrosis pancreática infectada
- Absceso pancreático, Seudo quiste pancreático (bolsa de líquido dentro del abdomen), está presente el dolor persistente y la hiperamilasemia que trae como consecuencia
- Infección, hemorragia, ruptura (ascitis pancreática) y la obstrucción de las estructuras adyacentes.
- Shock hipovolémico, derrame pleural, complicaciones pulmonares: en casos graves se observa atelectasia, derrame pleural, neumonía y el síndrome de insuficiencia respiratoria aguda.
- Disfunción multisistémica
- Alteraciones neurológicas, debido al aumento de la glicemia, va desde el letargo hasta la muerte
- Hipertermia corporal severa, puede deberse a una infección causada por: necrosis, absceso, pseudo quistes pancreáticos afectados, col angitis y la neumonía por aspiración.
- Sepsis, causada por falla orgánica o multisistémica.
- Insuficiencia renal causada por la hipovolemia grave o necrosis tubular aguda
- Alteraciones metabólicas: Hipercalemia, Hipercalcemia, Acidosis Metabólica, Hipertrigliceridemia.
- Hemorragia causada por úlceras por stress

PREVENCION

No abusar del uso de bebidas alcohólicas ni comidas copiosas ricas en grasas
Tomar precauciones de seguridad adecuadas para evitar traumas abdominales.

Se puede aconsejar el asesoramiento genético para padres potenciales con antecedentes familiares personales de fibrosis quística. Para reducir el riesgo de síndrome de Reye (con daño hepático y encefalopatía) hay que evitar el uso de aspirina para tratar fiebre en niños, especialmente si tienen una enfermedad viral.

Se debe vacunar a los niños contra las paperas y otras enfermedades de la infancia.

PANCREATITIS

DIAGNOSTICOS (NANDA)	OBJETIVO(NOC1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC2)
<p>Manejo inefectiva del régimen terapéutico R/C conocimiento terapéutico y dificultades económicas insuficiente</p> <p>Desequilibrio nutricional por defecto R/C molestias gástricas: nauseas y vómitos</p>	<p>Creencia sobre la salud. Paciente y familia mejoran conocimiento sobre el tratamiento</p> <p>Apoyo familiar durante el tratamiento</p> <p>Se apoyara a la familia durante la hospitalización</p> <p>Estado nutricional</p> <p>Paciente mantendrá estado nutricional adecuado</p> <p>Paciente disminuirá molestias gástricas</p>	<p>Conocimiento sobre régimen de terapéutico</p> <p>Educar ala familia sobre la importancia de De cumplir con el tratamiento. sobre los riesgo de complicaciones en caso de incumplimiento</p> <p>Reunión multidisciplinaria sobre cuidados</p> <p>Corordinal con servicio social farmacológico a la familia , con el personal de voluntarias con la adquisición de medicamentos</p> <p>Adm. de medicamentos indicados</p> <p>Apoyo emocional</p> <p>Monitorización de signos vitales</p> <p>Manejo del peso diario</p> <p>Manejo de la nutrición</p> <p>Determinar en colaboración con el medico tratante el tipo de dieta y calorías etc.</p> <p>Adm. NPT si esta indicado</p>	<p>Paciente y familiar y familias motivadas participan en el cumplimiento del régimen terapéutico</p> <p>Se cumple con el tratamiento prescrito</p> <p>Paciente tolera nutrientes parenterales y/o enteral</p> <p>Paciente sin molestias gástricas</p>
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVOS (NOC)	INTERVENCIONES(NIC)	EVALUACION (NOC)
Déficit de autocuidado : baño , higiene R/C disminución de la capacidad física	<p>Autocuidado</p> <p>baño,verter,higiene</p> <p>El paciente un estado optimo de higiene y vestido personal</p>	<p>Ayuda con los cuidados baños, vestir, higiene, arreglo personal.</p> <p>Supervisar la correcta higiene personal y vestido</p> <p>Respetar la individualidad del pacte.</p> <p>Fomentar la participación activa de la familia en relacion al baño e higiene</p>	<p>Paciente y familia participan en su cuidado personal</p> <p>Paciente queda arreglado y vestido en su unidad</p>
Dolor agudo R/C enfermedad pancreatitis	<p>Control del dolor</p> <p>Reconocer la presencia e intensidad del dolor del paciente y controlarlo</p> <p>Nivel del dolor</p>	<p>Educar al pacte. Y familia sobre el autocuidado personal</p> <p>Otorgar apoyo emocional durante la intervención</p> <p>Fomentar el confort del pacte.</p> <p>Manejo del dolor</p>	<p>Paciente aliviado evaluado según escala visual de 0-10 a 2</p>

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC)
Ansiedad R/C proceso de la enfermedad	Control de la ansiedad Paciente controlara los síntomas relacionado con la ansiedad	Apoyo emocional: comunicación empática con el paciente Escucha sus dudas, inquietud y temores Ayuda que exprese los sentimientos de ansiedad, creencia ira o tristeza Educación sobre estrategias y aspectos relacionada con su enfermedad tratamiento ,procedimiento y cuidado Facilitar la visita de sus familiares	Paciente se muestra tranquilo durante el turno Paciente expresa sentirse aliviado
Riesgo de infección R/C procedimiento invasivo: SNG via E V. VIA CENTRAL. SF	Estado de infección En el paciente se disminuirá el riesgo de infección En el paciente se detectara precozmente signo de infección	Control de infección Valoración física Evaluación de signos y síntomas de infección sistémica y localizada Observar signos de flogosis Respetar las pauta de cada procedimiento invasivo Durante todo el procedimiento tener presente la asepsia médica y quirúrgica así como práctica las normas de bioseguridad. Curación de las vías central, revisar características de la piel adyacente Realizar cambio de via E V cada 3 días Cambiar las SNG y SF al 7mo día de colocación Durante la permanencia del sondaje realizar la administración de medicamentos indicado Se adm. medicamento indicado Regulación de la temperatura Observar y registrar si hay signos y síntomas de hipertermia y colocación de la piel	Paciente no presenta signos y síntomas de infección Paciente no presenta flogosis

GUÍA DE PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA NIC NOC EN PACIENTE POLITRAUMATIZADO

DEFINICIÓN

Corresponde al paciente que ha sufrido un traumatismo violento, con compromiso de más de un sistema o aparato orgánico y a consecuencia de ello tiene riesgo de vida, las cuales pueden originar secuelas invalidantes.

CAUSAS

- Accidentes de tránsito
- Caída de altura
- Herida de bala
- Herida por arma blanca
- Aplastamiento

SIGNOS Y SINTOMAS

• Lesiones del sistema respiratorio

1. Interrupción de la vía aérea por cuerpos extraños en boca, laringe, tráquea o bronquios, como placas o prótesis dentarias, vómitos que se aspiran, sangre, hematomas del piso en la boca en traumatismos máxilofacial es.
2. Ruptura traqueo bronquial
3. Hemotórax a tensión
4. Fracturas múltiples de costillas
5. Contusión pulmonar

• Lesiones del sistema cardio-vascular

1. Hipovolemia por hemorragia fulminante, sea interna o externa.
2. Shock en cualquiera de sus formas etio-patogénicas: hipovolémico, neurogénica, cardiogenico, etc.
3. Hemopericardio con taponamiento cardíaco.
4. Hemorragia masiva por ruptura de la aorta o de los grandes vasos.

- **Lesiones del sistema nervioso central**

1. Contusión cerebral grave.
2. Hemorragia cerebral masiva

DIAGNOSTICO

- **Valoración de la respiración**

1. Volet costal: fractura en varios segmentos de costillas continuas que comprometen por lo menos 3 (movimientos respiratorios anormales)
2. Hemotórax y Neumotórax: colección de sangre y aire en espacio pleural que comprime a los pulmones.

- **Valoración de la circulación**

1. Control puntos sangrantes
2. Tensión según pulso
3. Frecuencia cardiaca
4. Tensión arterial

- **Valoración neurológica**

1. Nivel de conciencia
2. Índice de Glasgow

TRATAMIENTO

- Mantener la alineación cabeza-cuello-tronco en bloque único
- Asegurar el mantenimiento de las funciones vitales
- Tratar heridas y quemaduras
- Controlar la hemorragia aguda y prevenir el shock

PREVENCIÓN

La primera preocupación será evitar sobre todos aquellos factores que favorecen los accidentes. En general son factores difíciles de controlar, si bien en determinados tipos de accidentes, una política de prevención podría reducir las consecuencias.

POLITRAUMATIZADO

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC)
Limpieza ineficaz de la vía aérea r/c secreciones abundantes y viscosas por disminución del reflejo tusígeno secundario a depresión del SNC	Estado Respiratorio Paciente mantendrá vía aérea permeable durante el turno	Cuidados al ingreso Colocar en posición semifowler ó decúbito lateral si no esta Contraindicado por lesión Valorar el estado gral. Del Pac. Manejo de vía aérea <ul style="list-style-type: none"> • Colocación de de tubo oro faríngeo • Participación en entubación E.T. • Colocación de SNG a gravedad Aspiración de la vía aérea <ul style="list-style-type: none"> • Aspiración de secreciones Monitoreo respiratorio <ul style="list-style-type: none"> • CFV (F.R) • Oximetría • Valoración de los resultados AGA 	Paciente permanece con vía aérea permeable SAT O2=
Perfusión tisular inefectiva: CEREBRAL r/c deterioro del transporte de oxígeno, Interrupción del flujo arteriovenoso	Mejorar perfusión tisular cerebral	Mejora de la perfusión cerebral. Monitoreo Neurológico: Control de pupilas, Escala de Glasgow Estimulación cognoscitiva administración o2	Paciente mantiene una adecuada perfusión tisular cerebral. Glasgow.... Despierto Queda hemodinamicamente estable
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
Perfusión tisular inefectiva: CARDIOPULMONAR r/c deterioro del transporte de oxígeno, hipovolemia	Mejorar perfusión tisular cardiaca. Mejora perfusión tisular pulmonar	Administración de oxígeno Manejo de la vía aérea Artificial Monitoreo Respiratorio Cuidados cardiacos Valoración del estado circulatorio y hemorragias. Manejo del shock cardiaco. Prevención del shock Canalización de vía Monitoreo cardiaco Administración de terapia indicada	Paciente mantiene ritmo Sinusal. Mantiene una adecuada perfusión tisular cardiaca y pulmonar

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVOS8NOC)	INTERVENCIONES (NIC9)	EVALUACION(NOC)
Déficit de volumen de liquido R/C perdida activa de volumen sanguíneo	Equilibrio de liquido Estado de la circulación Paciente mantendrá equilibrio hemodinámica	Manejo de la hipovolemia Reposición de liquido Prevención de shock Control de la hemorragia Adm. De productos sanguíneos Regulación hemodinámica Monitoreo de los signos vitales Monitoreo hemodinámica invasivos	Paciente con signos vitales estables Hemorragia controlada Recibe transfusión sanguínea
Deterioro de la eliminación urinaria R/a Perdida de la ansiedad de la micción secundaria a traumatismo y7o coma	Eliminación urinaria Paciente recupera función mediante estimulación y/o sondaje	Cuidado de la retención urinaria si presenta globo vesical 11 am. Se realizara estimulación para lograr micción según el nivel de conciencia y lesión 11.20 sondaje vesical control de diuresis Aseo perineal	Paciente se le asistió en la eliminación queda con pañal cambiado y limpio Pacte queda con sonda Foley permeable diuresis
Deterioro de la movilidad física R/C perdida: funcional secundario a proceso neurológico	Nivel de movilidad Consecuencia de la movilidad fisiológicas El paciente conservara la tonicidad muscular durante el turno	Cambio de posición: Neurología. Cuidado en fracturas Cuidado en el reposo en cama Fomento del ejercicio Cuidado del embolismo periférico Realización de ejercicios pasivos coordinar con rehabilitación	Queda inmovilizado con tonicidad muscular conservada Se coordino con terapia física
Déficit de autocuidado, baño7higiene R/C estado neurológico, coma	Autocuidado baño Autocuidado higiene Paciente se mantendrá aseado durante el turno	Ayuda con los autocuidado. Baños/higiene Baño de esponja Cuidado de las uñas , oídos, perineal, cabello Fomento de la salud bucal	Paciente queda aseado Se realizo baño de esponja

GUÍA DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA APLICANDO EL NANDA NIC NOC EN PAC CON ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR.

DEFINICIÓN

Es la interrupción del riego sanguíneo a una parte del cerebro o cuando se produce un derrame de sangre en el cerebro o alrededor de él.

CAUSAS

-Coagulo sanguíneo (80%)

-La obstrucción de una arteria (ACV isquémico) produce trombosis cerebral embolia cerebral.

-Vasos sanguíneos rotos o dañados que derraman sangre en el cerebro o alrededor de él. ACV (Hemorrágico).

Existen dos tipos de ACV hemorrágicos: Cerebral y subaracnoideo.

Los ACV hemorrágicos producen más muertes que los isquémicos, pero los pacientes que sobreviven se recuperan mejor y sufren menos discapacidades.

SIGNOS Y SINTOMAS:

- Pérdida de fuerza en un brazo o una pierna, o parálisis en la cara.
- Dificultad para expresarse, entender lo que se le dice o lenguaje ininteligible.
- Dificultad al caminar, pérdida de equilibrio o de coordinación.
- Mareos, dolor de cabeza brusco, intenso e inusual, casi siempre acompañado de otros

Síntomas.

- Pérdida de la visión en uno o ambos ojos.

Otros:

- Parestesias, debilidad de un grupo muscular poco específico ´.episodios amnésicos breves, pequeña desorientación, etc. Son importantes porque ponen sobre aviso de la patología en

Forma precoz.

DIAGNÓSTICOS

-Examen clínico

-Exámenes por imágenes: TAC, Resonancia magnética, EEG (miden la actividad eléctrica del cerebro) Dúplex Carotideo (muestran el flujo de sangre al cerebro)

TRATAMIENTO

Administración de anticoagulantes, asistencia hospitalaria, rehabilitación y, en casos excepcionales,

Cirugía.

PREVENCIÓN

Lo fundamental es controlar los factores de riesgo asociados; fundamentalmente, son la tensión arterial, el colesterol y la diabetes.

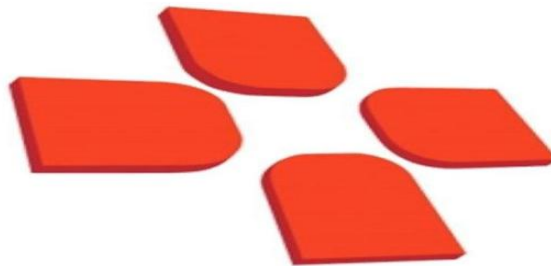
- Evitar tabaco y alcohol.
- Hacer vida sana: ejercicio físico, dieta saludable rica en verduras, frutas y grasas poli-insaturadas (EPA, DPA, DHA), con poca sal y evitando elevadas cantidades de grasas saturadas y azúcares (harinas).
- Seguir las recomendaciones del médico y enfermero de cabecera, quienes mejor conocen la situación y las enfermedades de cada individuo.
- Evitar el sobrepeso.

HEMORRAGIA INTRACRANEAL

DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
Perfusión tisular inefectiva cerebral r/c disminución del flujo arterial y venoso intracraneal	Mejorara perfusión tisular Cerebral. Pac.Mejorara perfusión cerebral paulatinamente Estado Neurológico: conciencia Pac.Mejorara el estado de conciencia y se disminuirá hipoxia cerebral	Mejora de la perfusión Cerebral. Valorar en forma constante el estado neurológico: nivel de conciencia y los cambios de reactividad a través de la escala de Glasgow y reacción pupilar Calcular y monitorear la presión de perfusión cerebral. Controlar y valorar constantes los signos vitales Administrar fármacos vasoactivos según prescripción. Mantener el nivel de glucosa y hematocrito dentro de lo normal Observar si hay signos de hemorragia. - Brindar comodidad y confort con cambios posturales restringidos	Escala de Glasgow 15. Sat O2 95% Función neurológica no Comprometida Paciente evidencia funciones vitales estables
Capacidad adaptativa intracraneal disminuida r/c lesión cerebral, aumento de la presión intracraneal y descenso de la perfusión cerebral.	Conducta de tratamiento Enfermedad o lesión. Pac.Mantendra una PIC< A 15mmHg.	Monitorización de la presión intracraneal Evitar actividades que incrementan la PIC tales como: rotación extrema del cuello. Maniobra de valsaba. Reposo en 30°	Paciente mantendrá adecuada capacidad Adaptativa. Pac queda con PIC menor a 15mmHg.
DIAGNOSTICO (NANDA)	OBJETIVO (NOC 1)	INTERVENCIONES (NIC)	EVALUACION (NOC 2)
Dolor agudo: cefalea r/c agentes lesivos por compresión de raíces nerviosas, daño de estructuras neuronales.	Dolor: respuesta Pac. Disminuirá cefalea con medidas terapéuticas.	Manejo del dolor. Valorar el dolor según la escala de Evans considerando intensidad, irradiación, duración. Administrar analgésicos ó narcóticos según indicación medica.	Paciente controla el dolor. Ausencia de cefalea
Riesgo de déficit de volumen de líquidos r/c vómitos, incremento de metabolismo y terapia anti Edema.	Equilibrio hídrico Pacte mantendrá equilibrio hídrico	Manejo de líquidos y electrolitos. Fluidoterapia controlada Administración de manitol o diuréticos según indicación.	Pac hidratado B.H.=



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



OMNIHOSPITAL
Excelencia en Atención Hospitalaria



PROGRAMA DE CAPACITACION PARA PERSONAL DE ENFERMERIA

LIC. KETTY SANCHEZ VERA

Guayaquil - 2011

1.- DIAGNOSTICO DE LAS NECESIDADES

En el quehacer diario los profesionales de Enfermería nos enfrentamos al sufrimiento de los pacientes y sus familias. Lo hacemos, en situaciones de gran incertidumbre respecto al resultado de los tratamientos. Afrontar estas cuestiones requiere mucha formación teórica y entrenamiento práctico para adquirir las habilidades necesarias en el manejo de dichos problemas. A pesar de ello, el tema de la muerte y el duelo son temas que están pendientes para resolver. Además de adquirir los conocimientos y habilidades para ayudar a los demás a vivir su duelo, es aconsejable que los profesionales de la salud recibamos el apoyo necesario por parte de los compañeros y de las instituciones.

Existen, además, resistencias individuales ante estos procesos de cuidado, y dificultades individuales y comunitarias en el afrontamiento de los mismos, por lo cual también son necesarias reflexiones socio sanitarias.

2.- FORMULACION DE OBJETIVOS ESPECIFICOS

Brindar a los profesionales de Enfermería las herramientas necesarias para cumplir con el Proceso de atención de enfermería en su quehacer diario.

Implementar Guías y Protocolos de atención su utilidad y manejo para la efectividad en la atención.

3.-SECCION Y ORGANIZACIÓN DE LOS CONTENIDOS

- Misión del Hospital, reglamentos, políticas, convenios y estructura de la UCI
- Valores y trabajo en equipo eficiente y proactivos
- Modelo de atención de enfermería
- Medicina basada en evidencia
- Proceso de Atención de Enfermería
- Protocolos de Atención de los Paciente de la UCI

4.- RECURSOS NECESARIOS

- Powlor Pont
- Refrigeradora

- Aval de la Universidad
- Invitaciones
- Oficios
- Recursos Humanos
- Carpetas
- Fotos
- Auditorio
- Video
- Laboratorios
- Amistades
- Expositores
- Trípticos
- Hojas
- Computadora
- Impresora
- Plumas

5.- SELECCIÓN DE LAS EXPERIENCIAS DE APRENDIZAJE

- Si se trata de unos tés de evaluación
- Encuesta
- Evaluación del Programa

7.- EVALUACION

Se tomara auto evaluación de conocimiento antes del curso y otro post. Curso para observar la realización de las actividades

8.- BIBLIOGRAFIA

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

1er. DIA DE CAPACITACION DE CHARLAS

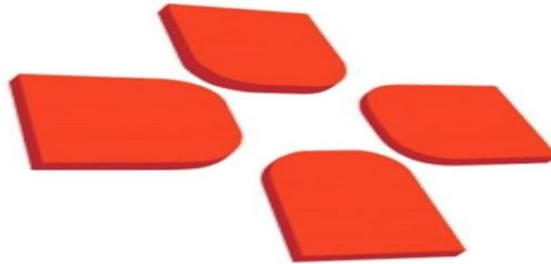
Fecha:	Temas	Expositora	Metodología	Auspicio
7/08/2011	Manejo de protocolos para la prevención de úlceras por presión	Lic. Maricela Briones	Charla y demostración	Maestrante
7/08/2011	Accidente cerebro vascular, complicaciones más frecuentes, recomendaciones	Lic. Olga Muñoz	Charla	Maestrante
7/08/2011	Manejo de protocolos de mayor relevancia que serán manejados en el servicio	Lic. Rosa Bravo	Charlas	Maestrante

2d.- DIA DE CAPACITACION Y TALLER

Fecha	Temas	Expositor	Metodología	Auspicio
8/09/2011	Criterio de la aplicación en el servicio de UCI. los protocolos	Lic. Olga Muñoz	Charla y demostración	Maestrante
8/09/2011	Validación del formato para valoración de úlceras con las participantes del área	Lic. Maricela Briones	Charla y Elaboración	Maestrante
8/09/2011	Cofre Break			Maestrante



UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA



OMNIHOSPITAL
Excelencia en Atención Hospitalaria



ENTREGA RECEPCION DE TURNO

LIC. KETTY SANCHEZ VERA

Guayaquil

13. APENDICE

RECIBIENDO PACIENTE EN UCI



PACIENTE CRITICO



CUIDADO DEL PACIENTE CRITICO EN UCI



ENTREGA Y RECEPCION DEL TURNO

1. PROPOSITO

Establecer la actividad entrega de turno en la unidad de paciente critico que asegure la calidad de atención, efectiva y eficiencia en el manejo y cuidado de los pacientes hospitalizados en UCI.

2. CAMPO DE APLICACIÓN

- Unidad del paciente critico
- Sala multiuso de UCI

3. RESPONSABLES

- Enfermera coordinadora de lunes a viernes de 8 – 16 hrs.
- Enfermera clínica en horario de 8 – 20 hrs. y de 20 – 8 am, feriados y festivos

4. DOCUMENTOS RELACIONADOS

- Hoja clínica de enfermería
- Ficha clínica
- Examen de radiografía
- Examen de laboratorio
- Hoja de indicaciones medica

5. ACTIVIDADES

1.- Se da inicio a la entrega y recepción de turno de las 8 hrs de turno del día, con la presencia de la enfermera coordinadora en horarios hábiles y las clínicas que corresponde: En el turno de la noche se inicia a las 20 hrs. Solo entre enfermeras clínicas.

2.- Se procede en forma ordenada desde el paciente ordenado en la cama n. 1 hasta la paciente cama 7 o cama 12 según corresponda si es UCI o intermedio.

3.- Se realiza descripción detallada del motivo del ingreso del paciente, que se interrelaciona con variaciones de hemodinámica, apoyo de inotropos, el uso de VMNI o VMI (detallado modo de ventilatorio, frecuencia fio2), el estado de conciencia (con escala de Glasgow) el aporte nutricional, el ritmo de la diuresis

(controles de la densidad urinaria y glucosuria), infusión y droga y balance hídrico de 12 hrs 0 24 hrs si corresponde.

4.- Se describe el tratamiento indicado en dosis, horarios y vías de administración.

5.- Se lee informe de exámenes de laboratorio alterado y se comenta conducta realizada.

6.- Paralelamente se informa del estado de la piel y los accesos venosos centrales y periféricos disponibles

7.- Se informa de situaciones especiales como tramites, pabellón, situación social.

8.- Por último se realiza comentario de situación administrativa ocurrida durante el turno, solución y situación por tomar

9.- Terminada la recepción del turno de día hábil, se realiza reunión multidisciplinaria del equipo de salud de UCI para coordinar la planificación y ejecución de tareas definidas para cada paciente hospitalizado.

6. REGISTROS

-Hoja clínica de enfermería

-Plan de atención de enfermería

-Libro de novedad de enfermería

-Hoja de planificación multidisciplinaria

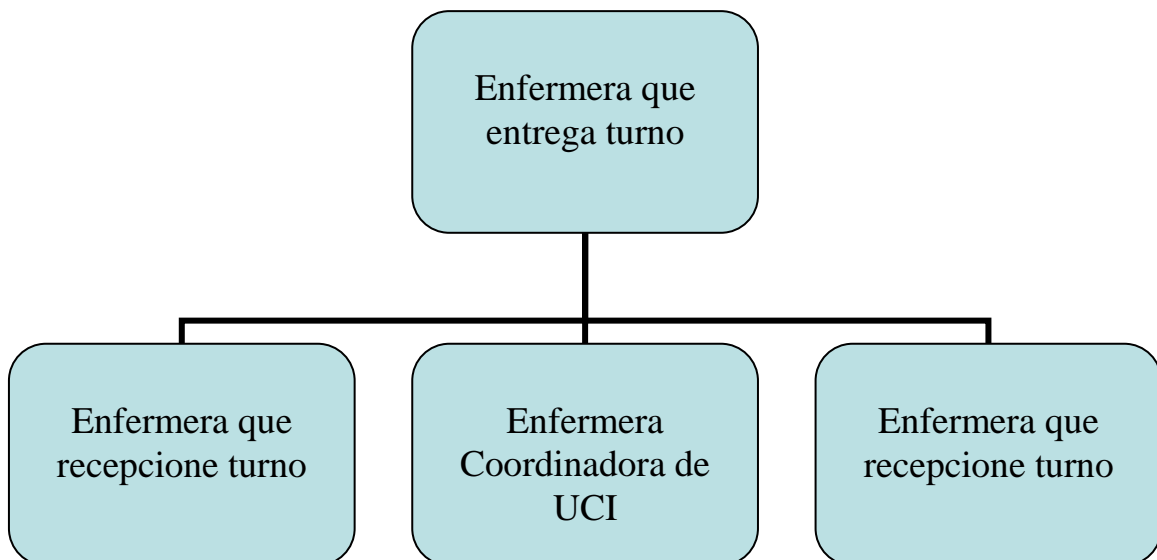
7. INDICADORES

Valoración de la entrega de turno de enfermería en UCI

Indicadores	Porcentaje de la entrega de turno de enfermería que sigue normas de UCI
Formula	$\frac{\text{N. de entrega de turno de enfermería que siguen normas} \times 100}{\text{N. total entrega de turno de enfermera}}$
Meta	90%
Priorización alto riesgo, alta frecuencia, problemas inminentes	Alto riesgo
Justificación	Seguridad en la atención del paciente Continuidad en atención del paciente
Fuente de información	Hoja de entrega de turno

	Pauta de cotejo
Periodicidad	Trimestral
Responsabilidad	Enfermera coordinadora de UCI Jefa de turno de enfermera
Descripción de metodología o forma de obtener la información	Registro de hoja de enfermera de entrega de turno Revisión pauta de cotejo

8. DIAGRAMA DE FLUJO



9. TERMINOLOGIA

- **Turno:** Jornada laboral de 12 hrs. Cronológica en modalidad de 2 turnos, que consiste en turno rotativo que incluye fines de semana y feriado que es ejecutado por la enfermera clínica.
- **Recepción y entrega de turno:** Proceso interactivo de relevo de un turno realizado entre dos o más funcionarios de salud con idéntica funciones que se traspasa información clínica administrativa que permite la continuidad en el manejo y cuidados de los pacientes hospitalizados en la unidad de pacientes críticos.

PROCESO DE ATENCION DE ENFERMERIA (P.A.E)

CONCEPTO.

El proceso de enfermería (PAE) es la aplicación del método científico a la práctica asistencial de la enfermera, Este método permite a la enfermera prestar cuidados de una forma racional lógica y sistemática.

CARARCTERISTICA DEL P.A.E.

- Tiene validez universal
- Utiliza una terminología comprensible para todos los profesionales
- Está centrado en el paciente marcado una relación directa entre este y el profesional
- Está orientado y planeado hacia la búsqueda de soluciones y con una meta clara
- Consta de cinco etapas cíclicas

OBJETIVA DEL P.A.E.

- Sirve de instrumento de trabajo para el personal de enfermería
- Imprimir a la profesión un catéter científico
- Favorecer que los cuidados de enfermería se realicen de manera dinámica, deliberada, consciente, ordenada y sistematizada
- Traza objetivos y actividades evaluables
- Mantener una investigación constante sobre los cuidados
- Desarrollar una base de conocimiento propia, para conseguir una autonomía para la enfermera y un reconocimiento social.

DESCRIPCION DE LAS ETAPAS DEL P.A.E.

Recogida y selección de datos (Valoración)

Consiste en la recogida y organización de los datos que concierne a la persona, familia y entorno, Son la base para las decisiones y actuaciones posteriores.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

Es el juicio o conclusión que se produce como resultado de la valoración de enfermería.

PANIFICACION

Se desarrolla estrategias para prevenir, minimizar o corregir los problemas, así como promocionar la salud.

EJECUCION O INTERVENCION

Es la realización o puesta en práctica de los cuidados programados.

EVALUACION Comparar la repuesta de la persona, determinar si se han conseguido los objetivos establecidos.

10. LISTA DE CHEQUEO PARA LA ENTREGA DE TURNO DE ENFERMERIA

Nombre del observador -----

Área -----

Fecha -----

	Si	No	N/a	No
Entrega de turno presencial				
Se sigue orden de turno preestablecido de cama paciente según norma				
Descripción de tratamiento médico, dosis, vía, horario				
Informe del estado de piel, accesos venosos centrales y periféricos				
Comentario de situación administrativa ocurrida durante el turno				

N. de pasos Observados -----

Comentarios -----

Adjuntos -----



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
ENCUESTA: GRADO DE SASTIFACION DE LOS FAMILIARES DEL USUARIOS
DE LA UCI.

OBJETIVO: obtener un conocimiento de la percepción de los usuarios sobre la calidad de la atención en la unidad de cuidados intensivos de adultos.

Nuestro equipo de trabajo ha preparado una encuesta para conocer el grado de satisfacción por la atención recibida a fin de mejorar la calidad de nuestro servicio. Nos comprometemos a mantener en reserva la información que usted nos proporcione para nuestra investigación.

Marque una “x” en la opción que usted seleccione

- Cómo considera la atención médica que ha recibido su familiar en la UCI?
 - Buena
 - Regular
 - Mala
- Cómo califica el tratamiento esperado a su familiar?
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
- Recibió información comprensible y oportuna sobre el estado de gravedad del paciente?
 - Buena
 - Regular
- Cómo considera el tiempo de espera para el ingreso a la unidad?
 - Corto
 - Prolongado
 - Razonable
- Cómo le parece el trato que recibe su familiar?
 - Bueno
 - Regular
 - Malo
- Cómo le parece el trato que recibe su familiar de la enfermera profesional?
 - Bueno
 - Regular
 - Malo

- Cómo le parece el trato que recibe su familiar por la auxiliar de enfermería?

Bueno

Regular

Malo

Observaciones sobre las respuestas y comentarios adicionales para mejorar la atención

.....

.....

.....

.....

.....

Muchas gracias por su colaboración con esta investigación

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD PÚBLICA
ENCUESTA DE SASTIFACION PARA EL CLIENTE INTERNO

OBJETIVO: contribuir con el mejoramiento de la organización a partir de los resultados obtenidos en la investigación, identificando problemas y puntos débiles del sistema susceptibles de resolver con la adopción de medidas apropiadas por el equipo de trabajo de la unidad de cuidados intensivos de adultos.

Nuestro equipo de trabajo ha preparado una encuesta para conocer el grado de satisfacción por el ambiente laboral, a fin de mejorar la calidad de nuestro servicio. Nos comprometemos a mantener en reserva la información que usted nos proporcione y a enviarle el resultado de nuestra investigación.

Marque una “x” en la opción que usted seleccione

1. Existe un documento que describa en detalle sus funciones y responsabilidades de trabajo en el servicio?
 SI
 No
 No sabe
2. Cómo califica la calidad de atención que el servicio presta a los usuarios externos?
 Buena
 Regular
 Mala
3. Cómo define el ambiente de trabajo en el servicio?
 Bueno
 Regular
 Malo
4. Cómo califica el ambiente de trabajo en cuanto a infraestructura? :
 Bueno
 Regular
 Malo

5. Cómo califica el ambiente de trabajo en cuanto a iluminación?
- Bueno
 - Regular
 - Malo
6. Cómo califica el ambiente de trabajo en cuanto a nivel de ruido?
- Bueno
 - Regular
 - Malo
7. Cómo califica el ambiente de trabajo en cuanto a ventilación?
- Bueno
 - Regular
 - Malo
8. Existe un manual técnico administrativo de normas y procedimientos para la atención de enfermería actualizado?
- Si
 - No
 - No Sabe
9. El nuevo personal recibe inducción por el equipo de trabajo?
- Siempre
 - A veces
 - Nunca
10. Cómo percibe las relaciones de trabajo con sus compañeros de equipo?
- Buenas
 - Regulares
 - Malas
11. Considera que la calidad de la atención puede mejorar con la implantación de un manual de normas y procedimientos?
- Si
 - No
12. Considera que su jefe apoya las decisiones de equipo de trabajo?
- Siempre
 - A veces
 - Nunca

13. Tiene respaldo de su líder para sus iniciativas de trabajo?

Siempre

A veces

Nunca

14. Dispone del equipamiento necesario para realizar bien su trabajo?

Siempre

A veces

Nunca

15. Qué opina de la entrega recepción de turno

Buena

A Regular

Mala

16. Como considera la calidad de la enfermera en la UCI

Buena

Regular

Mala

17. Puede Ud. Describir como era la atención de enfermería en UCI antes

Buena

Regular

Mala

Sugerencias o comentarios adicionales para mejorar la atención

.....
.....

Muchas gracias por su aporte a esta investigación

UNIVERSIDAD TÉCNICA PARTICULAR DE LOJA

Escuela de Medicina

MAESTRIA EN GERENCIA INTEGRAL DE SALUD

PARA EL DESARROLLO LOCAL

TEMA:

“MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION A PACIENTES CRITICOS QUE INGRESAN A LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS, DEL HOSPITAL DOCENTE OMNIHOSPITAL, DE LA CIUDAD DE GUAYAQUIL .AÑO 2011”

El siguiente es un cuestionario con preguntas al personal de enfermería de UCI, que se refiere a elaborar y aplicar protocolos básicos de atención; como también de las causas Más frecuentes de ingreso a esta área. Además conseguir estandarizar estos protocolos a futuro. El encuestado no necesita colocar su nombre.

Agradeciendo de antemano su participación.

ENCUESTA REALIZADA AL PERSONAL DE ENFERMERIA DEL AREA DE UCI

1.- ¿Considera que el profesional de enfermería es necesario que trabaje con protocolos de atención del paciente critico?

Si No

2.- ¿Es necesario la comunicación- información concreta de cada paciente critico con otros profesionales para llevar a cabo una atención integral?

Si No

3.-¿Conoce los procedimientos básicos de atención para estos tipos de pacientes?

Si No

4.- ¿De acuerdo a los protocolos que se establece en el área usted lo aplicaría en paciente críticos?

Si No

5.- ¿Brinda calidad de atención a los pacientes Hospitalizados en UCI según sus necesidades individuales?

Si No