



UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
ESCUELA DE MEDICINA
MAESTRÍA EN GERENCIA DE SALUD PARA EL DESARROLLO
LOCAL

“PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA
UNIDAD DE CUIDADOS NEONATALES DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE
SALUD SUR, QUITO SEPTIEMBRE 2009 – 2010”

TESIS PREVIA A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MASTER EN GERENCIA
DE SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL

AUTORA

LIC. LIGIA SALAZAR POZO

DIRECTORA

DRA. MARIA DE LOURDES VELASCO GARCÉS

QUITO – ECUADOR
2010

CERTIFICACIÓN

Dra.

María de Lourdes Velasco Garcés

DIRECTORA DE TESIS

CERTIFICA:

Que ha supervisado el presente trabajo titulado “PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN DE CALIDAD EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR QUITO SEPTIEMBRE 2009 – 2010” el mismo que está de acuerdo con lo estudiado por la Escuela de Medicina de la UTPL, por consiguiente autorizo su presentación ante el tribunal respectivo.

Quito, DM Julio 2010

(f).....

Dra. María de Lourdes Velasco

AUTORÍA

Todos los criterios, opiniones, afirmaciones, análisis, interpretaciones, conclusiones, recomendaciones y todo lo demás aspectos vertidos en el presente trabajo son de absoluta responsabilidad del autor.

Quito, DM Julio del 2010

(f).....

Lic. Ligia Salazar Pozo

CI 1802653384

CESIÓN DE DERECHO

“Yo, Ligia Salazar Pozo declaro conocer y aceptar la disposición del Art 67 del Estatuto Orgánico de la Universidad Técnica Particular de Loja que en su parte textualmente dice: “Forma parte del patrimonio de la Universidad la propiedad intelectual de investigación, trabajos científicos o técnicos y tesis de grado que se realizan a través, o con el apoyo financiero, académico o institucional (operativo) de la Universidad.

Quito, DM Julio del 2010

(f).....

Lic. Ligia Salazar Pozo

CI 1802653384

DEDICATORIA

A mi familia por haber sido mi aliciente para alcanzar uno de mis metas en el desarrollo profesional, al personal del servicio de Cuidados Intensivos Neonatales que han apoyado directamente e indirectamente en la realización de este proyecto.

A los recién nacidos hospitalizados en el servicio y sus familiares que fueron mi motivación en busca del mejoramiento de una atención más humana y de calidad.

La Autora

AGRADECIMIENTO

Expreso mi más sincero e imperecedero agradecimiento al personal docente y administrativo del programa de maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local de la Universidad Técnica Particular de Loja por la oportunidad brindada para el mejoramiento y capacitación profesional. En especial en la persona de la Dra. María de Lourdes Velasco, quien con ayuda, paciencia y profesionalismo supo orientarme y motivarme para conseguir los objetivos propuestos.

A la Unidad Municipal de Salud Sur por la predisposición y apoyo incondicional en el desarrollo de este proyecto de acción y en especial al personal del servicio de Cuidados Intensivos Neonatales que sin su colaboración no se hubiera realizado el mismo.

A mi querida familia y amigas en especial a Consuelito, Beatriz, Amparito de las cuales llevo las mejores enseñanzas.

LIGIA



UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

CERTIFICACIÓN

Quito, 12 de Julio del 2010.

A quien interese:

Por medio del presente certifico que la Licenciada Ligia de los Ángeles Salazar Pozo desarrolló el proyecto de acción “Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Municipal de Salud Sur, 2010”. Dicho proyecto ha contribuido al mejoramiento de la calidad de atención, a través de la unificación de criterios con la **ELABORACIÓN E IMPLEMENTACIÓN DE PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA** en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, así como al fortalecimiento de la imagen institucional en nuestros usuarios.

Cabe resaltar que dicho proyecto sirve de base para impulsar y viabilizar en nuestra institución prestaciones de salud de calidad, a menor costo y alta efectividad.

Atentamente,

Dr. Ricardo Gutiérrez
DIRECTOR UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

INDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	PÁGINAS
Carátula	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Cesión de Derecho	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento	vi
Certificación Institucional	vii
Índice	viii
APARTADOS	
1. Resumen	1
2. Abstract	3
3. Introducción	4
4. Problematización	6
5. Justificación	19
6. Objetivos	20
7. Marco Lógico	21
8. Diseño Metodológico	43
9. Resultados	51
10. Conclusiones	187
11. Recomendaciones	189
12. Bibliografía	190
Anexos	192

1.- RESUMEN

La atención a los pacientes neonatos y más aun críticos demanda un esfuerzo integral de mejora continua de la calidad donde participen todos los involucrados de los diferentes procesos con el fin de proveer producto y servicios que satisfagan las necesidades del usuario tanto externo como interno del servicio de cuidados intensivos neonatales.

Según estadísticas de la Unidad Municipal de Salud Sur en el año 2009 nacieron 2617 entre parto normal y cesárea de las cuales 197 fueron prematuros y/o a término que presentaron complicaciones e ingresaron a la UCI.

A través de la observación directa, encuestas de satisfacción a los padres de recién nacidos ingresados en UCI se detectaron problemas que inciden en la calidad de atención, siendo los más sobresalientes: la falta de programa de capacitación continua de acorde a las necesidades del personal, la no aprobación de protocolos y normas de atención de Enfermería por parte de las autoridades dando como resultado el cumplimiento sujeto a la discrecionalidad de los profesionales, la falta de un programa de apoyo psicológico a los padres de los Rn, la no existencia de información escrita a los padres sobre normas del servicio. Constituyen entre otros factores los que motivan a la realización del presente proyecto de intervención dirigido a los recién nacidos que se encuentran hospitalizados en el servicio de UCI de la Unidad Municipal de Salud Sur.

Resultados que redundan positivamente en el desempeño del personal del servicio al brindar atención altamente eficiente y humanamente cálida a los Rn que ingresan al servicio, familia y comunidad.

2.- ABSTRACT

Care for neonates and even more critical demand a comprehensive effort to continuously improve the quality forum including all the different processes involved in order to provide products and services that meet customer needs both external and internal service neonatal intensive care.

According to statistics from the Municipal Health Unit South in 2009 born 2617 between normal delivery and caesarean section of which 197 were preterm and / or term complications and were admitted to the ICU.

Through direct observation, satisfaction surveys to parents of newborns admitted to the UCI were detected problems that affect the quality of care, the most remarkable: the lack of continuous training program tailored to the needs of staff non-approval of protocols and standards of nursing care by the authorities resulting in the compliance subject to the discretion of professionals, the lack of a psychological support program for parents of newborns, the absence of written information parents about standards of service.

They are among the factors that motivate the implementation of this intervention project aimed at infants who are hospitalized in the ICU service in the Unidad Municipal de Salud Sur.

With positive results on the performance of service personnel to provide highly efficient and humane care to warm RN entering the service, family and community.

3.- INTRODUCCIÓN

La experiencia más intensa del ser humano es su nacimiento, el bebé irrumpe en este mundo un primer sentimiento: la férrea voluntad de vivir; sin embargo es un proceso muy complejo debido a que tanto la madre como el niño experimentan muchos cambios físicos y emocionales.

El recién nacido debe llevar a cabo muchos ajustes físicos a la vida fuera del cuerpo de su madre, salir del útero significa que ya no puede depender de la circulación de la placenta de su madre para las funciones fisiológicas importantes. Los aparatos y sistemas del recién nacido funcionan en conjunto de forma completamente nueva. A veces el recién nacido puede presentar dificultad para llevar a cabo esta transición, nacer prematuramente, sufrir un parto difícil, defectos congénitos entre otras puede ser que estos cambios sean aun más desafiantes, afortunadamente se dispone de una unidad de cuidados intensivos.

La unidad de cuidados intensivos neonatales combina tecnología avanzada y profesionales de salud capacitados para brindar cuidados especiales a los pacientes más pequeños. Esta realidad obliga a la institución a ser altamente competitiva para enfrentar los desafíos de este tipo de cuidados complejos que requieren estos pacientes.

La UMSS es un hospital de tercer nivel que brinda atención materno infantil, cuenta con el servicio de cuidados intensivos neonatales adecuadamente equipada y organizada, brinda atención a recién nacidos críticos, cuya condición pone en amenaza la vida. Estos pacientes requieren atención especializada, largos periodos de hospitalización que representa altos costos y sujetos a presentar innumerables complicaciones. La hospitalización de un recién nacido de cuidados intensivos provoca niveles elevados de estrés en sus padres y familiares.

Esta realidad demanda un esfuerzo integral de mejora continua de la calidad en el que participación de los actores de los diferentes procesos es vital.

La atención que presta la UCIN se logra a través del mejoramiento continuo, capacitación, cambios de paradigmas, mejoramiento de los procesos, trabajo en equipo, la voluntad de ser mejores pero sobre todo del convencimiento de que en nuestras manos se encuentra la vida de las personas.

Se propone entonces realizar un proyecto en donde se conjuguen esfuerzos para que el servicio de cuidados intensivos neonatales cuente con un programa de mejoramiento de la calidad de atención dirigido a los usuarios internos y externos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de esta institución.

El presente proyecto tiene factibilidad para su desarrollo en la UMSS ya que cuenta con Certificación ISO 9001-2000 y ha implementado el modelo de Administración por Procesos, lo que ha permitido reorientar sus indicadores hacia el logro de objetivos, y algo importante el compromiso de las autoridades y las personas involucradas en el proceso.

Con la motivación y una cultura de cambio, el personal del servicio de UCIN trabajaría en beneficio permanente de los usuarios externos y un ambiente de trabajo óptimo.

4.- PROBLEMATIZACIÓN

La atención a los pacientes neonatos y más aún críticos demanda un esfuerzo integral de mejora continua de la calidad donde participen todos los involucrados de los diferentes procesos con el fin de proveer productos y servicios que satisfagan las necesidades del usuario.

En el año 2007 la Unidad Municipal de Salud Sur alcanza la Certificación ISO 9001- 2000 del Proceso de Parto Normal, manteniendo la Certificación en el año 2008 y con la intención de certificar todos sus procesos en el año 2009. Meta incumplida por falta de decisión política de nuevas autoridades seccionales.

A partir del mismo año inicia la Administración por Procesos vigente hasta el momento. Según estadísticas de la Unidad Municipal de Salud Sur en el año 2009 hubo 2617 nacimientos entre parto normal y cesáreas de las cuales 197 fueron prematuros y/o a término que presentaron complicaciones e ingresaron a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

El personal tanto Médico como de Enfermería consientes de su rol en el cuidado intensivo de los pacientes trabaja bajo el esquema de normas y protocolos de atención cuyo cumplimiento está sujeto a la discrecionalidad de los/as profesionales al no disponer de aprobación ni validación institucional, tampoco intervienen los diferentes Comités en el monitoreo y control de su ejecución.

A través de la observación directa, y encuestas de satisfacción a los padres de recién nacidos de UCIN se han detectado problemas que inciden en la calidad de atención. Para sustentar esta problemática se diseño y aplicó encuestas, una diseñada para el cliente interno y externo que arrojaron los siguientes resultados:

INFORMACIÓN IMPARTIDA A LOS PADRES DEL RECIEN NACIDO POR EL MEDICO SOBRE CONDICIÓN DE SALUD DE SU HIJO/A.

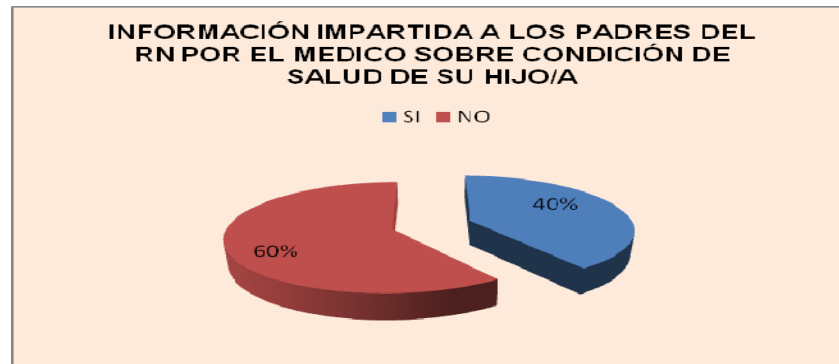
TABLA Nº 1

INFORMACIÓN SOBRE CONDICIÓN DEL RECIEN NACIDO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	40%
NO	6	60%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 1



FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 40% de los padres/madres manifiestan que la información sobre la condición de salud de su hijo proporcionada por el médico es entendida totalmente, mientras que en un 60% de los encuestados refieren que no entienden la información ya que el médico utiliza términos desconocidos por los padres.

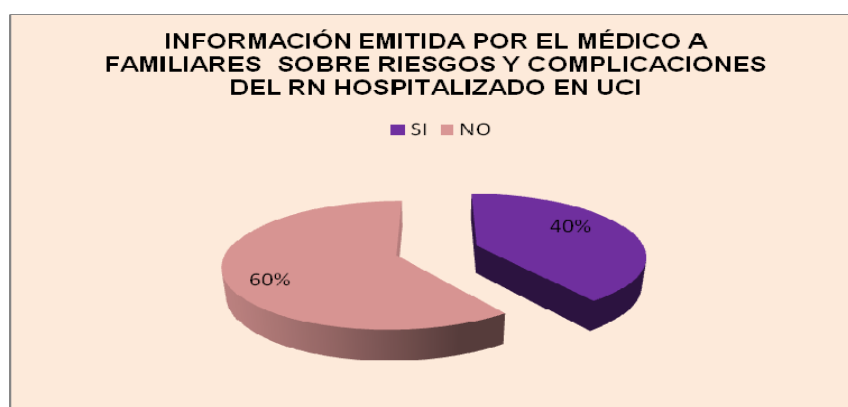
INFORMACIÓN EMITIDA POR MÉDICO A FAMILIARES SOBRE RIESGOS Y COMPLICACIONES DEL RECIEN NACIDOS HOSPITALIZADO EN UCI.

TABLA Nº 2

INFORMACIÓN POR EL MÉDICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	40%
NO	6	60%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 2



FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 40% de los encuestados refieren que el médico si les informa sobre los riesgos y complicaciones que puede presentar su hijo, mientras que en un 60% el médico no les informo sobre este particular. Es importante que el médico al momento del ingreso del RN a la UCIN informe a sus padres sobre la condición y riesgos que puede o no presentar su hijo.

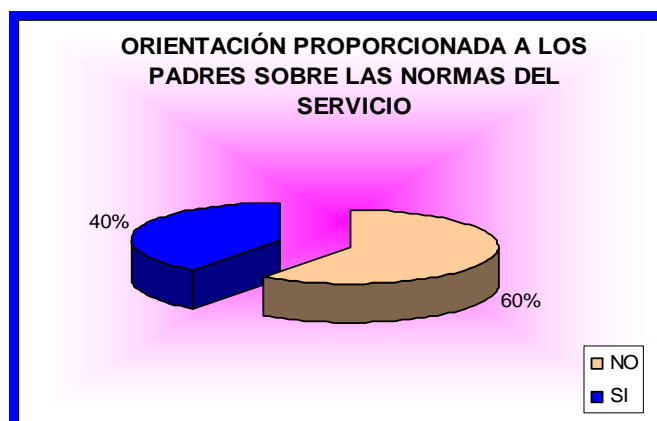
ORIENTACIÓN A LOS PADRES POR EL PERSONAL SOBRE NORMAS GENERALES DEL SERVICIO DE UCI

TABLA Nº 3

INDUCCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	4	40%
NO	6	60%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICOS Nº 3



FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 40% de los padres refieren que no son orientados sobre las normas de funcionamiento del servicio de UCIN, mientras que en un 60% si son orientados y respetan las normas del servicio.

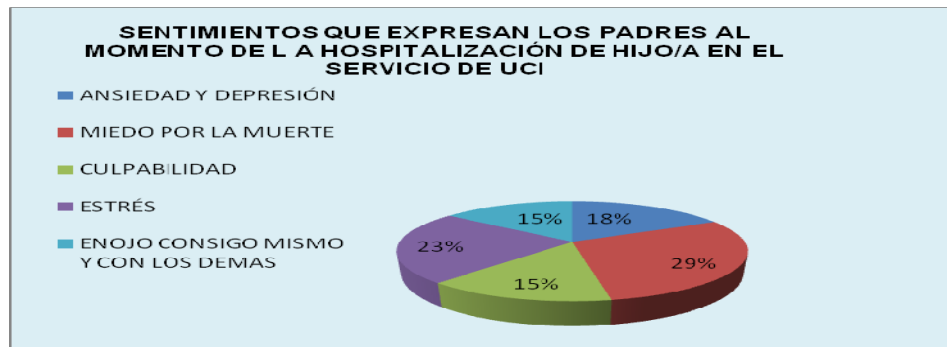
SENTIMEINTOS QUE EXPRESAN LOS PADRES AL MOMENTO DE LA HOSPITALIZACIÓN DE SU HIJO/A EN EL SERVICIO DE UCI

TABLA Nº 4

SENTIMIENTOS EXPRESADOS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Ansiedad y Depresión	6	18%
Miedo por la muerte	10	29%
Culpabilidad	5	15%
Estrés	8	23%
Enojo consigo mismo y con los demás	5	15%

FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 4



FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

ANALISIS:

El 28% de los padres de los RN expresan el sentimiento de miedo por la muerte de su hijo seguido del 24% que presentan un grado de estrés, los padres en un 18% se encuentran con ansiedad y depresión mientras que en un 15% corresponde a sentirse culpables y enojados consigo mismo y con los demás. Por tanto es necesario implementar un plan de apoyo psicológico para los padres.

NIVEL DE SATISFACCIÓN EN LA ATENCIÓN QUE BRINDA EL SERVICIO DE UCI.

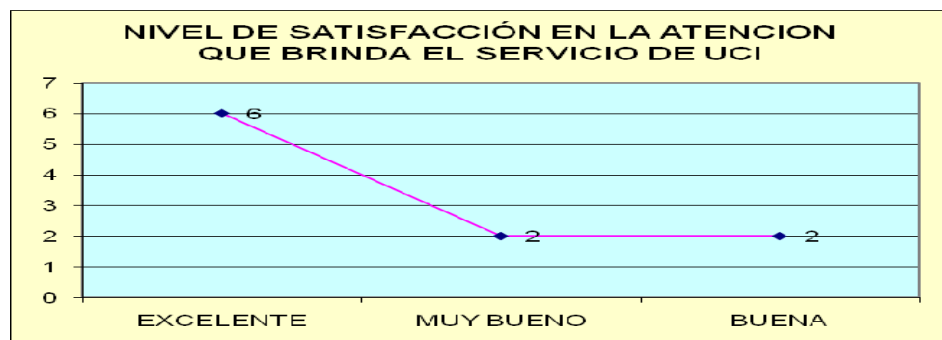
TABLA Nº 5

NIVEL DE SATISFACCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	6	60%
MUY BUENA	2	20%
BUENA	2	20%
REGULAR	0	0%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 5



FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 60% de los padres manifiestan que el servicio de UCIN es excelente, mientras que en un 20% refieren que es muy buena a buena la atención que reciben su hijo. Por tanto es importante seguir trabajando por la satisfacción de las necesidades tanto del RN como de sus padres.

RECOMENDACIÓN DE LOS PADRES Y MADRES DE RN A OTRAS PERSONAS SOBRE EL SERVICIO DE UCI.

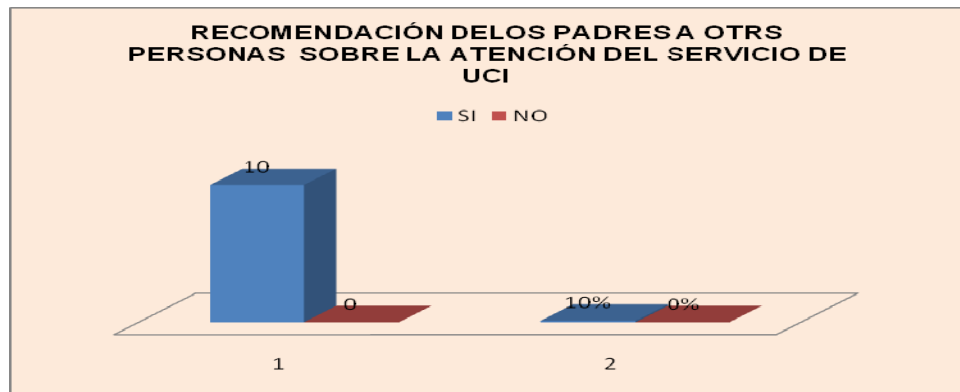
TABLA Nº 6

RECOMENDACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	100%
NO	0	0%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 6



FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 100% de los padres de los recién nacidos que se encuentran hospitalizados en la UCIN si recomendarían a otras personas el servicio.

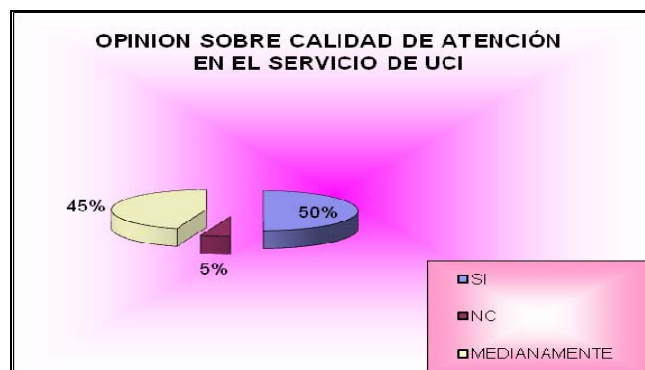
OPINION SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE UCI

TABLA Nº 7

OPINION	FRCUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	50%
NO	1	5%
MEDIANAMENTE	9	45%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 7



FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

ANALISIS:

El 50% del personal encuestado conoce la definición de calidad de atención, el 45% tiene una idea pero no define claramente, mientras que en un 5% desconoce los principios de calidad de atención. Por lo que es necesario reforzar conocimientos en el personal.

PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCION DE ENFERMERÍA CONTRIBUYEN AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DEL SERVICIO DE UCI

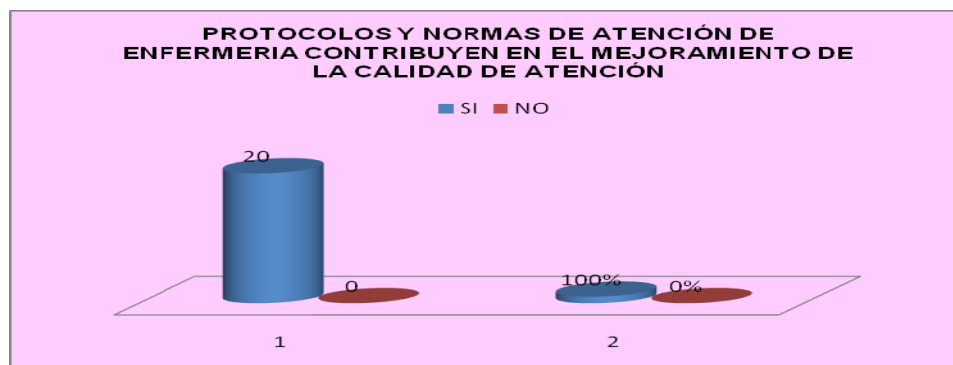
TABLA Nº 8

PROTOCOLOS Y NORMAS CONTRIBUYEN EN EL MEJORAMIENTO DE LA ATENCIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	100%
NO	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCI de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 8



FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCI de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

ANALISIS:

El 100% de las personas encuestadas refieren que la estandarización de la atención por medio de protocolos o normas de atención contribuyen al mejoramiento de la calidad. Lo importante es que los protocolos o normas estén aprobados por las autoridades competentes para evitar que los profesionales aplique los protocolos según su criterio.

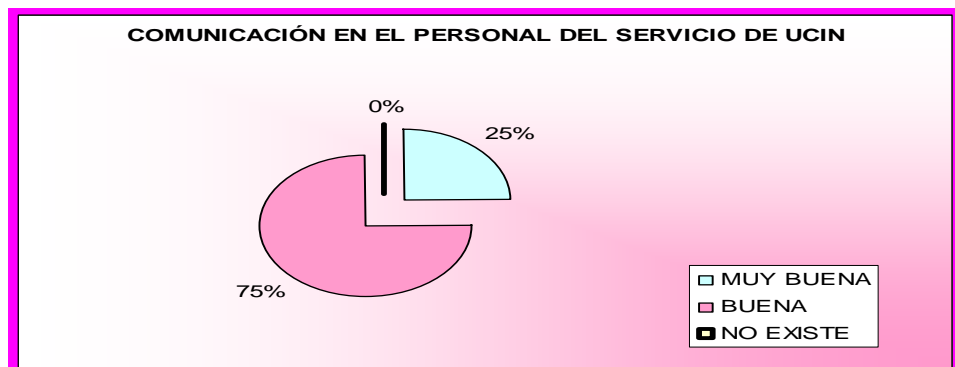
GRADO DE COMUNICACIÓN EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE UCI

TABLA Nº 9

GRADO DE COMUNICACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	0	0%
MUY BUENA	5	25%
BUENA	15	75%
NO EXISTEN	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 9



FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 75% de las personas encuestadas manifiestan que entre en personal del servicio de UCIN es buena mientras que en un 25% es muy buena esto depende del grado de empatía que presenta el personal. Es importante mantener canales eficientes de comunicación.

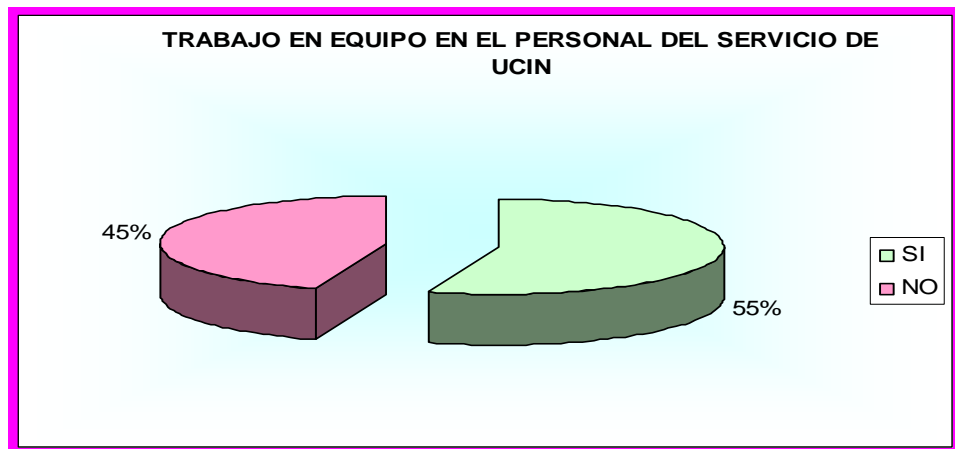
TRABAJO EN EQUIPO EN EL PERSONAL DEL SERVICIO DE UCI

TABLA N° 10

TRABAJO EN EQUIPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	55%
NO	9	45%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO N° 10



FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCIN de la UMSS
ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 55% del personal del servicio de UCIN trabaja en equipo, mientras que en un 45% no lo realiza por diversas circunstancias por falta de un programa de inducción dirigido a las personas que ingresan a trabajar en el servicio de UCIN. Por tanto es importante capacitar sobre este tema a todo el personal.

IMPORTANCIA DE LA IMPLEMENTACIÓN DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE LA UMSS.

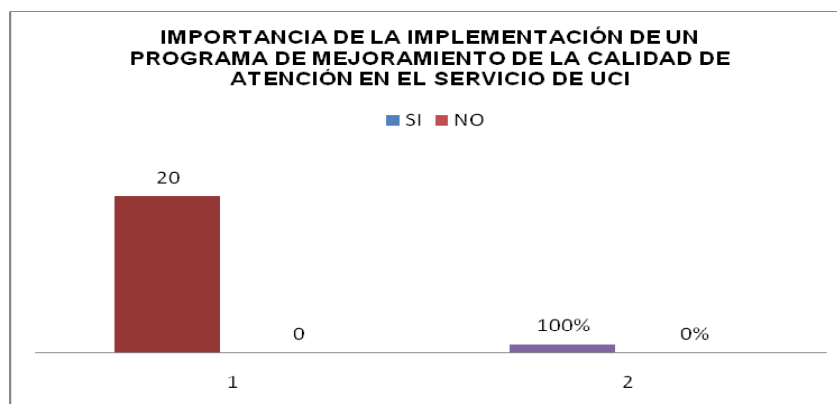
TABLA Nº 11

IMPORTANCIA DE LA IMPLEMANTACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	100%
NO	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Padres/madres de RN hospitalizados en la UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 11



FUENTE: Personal Médico y de Enfermería del servicio de UCIN de la UMSS

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 100% del personal está de acuerdo que se debe diseñar e implementar un Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención del Servicio de UCIN para alcanzar la excelencia y se toma la decisión de involucrarse para el desarrollo del mismo.

El insuficiente personal de Enfermería, infraestructura caduca, falta de insumos, accesorios y repuestos debido a trámites burocráticos, protocolos y normas de atención no aprobados, incumplimiento de normas y protocolos, la inexistencia de un programa de inducción para Médicos Potsgradistas, información inadecuada e incompleta a los padres del RN relacionado con la condición de su hijo, falta de orientación a familiares sobre normas funcionales del servicio, no existencia de apoyo psicológico a los padres para enfrentar y aceptar la condición del niño, determinan el diseño e implementación del programa de mejoramiento de la calidad de atención en la unidad de cuidados intensivos neonatales de la Unidad Municipal de Salud Sur.

El presente proyecto tiene una relevancia científica, humana y social al concebir al neonato como un ser humano integral que requiere una atención de calidad, con una connotación holística en pro de su bienestar, el de su familia y de la sociedad.

5.- JUSTIFICACIÓN

La calidad de atención en el servicio de cuidados intensivos neonatales que degenera la imagen institucional reflejada el nivel de satisfacción de los padres de los recién nacidos hospitalizados en el área que demandan mejor atención.

El cumplimiento de protocolos y normas sujeto a la voluntad de las personas.

La falta de vigencia de los comités institucionales.

La falta de operatividad de los convenios con las Universidades formadoras de profesionales sanitarios.

La falta de programas de capacitación continúa de acorde a las reales necesidades del personal.

El incumplimiento de los procesos administrativos para la dotación de equipos, materiales e insumos.

El clima laboral hostil que desconoce el trabajo en equipo así como las relaciones humanas.

La conceptualización del paciente como una patología más no como un ser humano.

Constituyen entre otros factores los que me han motivado la realización del presente proyecto de intervención para lograr calidad de atención al usuario de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, poniendo énfasis a la capacitación, las relaciones humanas, aplicación de protocolos aprobados, adopción de nuevos enfoques empresariales tendientes a demostrar que siendo entidad pública puede llegar a la excelencia.

Los resultados del presente trabajo redundaran positivamente en el desempeño del usuario interno reflejado en una atención altamente eficiente y humanamente cálida a los usuarios externos.

6.- OBJETIVO GENERAL

- Desarrollar un Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención dirigido al usuario interno y externo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Municipal de Salud Sur.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- Establecer la línea de base sobre la situación de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Municipal de Salud Sur.
- Socializar e institucionalizar el programa de mejoramiento de la calidad de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Capacitar al personal multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales sobre temas referentes a calidad, atención de recién nacido crítico motivación.
- Diseñar e implementar un tríptico informativo para padres de recién nacidos hospitalizados en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Desarrollar un programa de apoyo psicológico a padres de recién nacidos de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.
- Estandarizar la atención al paciente mediante la aplicación de protocolos y normas en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la Unidad Municipal de Salud Sur.
- Evaluar el proyecto.

7.1 MARCO INSTITUCIONAL

7.1.1 ASPECTO GEOGRAFICO UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

La Unidad es un hospital de tercer nivel que brinda atención materna infantil con personal especializado y con tecnología de punta. Tiene una superficie total de 4908 m², 3437 m² corresponde al área construida y el resto corresponde al parqueadero.

Está dividido en dos edificios, uno nuevo correspondiente a la Torre de Consultorios para la Consulta Externa a partir del primer piso y en la planta baja se ubica Estadística y Caja; y el edificio contiguo que es el que se mantiene desde su construcción abarca los servicios de Hospitalización, Centro Quirúrgico Obstétrico, Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, Emergencia y Servicios Complementarios: Rx, Laboratorio, y Ecografía en la primera planta y en la segunda planta se encuentra ubicada el área de Neonatología en el extremo sur y toda la parte administrativa en el extremo norte: Dirección, Jefatura Técnico Médica, Jefatura Administrativo Financiera, Jefatura de Enfermería, Tesorería, entre otros.

Junto al parqueadero se encuentra el área de Mantenimiento.

7.1.2 DINÁMICA POBLACIONAL

Ubicado en la zona sur de Quito, en el sector de El Camal, brinda atención a la población de clase social media y baja de toda el Distrito Metropolitano de Quito es un hospital de referencia de todo el país al disponer de los servicios de Cuidados Intensivos Neonatales, Cardiología y Cardiotorácica.

A su alrededor se encuentran ubicados varios centros educativos, religiosos, comerciales y en lo relacionado a salud se encuentran innumerables centros privados.

Los usuarios acuden a la Unidad en procura de atención gineco obstétrica, pediátrica y de cardiología, inmunizaciones básicamente. El servicio de Emergencia limita su atención hacia estas especialidades, y se observa poca demanda por otro tipo de urgencias clínicas.

7.1.3 MISION DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

“Proveer servicios especializados en Ginecología y Pediatría, con atención de calidad, profesionalismo, ética y responsabilidad social, contribuyendo al bienestar y salud de la comunidad del Distrito Metropolitano de Quito.”

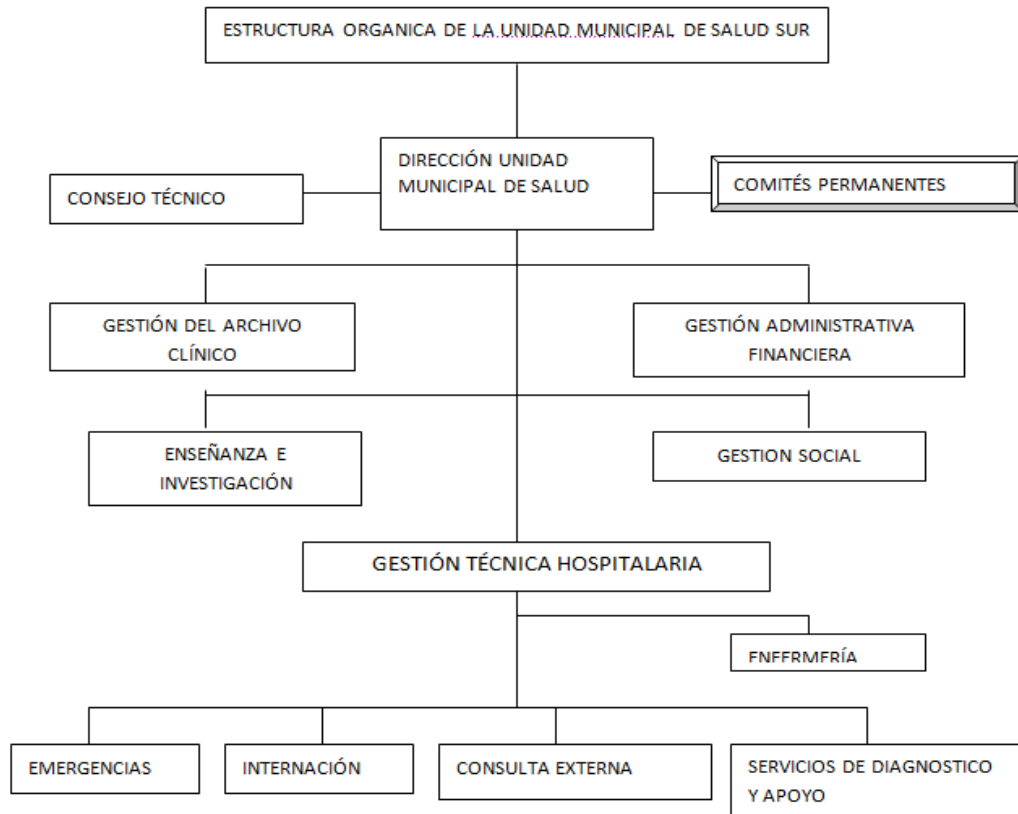
7.1.4 VISION DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR

“Liderar la atención en salud gineco-obstétrica y pediátrica con calidad certificada, ética y responsabilidad social en el Distrito Metropolitano de Quito”.

7.1.5 ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA

La organización de la Unidad constituye la base piramidal para su funcionamiento dentro de la Estructura Orgánica Funcional de la Administración Municipal.

ORGANIZACIÓN ADMINISTRATIVA



En el organigrama se puede identificar:

NIVEL: OPERATIVO

SUBORDINADAS DIRECTAS:

- Gestión del Archivo Clínico
- Gestión Administrativa Financiera
- Enseñanza e Investigación
- Gestión Social

GESTION TECNICA HOSPITALARIA:

Enfermería

Emergencias
Internación
Consulta Externa
Servicios de Diagnóstico y Apoyo

7.1.6 SERVICIOS QUE PRESTA LA INSTITUCION

La Unidad Municipal de Salud Sur es un hospital de tercer nivel que brinda atención de Consulta Externa y Hospitalización en las especialidades de Ginecología, Obstetricia, Pediatría, Cardiología, Cirugía Cardiorácica, Neonatología y dispone de una moderna Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales.

Brinda atención eficaz y eficiente a mujeres y niños para contribuir al mejoramiento del nivel de salud y la calidad de vida de la población, a través de la revisión permanente de sus procesos para lograr la satisfacción de los usuarios.

Desarrolla programas de capacitación para el personal de la institución.

Participa en ejecución de planes docentes a través de convenios con Universidades del país: Central, U. Católica, Técnica del Norte, Chimborazo para la formación, especialización y capacitación de profesionales y afines.

Proyecta atención materna infantil hacia los barrios rurales de Quito por medio de unidades móviles que disponen de personal especializado.

7.1.7 DATOS ESTADISTICOS DE COBERTURA

La Unidad Municipal de Salud Sur es un hospital con capacidad de 34 camas en Hospitalización, 34 unidades en Neonatología y 10 unidades en UCI. En el último año se

registró una subocupación de camas debido a los altos costos por concepto de Farmacia, la misma que fue tercerizada como parte de las políticas municipales de aquel momento. El área de Hospitalización registró una ocupación del 48% y el área de Neonatología una ocupación del 38%, el área de Cuidados Intensivos mantuvo una ocupación superior al 80%.

En el año 2008 en la UMSS se atendieron 60.480 pacientes en el área de Consulta Externa (Pediatria, Ginecología, Cardiología); 14.211 atenciones en Emergencia, 39.972 exámenes especiales, 16.804 inmunizaciones y 4.414 pacientes se hospitalizaron para tratamiento clínico y/o quirúrgico en Ginecología, Obstetricia, Neonatología, UCI y Cardiología.

Las principales causas de ingreso al servicio de cuidados intensivos neonatales son:

- Prematurez (extrema, moderada)
- Síndrome de dificultad respiratoria tipo I – II
- Sepsis (temprana y/o tardía)
- Cardiopatía congénita
- Malformaciones congénitas (atresia esofágica, ano imperforado, hernia diafragmática, onfalocelo, gastroquiasis)
- Síndrome de aspiración de líquido amniótico meconial (SALAM)
- Hiperbilirrubinemia por incompatibilidad de grupo y/o factor (exanguíneo transfusión)
- Depresión inicial grave
- Crisis convulsivas
- Trauma obstétrico grave
- Insuficiencia renal o hepática.

7.1.8 CARACTERISTICAS GEO-FISICAS DE LA UMSS

La UMSS se encuentra ubicada en una zona estratégica del Sur de Quito, de fácil acceso al disponer de innumerables líneas de transporte público, sin embargo es una zona de alta peligrosidad. Cuenta con todos los servicios básicos, tiene una estructura de hormigón. Su infraestructura no responde a las exigencias de funcionalidad hospitalaria, al haber sido construida por etapas acorde a la demanda de la población. La distribución de su infraestructura no es funcional para brindar atención médica satisfactoria a los usuarios. Un ejemplo visible de esto es que el área de Neonatología se encuentra muy distante de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales, son áreas separadas.

La UCIN tiene un área física de 5 x 4 metros destinada a la atención de RN crítico o de alto riesgo, tiene una capacidad para seis pacientes con tecnología de punta, personal Médico y de Enfermería profesional, capacitado, especializado y humanizado, cada unidad del paciente se encuentra equipada con: tomas de aire comprimido y de oxígeno, tomas eléctricas, monitor multiparametros, bombas de infusión, incubadora y/o cuna de calor radiante, perfusor de infusión, ventilador, cuenta además de un coche de medicación e insumos que abastecen la demanda del servicio, cuenta con un gasómetro para el servicio, equipo de Rx, fototerapias, equipos de curación venodisección, paquetes de ropa estéril para procedimientos invasivos, entre otras.

También se encuentra un área física de 6 x 5 metros destinada para la hospitalización de pacientes cardiológicos para tratamiento clínico o quirúrgico, teniendo una capacidad para cuatro pacientes cuenta con dos monitores multiparametros, cunas, tomas de aire comprimido, oxígeno y eléctricas, bombas de infusión, percutores de infusión, entre otros materiales.

Dentro de las condiciones ambientales debemos considerar la presencia de un traga luz en medio del área que nos proporciona de iluminación, se cuenta con aire acondicionado. También cuenta con una sala de reuniones, un espacio donde se encuentra ubicado el

gasómetro, se comunica por medio de una ventana con el servicio de quirófano por donde ingresan los RN que requieren de terapia intensiva.

7.1.9 POLITICAS DE LA INSTITUCIÓN

El Ilustre Municipio de Quito tiene como su principal objetivo el servicio a la ciudad en general y hacia los más desposeídos en particular.

Bajo esta premisa en el año 1959 se funda el Patronato Municipal de Amparo Social como una organización dependiente del Ilustre Municipio de Quito, con la finalidad de contribuir a la defensa de la salud del pueblo. Las Unidades de Salud Municipales son subvencionadas hasta el momento por el Municipio, lo que hace que pueda mantener costos bajos de sus servicios.

El Municipio concibe a la salud de una manera integral resultante de acciones intersectoriales relativas a la promoción de la salud y de la atención médica conforme a los principios de equidad, solidaridad, calidad y eficiencia superando las de modelo de estado asistencial, centralizado y excluyente para constituir un modelo de estado más democrático, descentralizado y eficiente.

Dentro de este contexto y aduciendo que la UMSS tiene la misión de dar atención materno infantil a toda la población del sur de Quito, sector que ha tenido un crecimiento importante, se ve la necesidad de un cambio en respuesta a las modernas tendencias gerenciales y administrativas.

La UMSS cuenta con Certificación ISO 9001-2000 y ha implementado el modelo de Administración por Procesos, lo que le ha permitido reorientar sus indicadores hacia el logro de objetivos más exigentes.

El personal trabaja en la consecución de los objetivos institucionales, sin embargo resulta difícil ofrecer condiciones de trabajo óptimas considerando la estructura municipal compleja, burocrática y semiautónoma.

El trabajo en el hospital es diverso y especializado, realizado por un gran número de personas que cooperan entre sí y cuyas características de educación, entrenamiento, capacidad y función son heterogéneas pero con un solo fin que es el de brindar una atención de calidad al usuario.

El hecho de que en el hospital se enfrenten situaciones críticas, en que el paciente se debate entre la vida y la muerte, hace que el personal asuma una gran carga de responsabilidad moral, técnica y humana, lo que exige la capacitación permanente, elaboración de normas, procedimientos y la aplicación de procesos para el logro de:

- Estandarizar la atención al paciente, mediante la aplicación de protocolos y procesos.
- Regular su interacción.
- Evaluar su rendimiento.

El ser un hospital materno infantil conlleva que a diario se afronte el maravilloso momento del nacimiento, hecho que despierta la sensibilidad del personal y lo obliga a mantener una actitud positiva frente a la vida.

Hay que señalar que la eficiencia de las operaciones y la productividad del hospital requieren de la adecuada interacción de los procesos, de los controles directivos y sobre todo de la participación activa de los integrantes de la institución.

7.2 MARCO CONCEPTUAL

CALIDAD DE LA ATENCIÓN

DEFINICIÓN:

La calidad de la atención tiene que definirse a la luz de las normas técnicas del proveedor y de las expectativas del paciente, tomando en consideración el contexto local. Si bien ninguna de las definiciones de calidad se aplica a todas las situaciones, las siguientes definiciones son guías útiles para definir la calidad de los servicios de salud:

La calidad de la atención técnica consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología médicas en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios.

Dr. Avedis Donabedian, 1980²

. . .el desempeño apropiado (acorde con las normas) de las intervenciones que se sabe que son seguras, que la sociedad en cuestión puede costear y que tienen la capacidad de producir un impacto sobre la mortalidad, la morbilidad, la incapacidad y la desnutrición.

M. I. Roemer y C. Montoya Aguilar, OMS, 1988³

La calidad es un concepto integral y polifacético. Los expertos en calidad generalmente reconocen varias dimensiones diferentes de la calidad que varían en importancia según el contexto en el cual tiene lugar un esfuerzo de garantía de la misma. Las actividades pertinentes pueden encarar una o más variedades de dimensiones tales como:

competencia profesional, acceso a los servicios, eficacia, satisfacción del cliente, aceptabilidad de los servicios, eficiencia, continuidad, seguridad o comodidades.

Competencia Profesional:

La competencia profesional se refiere a la capacidad y al desempeño de las funciones de los grupos de salud, del personal administrativo y del personal de apoyo, se relaciona con la ejecución de las pautas y normas para el ejercicio de la profesión y la realización en términos de fiabilidad, precisión, confiabilidad y uniformidad.

Acceso a los Servicios:

El acceso implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esta dimensión de la calidad comprende barreras de índole geográfica, económica, social, organizacional, cultural, o lingüística.

Eficacia:

La eficacia es una dimensión de la calidad en el ámbito central donde se definen las normas y especificaciones. Los temas relacionados con la eficacia también son importantes de considerar en el ámbito local en la medida en que los directivos deciden cómo aplicar las normas y adaptarlas a las condiciones locales.

Satisfacción al Cliente:

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un

aspecto importante. Es decir la satisfacción de los clientes es aquella que satisfaga todas las necesidades sentidas por el usuario.

Eficiencia:

La dimensión de satisfacción del usuario se refiere a la relación entre proveedores y clientes, entre administradores y proveedores de servicios de salud y entre el equipo de servicios de salud y la comunidad. Las buenas relaciones interpersonales contribuyen a la eficacia de la asesoría prestada en materia de salud y al establecimiento de una buena relación general con los pacientes. Dichas relaciones son las que producen confianza y credibilidad, y se demuestran por medio del respeto, la confidencialidad, la cortesía, la comprensión y compenetración. La manera de escuchar y comunicarse es también un aspecto importante.

Continuidad:

La continuidad implica que el cliente puede recibir la serie completa de servicios de salud que necesita sin interrupciones, suspensiones ni repeticiones innecesarias de evaluación, diagnóstico y tratamiento. Los servicios deben ofrecerse en forma constante. Además, el cliente debe tener acceso a la atención rutinaria y preventiva de un proveedor que conozca su historia clínica, para poder derivarlo oportunamente a servicios especializados, cuando corresponda.

Seguridad:

La seguridad, como dimensión de la calidad, implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de los servicios. La seguridad constituye una preocupación de todos los miembros del grupo de salud así como del paciente. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgos.

Comodidad:

Las comodidades se refieren a las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero que acrecientan la satisfacción del cliente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro. Las comodidades son también importantes porque pueden influir en las expectativas que tienen el paciente y la confianza que siente con relación a otros aspectos del servicio o producto.

Lo que implica desplegar un esfuerzo integral de la mejora continúa en pro de la calidad, con la participación de todos los involucrados de la institución con el fin de proveer servicios y productos que satisfagan las necesidades del usuario. Esfuerzos que está dirigido a mejorar la eficiencia y eficacia de las instituciones de salud, de cada una de las aéreas sea cual fuere el tipo o tamaño y de los usuarios internos que lo integran.

El Paciente:

La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los clientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando los servicios de salud. Es por ese motivo que, con respecto a todas las demás dimensiones de calidad, la satisfacción del cliente afecta la salud y el bienestar de la comunidad.

Por tanto la de calidad atención no es una nueva “varita mágica,” sino que ha formado parte de la atención de salud durante los últimos 100 años. Su introducción a la medicina moderna se debe a una enfermera británica, Florence Nightingale, quien evaluó la calidad de la atención de los hospitales militares durante la Guerra de Crimea. Ella introdujo las primeras normas de atención sanitaria, las que produjeron una notable reducción de los índices de mortalidad en los hospitales.

Los cuatro principios de garantía de calidad

- La garantía de calidad se orienta hacia la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad a la que sirve.

- La garantía de calidad se concentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios.
- La garantía de calidad alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y la mejora de la calidad.

Lo que implica desplegar un esfuerzo integral de la mejora continua en pro de la calidad, con la participación de todos los involucrados de la institución con el fin de proveer servicios y productos que satisfagan las necesidades del usuario. Esfuerzos que está dirigido a mejorar la eficiencia y eficacia de las instituciones de salud, de cada una de las aéreas sea cual fuere el tipo o tamaño y de los usuarios internos que lo integran.

MEJORAMIENTO CONTINUO DEL SISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DE LA CALIDAD

El modelo de un sistema de administración de la calidad basada en procesos, muestra que los clientes juegan un papel significativo para definir los requisitos como entradas. El monitoreo de la satisfacción del cliente requiere la evaluación de la información relacionada con la percepción del cliente si la organización ha satisfecho sus requerimientos.

NORMAS ISO 9001-2000

La Organización Internacional de Normalización (ISO) es una federación mundial de organismos nacionales de normalización. Los comités técnicos de ISO normalmente llevan a cabo el trabajo de preparación de las Normas Internacionales.

Las normas ISO 9001-2010 se encuentran incluido el término "Aseguramiento de la Calidad" busca también la satisfacción del cliente. La organización, la adopción de un sistema de administración de la calidad debe ser una decisión estratégica. El diseño e implementación de un sistema de administración de calidad en una organización, es

influenciado por diferentes necesidades, objetivos particulares, productos suministrados, los procesos empleados y el tamaño y estructura de la organización.

CUIDADO DE LOS PADRES

Dentro de las palabras que nos dirían los recién nacidos enfermos si pudieran, al personal de salud seguramente serían:

“CUIDEN MUCHO A MIS PADRES”

La incorporación y autorización al ingreso de los padres en las unidades de cuidados intensivos neonatales tuvo un lento proceso, el cual se fue logrando gracias a los cambios en la concepción y paradigmas del personal que tiene a su cargo el cuidado transitorio de los RN críticamente enfermos.

La primera vez que los padres ingresan a la UCIN para compartir con su hijo debe ocurrir lo antes posible, esto ayuda a prevenir el duelo anticipado y facilita el vínculo.

Los padres, al visitar por primera vez a su hijo, se encuentran con un mundo desconocido hasta entonces (luces, alarmas, tecnología incomprensible y hasta un idioma a veces difícil de entender). Los médicos y enfermeras deben obrar con prudencia para que ese primer contacto con su hijo sea en medio de todo muy especial.

El objetivo fundamental de este contacto madre/ padre – hijo es que miren y toquen a su hijo y que pregunten sobre las dudas que tienen en relación con lo que escuchan y ven a cada momento.

Durante el tiempo de espera los padres se llenan de las peores fantasías y se puede cargar de angustia, ansiedad, miedo, ira, culpabilidad entre otros sentimientos. La información puede contribuir a tranquilizar a los padres, pero no olvidemos que ellos están en pleno estado de shock por estar viviendo dos situaciones opuestas, con ambivalencia: el nacimiento de su hijo y la noticia de que requiere cuidados especiales.

Cuando los padres van “perdiendo miedo” a la UCIN y adquieren más confianza, se los debe invitar a colaborar en las tareas del cuidado de su bebé.

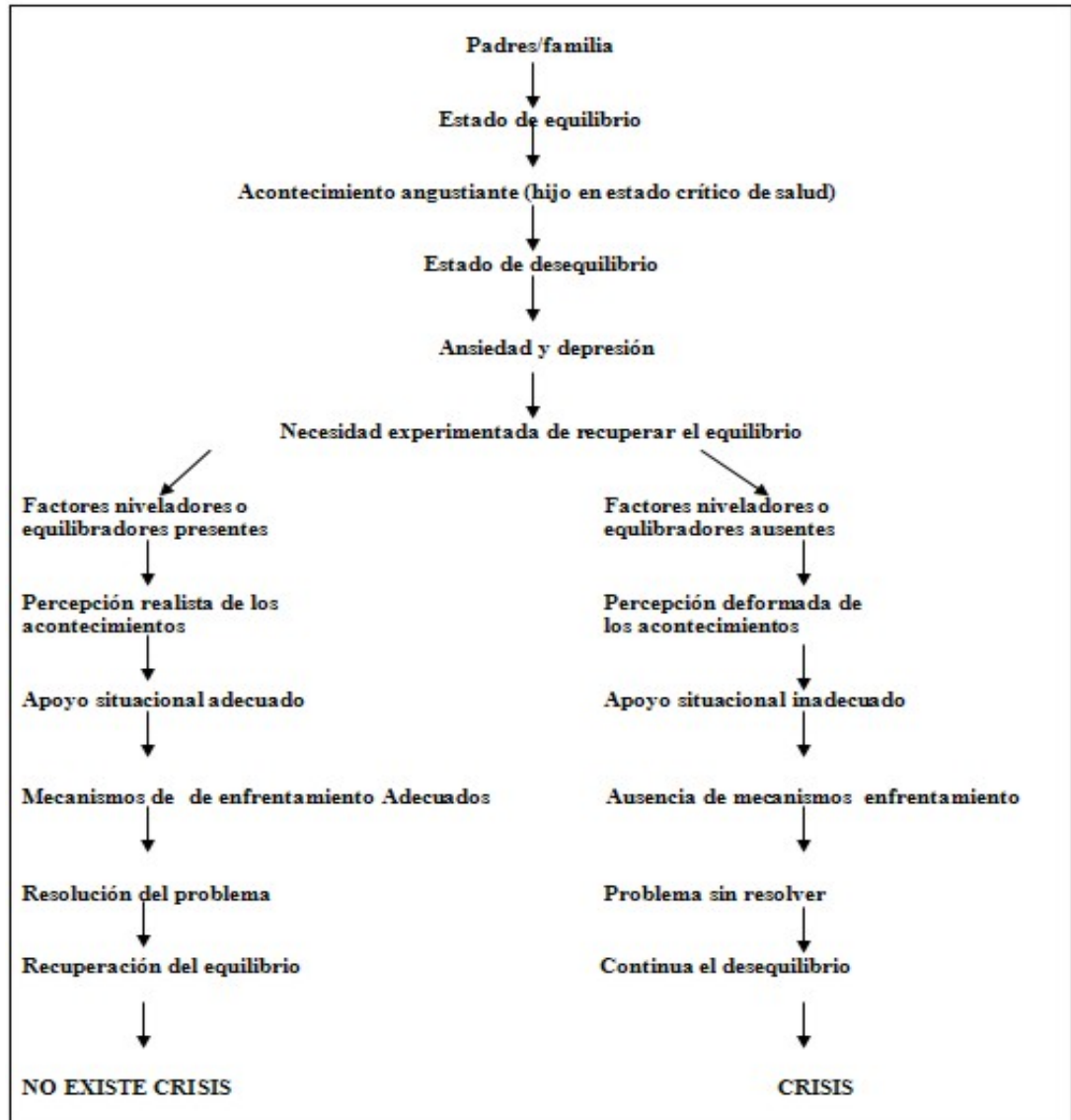
La Enfermera puede ser un factor determinante de apoyo a los padres para su difícil transición, la Enfermera comprometida con el bienestar del recién nacido hará diagnósticos de esta situación y dejará que la madre puede actuar como madre y no como visita. Así la madre progresivamente se va convirtiendo además en “cuidadora responsable”, y la enfermera actuará cada vez más como “consultora”.

La hospitalización de un hijo constituye entonces, una crisis familiar para normativa o accidental, es decir, aquella que se produce por eventos percibidos como catastróficos por la familia. Estos últimos, son eventos inesperados, que representan una amenaza para la supervivencia familiar, y que debido a las circunstancias en que se presenta deja a quien la experimenta con una sensación de intenso desvalimiento. Así, la hospitalización altera la rutina, el estilo de vida de la familia, causan un sentimiento de ruptura y discontinuidad vitales, deja un recuerdo permanente y detallado de la experiencia, que vuelve a veces voluntaria y otras involuntariamente a la conciencia de los afectados. *

PARADIGMA DE INTERVENCIÓN EN CRISIS RECIÉN DESCRITO.

Los padres cuando se enfrentan a una situación altamente tensional o de estrés, como el caso de su hijo en estado crítico, pueden ocupar mecanismos habituales de enfrentamiento, utilizar de sus experiencias previas, tratando de solucionar así el problema y de recuperar el equilibrio perdido mediante mecanismos adaptativos. Si estos mecanismos no tienen éxito, se movilizan recursos internos y externos de emergencia en la solución de problemas.

* G. Goldsmit, C. Menéndez, L. Novli, A Sola; Cuidado de los Padres, Capítulo III, pp. 286 – 290.



Fases en el Desarrollo de la Crisis a valorar

1. **Conmoción o choque.** La respuesta inicial de los padres ante la noticia es una conmoción abrumadora, hay reacciones y sensaciones indicativas de una alteración de su estado de ánimo; se observa un derrumbe de sus conductas normales y alteración en los patrones de comunicación. Etapa caracterizada por llanto, sensación de impotencia y a menudo deseos de escapar. Puede también haber quejas somáticas, pérdida de cordialidad con los otros e insomnio.
2. **Negación.** Muchos padres evitan admitir el problema de su hijo, desean liberarse de la situación o negar su impacto, hay descreimiento de la situación. En esta fase suele ocurrir lo que se llama “duelo anticipado”; que corresponde al mayor grado de negación. **Etapas de trueque.** Es intermedia entre la segunda y tercera etapa. Hay un retorno a la religión o una dedicación a obras caritativas
3. **Ira, tristeza, culpa y ansiedad.** La ira precede a la tristeza y ansiedad y puede ser contra su destino, contra Dios y también contra el personal de salud del hospital u otras personas cercanas como el cónyuge, pues los culpa de la situación y muchas veces se culpa a sí misma. En esta etapa se puede observar enojo, en los padres ya sea por las rutinas de cuidados y lo demuestran porque quieren cambiar a su hijo de hospital, o enojo con el personal que atiende directamente al niño, tiene ganas de golpear a alguien.

La reacción más común en esta etapa es la tristeza, la madre está apesadumbrada, triste y atemorizada; conducta que se ve cuando la madre se sienta largas horas sin hablar al lado de la cuna o incubadora de su hijo, muy triste y llorando en silencio.

Los padres también pueden mostrarse ansiosos, preguntar constantemente por el estado del niño o cuestionar los cuidados que otras personas le entregan al niño.

Al finalizar esta etapa se observa que los padres comienzan a visitar juntos a su hijo, miran los cuidados de enfermería, entienden el significado de la multiplicidad de equipos y ven que otros niños están bien, volviendo a ellos la esperanza.

Aceptación hay una gradual disminución de la ansiedad y de la intensidad de las emociones. A medida que éstas se atenúan, aumenta la confianza en su capacidad para cuidar al niño. Los padres aún no han llegado a una adaptación completa, pero demuestran gran interés por aprender rutinas de enfermería. Es la etapa ideal para reforzar la educación en este aspecto.

Reorganización o equilibrio, en que los padres comienzan a reorganizar su vida con el niño, integran a todos los miembros de la familia. Aquí comienza a mostrar externamente su afecto al niño, le traen juguetes. Ocurre también una clara diferenciación de los papeles del padre y de la madre.

Una falta de resolución de la crisis, va a generar respuestas patológicas, entre las que se encuentran: el continuar en la negación, se atiende al niño con interés excesivo (sobreprotección), desprendimiento o no prestar atención al niño, dejar de visitarlo entregando el cuidado a otro familiar, depresión, enfermedad psicósomática y hostilidad por ira. La enfermera debe derivar a esta familia a psicólogo, terapia familiar u otros profesionales para favorecer la resolución de la crisis, pues de otra manera van a terminar en una desintegración de la familia.

TRABAJO EN EQUIPO

El personal representa el capital humano de una organización, el conocer las necesidades reales o sentidas que influyan en su desempeño laboral, es una prioridad que permite a la organización ejecutar estrategias tendientes a ofrecer a los trabajadores, aquellos elementos que contribuyan a lograr la satisfacción en el desempeño de sus funciones, con una actitud de servicio que se refleje en la productividad y el ambiente de trabajo.

Así mismo, el mantener niveles altos de satisfacción laboral se traduce en mejora de los procesos, trabajo en equipo y en consecuencia en una interacción armónica de las diferentes áreas; considerados indicadores de calidad.

La satisfacción es la sensación que un individuo experimenta al lograr el equilibrio entre una necesidad o grupo de necesidades y el objeto o los fines que la reducen, es decir, la actitud del trabajador frente a su propio trabajo.

INTELIGENCIA EMOCIONAL

La emoción es cualquier agitación y trastornos de la mente, el sentimiento, la pasión; cualquier estado mental vehemente y excitada.

La inteligencia es un conjunto de destrezas, actitudes, habilidades que determinan la conducta de un individuo, esa capacidad de sentir, entender, contratar y modificar estados anímicos propios y ajenos. Es el inteligente uso de las emociones.

Existen emociones negativas y positivas?

Emociones Básicas: Alegría, tristeza, amor, ira, miedo, ansiedad.

Capacidad claves de la inteligencia emocional:

- Reconoce sus propias emociones
- Posee autodomínio emocional
- Reconoce las emociones de los demás
- Maneja las relaciones – habilidades para manejar las emociones de los demás.

Para que sirven las emociones:

- Para actuar rápido en crisis.
- Decidir con prontitud y exactitud

- Comunicar estado de ánimo sin palabras
- Son un mecanismo de supervivencia (implantado por la inteligencia y manifestado en la evaluación de las especies para sobrevivir en los antepasados y que también a nosotros nos permite seguir sobreviviendo).

El inteligente emocional administra:

- La ira
- El miedo
- La tristeza
- La ansiedad

CONTROL EMOCIONAL

CONTROL DE LA IRA:

- Introspección
- Reinterpretación positiva
- Actividad: Físico, relajación, distracción, ejemplos, librarse de la persona o causa, estar solo y serenarse.
- Distraerse: TV, cine, lectura, comprarse o comer algo.

CONTROL DE LA TRIZTEZA:

- Crear futuro, forzar visión.
- Comparación con paradigmas de menor nivel.
- Distracción
- Reuniones, leer, deportes, capacitaciones.

CONTROL DE LA ANSIEDAD:

- Autoconciencia precoz
- Conciencia fisiológica de esta emoción.

- Desafíos voluntarios de las consecuencias.
- Relájese

DESARROLLO DE LAS EMOCIONES:

El inteligente emocional desarrolla:

- Autoconciencia emocional
- Alto nivel de empatía
- Mantiene un pensamiento positivo
- Cultiva su propia excelencia emocional
- Se conoce así mismo
- Reconoce y acepta las emociones
- Admite y manifiesta las emociones

Las emociones determinan el nivel de rendimiento de que somos capaces, en estado de equilibrio o desequilibrio emocional. Las emociones determinan como respondemos, nos comunicamos, nos comportamos y funcionamos en el trabajo.

Aplicación de la inteligencia emocional en las esferas de la vida.

1. Bienestar Psicológico.- Base para el desarrollo armónico y equilibrio de nuestra personalidad.
2. Buena Salud Física.- Eliminando patrones y hábitos psicomotores dañinos o destructivos
3. Favorece nuestro entusiasmo y Motivación.- Gran parte de nuestra motivación en distintas áreas de la vida está basado en estímulos emocionales.
4. Permite un mejor desarrollo de nuestra relación con las personas.

EL SEMÁFORO DE LAS EMOCIONES

LUZ ROJA:

1. **Detente, cálmate y piensa antes de actuar**

LUZ AMARILLA:

2. **Cuenta el problema y di como te sientes**
3. **Proponte un objetivo positivo**
4. **Piensa en una cantidad de soluciones**
5. **Piensa en las consecuencias posteriores**

LUZ VERDE:

6. **Adelante y pon en práctica el mejor plan.**

CONCLUSIÓN:

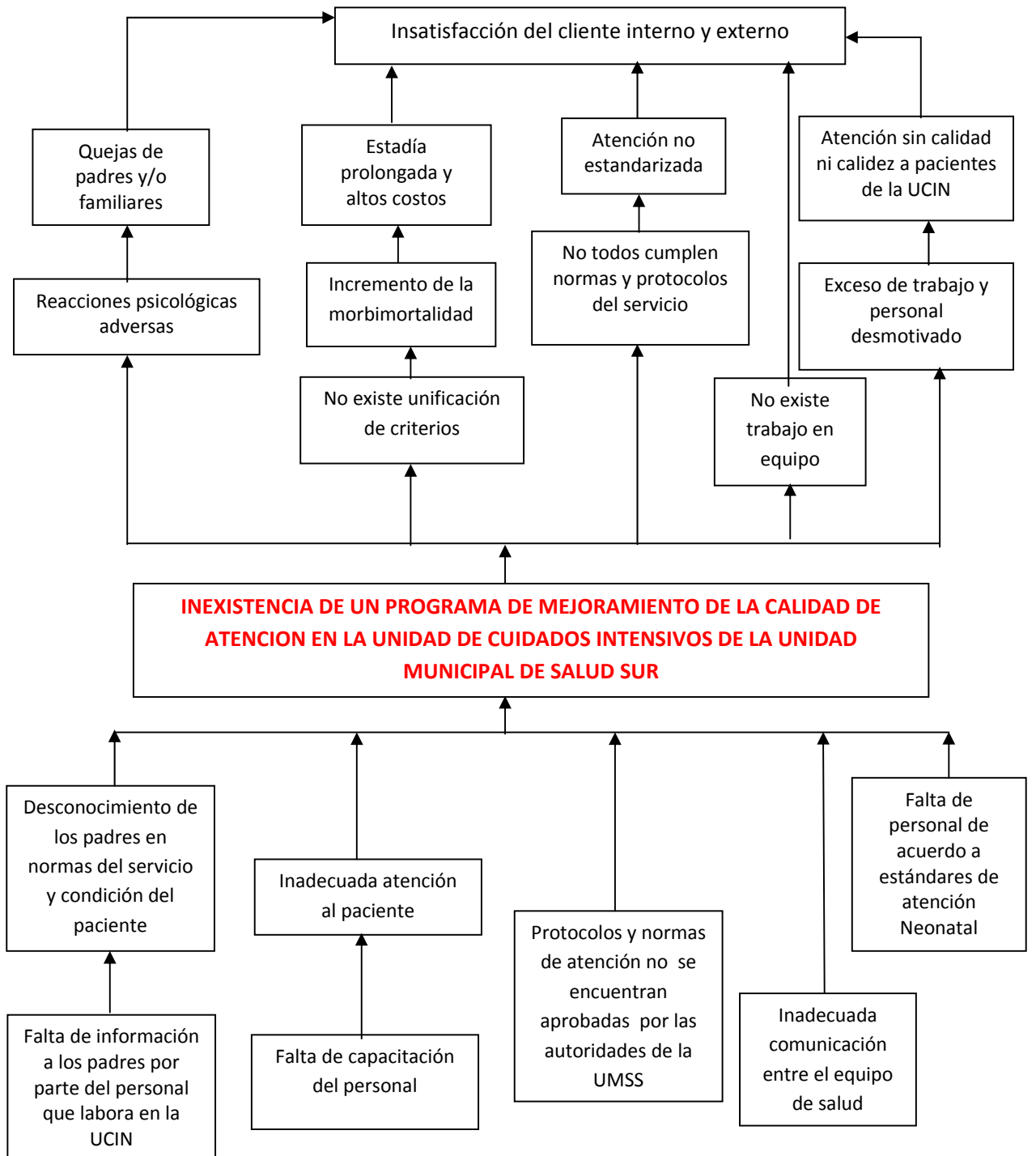
- Inteligencia emocional es el inteligente uso de las emociones
- Pienso y siento, luego en verdad existo
- Las habilidades sociales son susceptibles de desarrollar
- El autoconocimiento y el control emocional son básicos
- La fe y el optimismo.

7. DISEÑO METODOLOGICO (MARCO LOGICO)

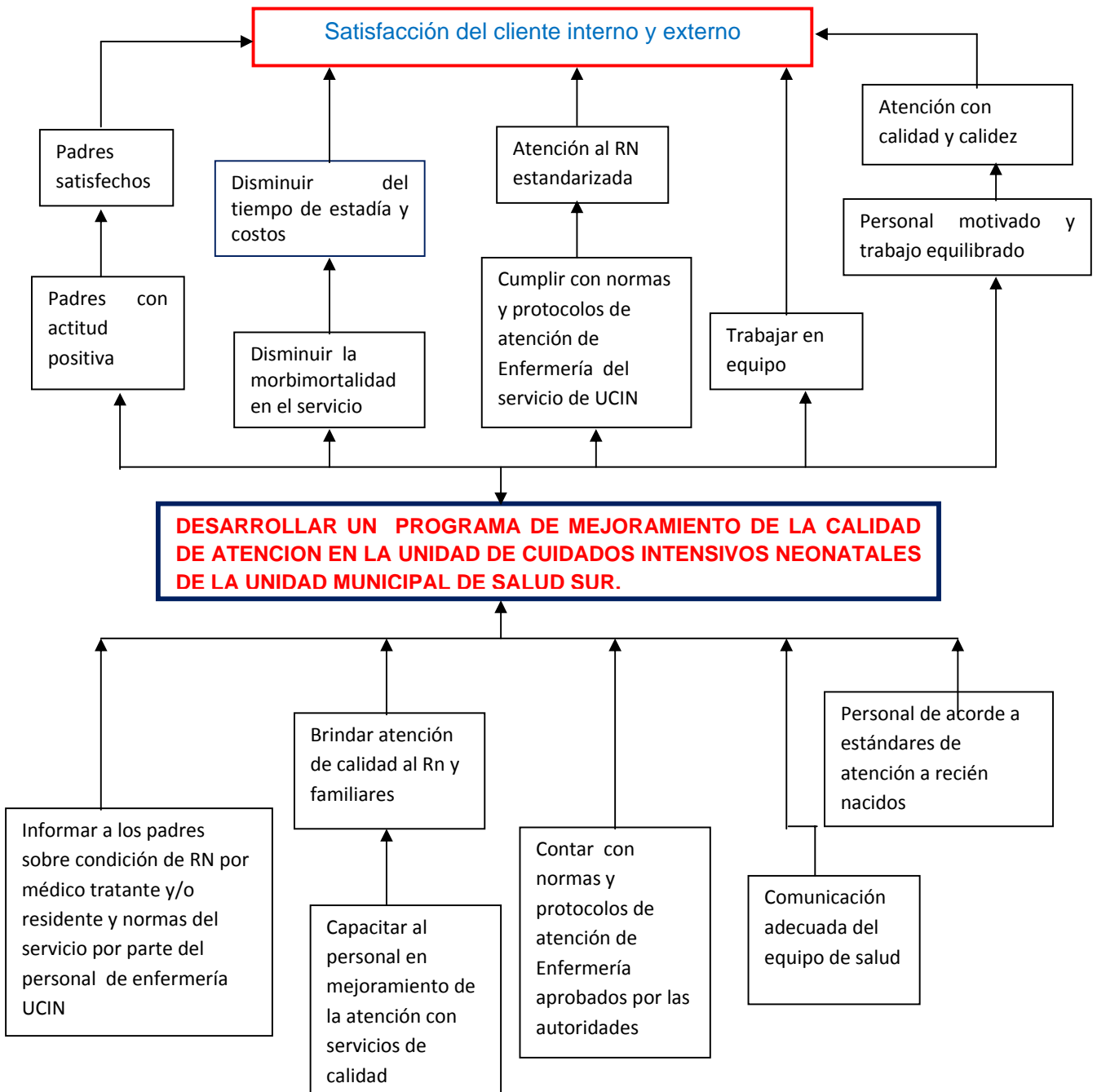
MATRIZ DE INVOLUCRADOS

INTERESADOS GRUPO Y/O INSTITUCIONES	INTERESES	RECURSOS Y MANDATOS	SUPUESTOS
Director de la Unidad Municipal de Salud sur	Potencializar el Sistema de Gestión de Calidad	- Personal, Infraestructura ➤ Garantizar la calidad de Atención de la UMSS	Falta de Presupuesto (recurso)
Personal Multidisciplinario de la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Brindar una Atención de Calidad	- Infraestructura - Formulario para registro ➤ Aportar con su capacidad y conocimiento para la atención del Recién Nacido	Incumplimiento de normas y protocolos
Recién nacidos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Recuperar su salud en el menor tiempo	- Personal, Infraestructura,-- Insumos ➤ Recibir una atención de calidad para recuperar en forma temprana su salud	Infraestructura inadecuada Insuficiente personal Falta de insumos
Padres de los Recién Nacidos atendidos en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales	Recuperación de la salud de su hijo y la reinserción pronta a la familia	- Personal ➤ Participar activamente en el proceso de recuperación de la salud de su hijo	Falta de información proporcionada por el médico. Provocando estrés, ansiedad por desconocimiento
Maestrante	Aportar en el Mejoramiento en la calidad de atención de Rn de la UCI	- Financiero,- Talento Humano ➤ Aportar al mejoramiento de la calidad de atención	Insuficientes recursos presupuestarios

ARBOL DE PROBLEMAS



ARBOL DE OBJETIVOS



MATRIZ DE MARCO LOGICO

PROBLEMÁTICA:

- **INEXISTENCIA DE UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA UCIN.**

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTO
FIN: CONTRIBUIR AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATELES DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR	100% de usuarios internos y externos satisfechos	Control estadístico de los recién nacidos que ingresan a la UCIN Encuestas de satisfacción al usuario interno y externo	Satisfacción de los usuarios
PROPOSITO: DESARROLLAR UN PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCION EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE LA UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR	100% del programa diseñado e implementado	Guía de observación	Atención de calidad y calidez a los Rn hospitalizados en el servicio de UCI
RESULTADOS: 1. SOCIALIZACION E INSTITUCIONALIZACION DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE ATENCION EN LA UCIN DE LA UMSS, REALIZADO	100% del Proyecto comunicado y aceptado por las autoridades y el personal de la UMSS.	Documento entregado a autoridades. Programa. Invitaciones. Fotos	Asistencia de autoridades y jefes de Servicio a Programa de Socialización.

RESUMEN NARRATIVO	INDICADORES	FUENTE DE VERIFICACION	SUPUESTO
RESULTADO: 2. PERSONAL DEL SERVICIO DE UCI CAPACITADO SOBRE ATENCIÓN DE CALIDAD.	70% del personal de UCI capacitado sobre atención de calidad	Registro de asistencia a programa de capacitación Fotos	Interés del personal para la asistencia del programa de capacitación.
RESULTADO: 3. TRIPTICO INFORMATIVO DEL SERVICIO DE UCI PARA FAMILIARES DISEÑADO, IMPLEMENTADO Y MONITORIZADO	90% Tríptico informativo diseñado e implementado.	Documento realizado e implementado	Padres de Rn hospitalizados en UCI informados sobre funcionamiento del servicio.
RESULTADO: 4. PLAN DE APOYO PSICOLOGICO A PADRES DE RECIEN NACIDOS QUE SE ENCUENTRAN HOSPITALIZADOS EN LA UCIN DISEÑADO E IMPLEMENTADO	80% de padres de RN hospitalizados en la UCIN incluidos en el programa de apoyo psicológico	Documento realizado e implementado	Asistencia de padres al programa de apoyo psicológico
RESULTADO: 5. PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCION DE ENFERMERÍA PARA RN DEL SERVICIO DE UCI, ELABORADOS, SOCIALIZADOS Y MONITORIZADOS.	80% de los recién nacidos atendidos bajo normas y protocolos	Documento realizado e implementado.	Atención estandarizada a Rn del servicio de UCI
RESULTADO: 6. EVALUACION DEL PROYECTO	80% de los usuarios internos y externos satisfechos	Encuestas al personal multidisciplinario	Involucramiento del personal en el programa de mejoramiento en la calidad de atención de la UCIN de la UMSS

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO USD
<p>RESULTADO 1:</p> <p>Proyecto socializado e institucionalizado</p> <p>1.1 Elaboración del plan de socialización e institucionalización.</p> <p>1.2 Reunión de sensibilización con el personal de la UCIN</p> <p>1.3 Elaboración de una acta de compromiso para institucionalización</p>	<p>Lic. Ligia Salazar</p> <p>Autora del proyecto</p>	<p>Marzo 2010</p> <p>Marzo 2010</p> <p>Marzo 2010</p>	<p>250.00</p> <p>50.00</p> <p>5.00</p>
<p>RESULTADO 2:</p> <p>Personal capacitado sobre calidad de atención.</p> <p>2.1 Planificación, ejecución y evaluación del Programa de Capacitación al personal multidisciplinario de UICN</p> <p>2.2 Gestión con facilitador para los diferentes temas del Programa de Capacitación.</p> <p>2.3 Elaborar memorias de la Capacitación</p>	<p>Lic. Ligia Salazar</p> <p>Autora del proyecto</p>	<p>Abril 2010</p> <p>Abril 2010</p> <p>Mayo 2010</p>	<p>300.00</p> <p>300.00</p> <p>100.00</p>

ACTIVIDAD	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO USD
RESULTADO: 3 Tríptico Informativo para padres de RN del servicio de UCI, elaborado, socializado y monitoreado 3.1 Diseño e implementación de tríptico informativo para padres de RN de UCI. 3.2 Socialización de tríptico informativo al personal del servicio de UCI. 3.3 Monitoreo del tríptico informativo.	Lic. Ligia Salazar Autora del proyecto	Abril 2010 Abril 2010 Abril 2010	10.00 20.00 5.00
RESULTADO 4: Plan de apoyo psicológico a padres de RN de la UCIN 4.1 Atención de padre y/o madre en estado de crisis a causa de su hijo hospitalizado en UCI. 4.2 Reunión de sensibilización de los padres de recién nacidos que se encuentran hospitalizados en la UCIN 4.3 Fomentar grupos de ayuda de padres de recién nacidos del servicio de UCIN	Lic. Ligia Salazar Autora del proyecto	Abril 2010 Mayo 2010 Mayo 2010	5.00 20.00 00.00

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	CRONOGRAMA	PRESUPUESTO USD
<p>RESULTADO 5:</p> <p>Protocolos y normas de atención de enfermería para Rn del servicio de UCI.</p> <p>5.1 Elaboración de protocolos y normas de enfermería</p> <p>5.2 Socialización de protocolos y normas de enfermería al personal del servicio de UCI.</p> <p>5.3 Monitoreo del cumplimiento de protocolos y normas de atención en el servicio de UCI.</p>	<p>Lic. Ligia Salazar</p> <p>Autora del proyecto</p>	<p>Septiembre 2009</p> <p>Abril 2010</p> <p>Julio 2010</p>	<p>50.00</p> <p>30.00</p> <p>5.00</p>
<p>RESULTADO 6:</p> <p>Evaluación del proyecto implementado.</p> <p>6.1 Aplicación de una encuesta de satisfacción a los usuarios internos como externos de la UMSS.</p>	<p>Lic. Ligia Salazar</p> <p>Autora del proyecto</p>	<p>Julio 2010</p>	<p>20.00</p>

9.- RESULTADOS

RESULTADO 1:

Proyecto socializado e institucionalizado.

PRODUCTO 1:

PLAN DE SOCIALIZACIÓN

INTRODUCCIÓN.-

Culminado el diseño del presente proyecto corresponde ponerlo en conocimiento de las autoridades y del personal de las áreas de UCIN respectivamente a través del Plan de Socialización propuesto con la finalidad de obtener el apoyo institucional y como consecuencia el involucramiento de los diferentes actores para alcanzar los objetivos trazados y el feliz término del mismo.

Como consecuencia de la socialización deben surgir opiniones y sugerencias, las que a su vez enriquecerán el desarrollo del proyecto.

OBJETIVOS:

- Lograr apoyo institucional para la ejecución e implementación del proyecto de

METODOLOGÍA.-

La metodología a seguir en primer lugar se relaciona al establecimiento del plan de socialización, luego se procede a determinar las diferentes actividades, identificación de los participantes claves: Director, Jefe Técnico Médico, Médicos/as Jefes/as, Enfermeras Jefas de Área, Médicos Residentes, Enfermeras de Neonatología y UCIN. Posteriormente se elabora la convocatoria. El último momento corresponde a la presentación del proyecto "Programa de mejoramiento de la calidad de atención en la Unidad de Cuidados

Intensivos Neonatales de la Unidad Municipal de Salud Sur” que culmina con la elaboración y firma de un acta de compromiso.

Este proceso implicó realizar invitaciones a los asistentes y reuniones previas con las autoridades para preparar a las personas y obtener su participación.

AGENDA.-

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	LUGAR	FECHA	HORA
Reunión con Director y Jefe Técnico Médico	Ligia Salazar	Directivos Maestrante	Dirección de la UMSS	10-03-2010	14h00
Reunión con personal	Ligia Salazar	Enfermeras y Médicos involucrados Maestrante	Sala de reuniones de UCIN	11-03-2010	10h00
Prever de logística para reunión de socialización del proyecto	Ligia Salazar	Maestrante Secretaría de la Dirección	UMSS	16-03-2010	09h00

ACTA DE COMPROMISO

Para los efectos de ejecución de los proyectos de intervención de Maestría II de la Universidad Técnica Particular de Loja, a cargo de las maestranteras enfermeras de la Unidad Municipal de Salud Sur e implementación de los mismos, las autoridades de la institución, los jefes médicos, enfermeras jefas de área y representantes del personal, suscriben la presente acta en Quito, a los veinte y dos días del mes de marzo de 2010 en el Auditorio de la Unidad:

ACUERDOS

DE LAS AUTORIDADES

1. Apoyo logístico y de recursos en el contexto de programación en cada servicio
2. Normas y protocolos generados en los Proyectos presentados dentro de la política institucional.

DE LOS JEFES/AS MEDICOS Y ENFERMERAS DE LAS AREAS HOSPITALARIAS

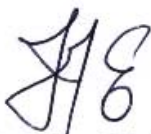
1. Unificar criterios para manejo de información a familiares sobre condición del paciente con enfoque integral.
2. Establecer normativa para el manejo de información
3. Cumplimiento de protocolos de atención a paciente
4. Apoyo en la socialización e implementación de los procesos generados

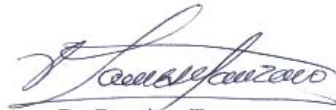
DE LAS MAESTRANTES

1. Concluir los proyectos
2. Incluir al Psicólogo Clínico en el Programa de Apoyo Psicológico a padres y madres de Recién Nacido
3. Una vez que se obtiene el título de maestría, promover la sostenibilidad de los proyectos implementados.

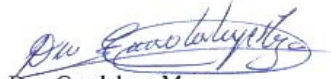
En constancia firman:


Dr. Ricardo Gutiérrez
DIRECTOR UMSS


Dr. Edison Ipiates
JEFE TECNICO MEDICO UMSS



Dr. Francisco Torres
JEFE DE GINECOLOGIA



Dra. Guadalupe Meza
JEFA DE PEDIATRIA



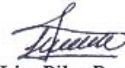
Dra. Lilian Toapanta
JEFA DE CONSULTA EXTERNA



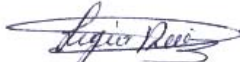
Lic. Irene Villamarin
SISTEMA DE GESTION DE CALIDAD



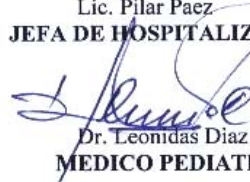
Lcda. Lorena Romero
JEFA DE NEONATOLOGIA



Lic. Pilar Paez
JEFA DE HOSPITALIZACION



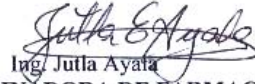
Lic. Ligia Ruiz
JEFA DE CONSULTA EXTERNA



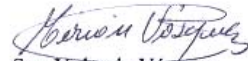
Dr. Leonidas Diaz
MEDICO PEDIATRA



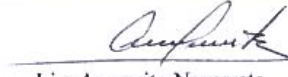
Dr. Edison Aymacaña
MEDICO POS GRADO PEDIATRIA



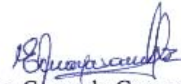
Ing. Julia Ayala
COORDINADORA DE FARMACIA



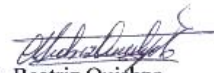
Sra. Yolanda Vásquez
AUXILIAR DE ENFERMERIA



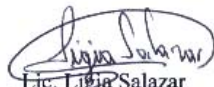
Lic. Amparito Navarrete
MAESTRANTE UTPL



Lic. Consuelo Guayasamin
MAESTRANTE UTPL



Lic. Beatriz Quishpe
MAESTRANTE UTPL



Lic. Ligia Salazar
MAESTRANTE UTPL

CONCLUSIONES.-

1. El programa de socialización permitió obtener el apoyo de las autoridades, de los Jefes del Servicio y consecuentemente del personal de las áreas involucradas.
2. Se obtuvo la asistencia del 99% de invitados claves. La Jefa de Enfermería no asistió porque ese día estuvo designada para representar a la Unidad en una reunión Recursos Humanos del Ilustre Municipio de Quito.
3. Se ratificó el compromiso del maestrante para la sostenibilidad de los proyectos luego de obtener los respectivos títulos de Magíster, en razón de la importancia que revisten dentro del desarrollo institucional.

RESULTADO 2.-**PERSONAL CAPACITADO SOBRE LA ATENCIÓN DE CALIDAD.****PRODUCTO 2:**

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN

INTRODUCCIÓN.-

La educación es el sustento esencial que permite mejorar la calidad de atención a los pacientes, por lo que el personal de salud debe capacitarse y actualizarse continuamente y participar de manera directa y/o indirecta en estos procesos.

El proceso de educación genera crecimiento y cambio de actitud en las personas lo que conduce al mejoramiento de los servicios en bien de las organizaciones y satisfacción de los usuarios.

La educación por sí sola es una estrategia de desarrollo del ser humano que le permite ampliar habilidades y destrezas.

OBJETIVOS.-

- Actualizar conocimientos del personal multidisciplinario de los servicios de U.C.I. de la Unidad Municipal de Salud Sur que permitan optimizar la calidad de atención a los usuarios externos.

METODOLOGÍA.-

La metodología a seguir en primer lugar se orienta a la planificación del plan de capacitación determinando los temas de interés para el personal involucrado, luego se procede a determinar los expositores y el financiamiento del curso, así como el aval del Instituto de Capacitación Municipal. Se oficializa todas las actividades al Dr. Ricardo Gutiérrez, director de la Unidad Municipal Sur para su aprobación y gestión pertinentes. Luego se diseñó y difundió la invitación al curso. (ANEXO).

Este proceso implicó reuniones previas con las autoridades para preparar a las personas y obtener su participación.

INSTITUTO DE CAPACITACIÓN MUNICIPAL ICAM
UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
SEMINARIO TALLER “CALIDAD ESTRATÉGICA EN SALUD”

AGENDA.-

TEMA	DOCENTE	METODOLOGIA	FECHA Y HORA
Inscripciones e inauguración	Maestranteros UTPL	Exposición magistral	2010-05-10 8h00-8h15
Liderazgo	Msc. Fran Molina	Exposición dialogada	2010-05-10 8h15-8h30
Trabajo en equipo	Msc. Fran Molina	Debate	2010-05-10 8h30-9h00
Comunicación efectiva	Msc. Fran Molina	Mapas conceptuales	2010-05-10 9h00-9h30
Atención al cliente	Msc. Fran Molina	Formación de grupos	2010-05-10 9h30-10h00
RECESO			
Bioética	Msc. Fran Molina	Trabajos de grupo	2010-05-10 10h15-11h00
Riesgos laborales	Msc. Fran Molina	Presentación de trabajos	2010-05-10 11h00-11h30
Estándares de calidad en Salud	Msc. Fran Molina	Plenaria	2010-05-10 11h00-11h30

TEMA	DOCENTE	METODOLOGIA	FECHA Y HORA
Inducción al sistema estratégico	Msc. Fran Molina	Exposición magistral	2010-05-11 8h00- 9h00
Análisis y Direccionamiento Estratégico	Msc. Fran Molina	Exposición dialogada y debate	2010-05-11 9h00- 10h00
RECESO			
Formulación y Ejecución Estratégica	Msc. Fran Molina	Mapas Conceptuales y formación de equipos	2010-05-11 10h15- 11h00
Control Estratégico y Balance	Msc. Fran Molina	Trabajos de grupo y plenaria	2010-05-11 11h00- 12h00
Identificación de Procesos	Msc. Fran Molina	Exposición magistral	2010-05-12 8h00-9h00
Determinación de Procesos	Msc. Fran Molina	Trabajos de grupo	2010-05-12 9h00-10h00
RECESO			
Análisis de procesos	Msc. Fran Molina	Talleres	2010-05-12 10h00-11h00
Definición de Actividades – Tareas – Tiempos	Msc. Fran Molina	Exposición magistral	2010-05-12 11h00-11h45
Evaluación del seminario-taller	Maestranteres UTPL		2010-05-12 11h45-12h00
Clausura	Maestranteres UTPL		2010-05-12 12h00

EVALUACIÓN DEL SEMINARIO TALLER “CALIDAD ESTRATÉGICA EN SALUD”.

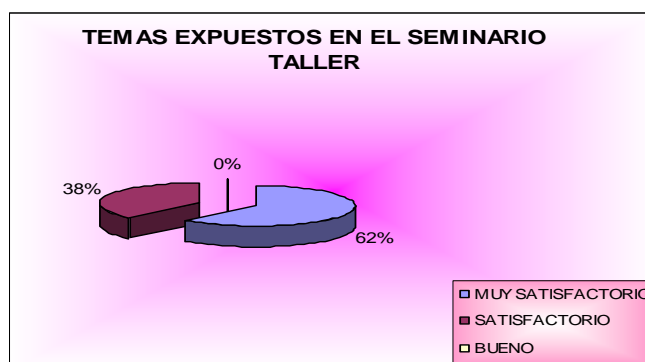
LOS TEMAS EXPUESTOS EN EL SEMINARIO TALLER

TABLA Nº 12

TEMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUY SATISFACTORIO	25	62%
SATISFACTORIO	15	38%
BUENO	0	0%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron a la capacitación
ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

GRÁFICO Nº 12



FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron a la capacitación
ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

ANÁLISIS:

El 62% del personal encuestado responde que la temática del seminario taller fue muy satisfactoria, mientras que el 38% respondió que fue satisfactoria debido a que fue muy corto el tiempo dedicado a cada tema.

EL FACILITADOR DE LOS TEMAS

TABLA Nº 13

FACILITADOR	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	35	87%
BUENO	5	13%
REGULAR	0	0%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron a la capacitación
ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

GRÁFICO Nº 13



FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron al Seminario Taller

ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

ANÁLISIS:

El 87% de personal médico y de enfermería responde que los facilitadores (expositores) fueron excelentes, mientras que el 13% manifiesta que fue bueno.

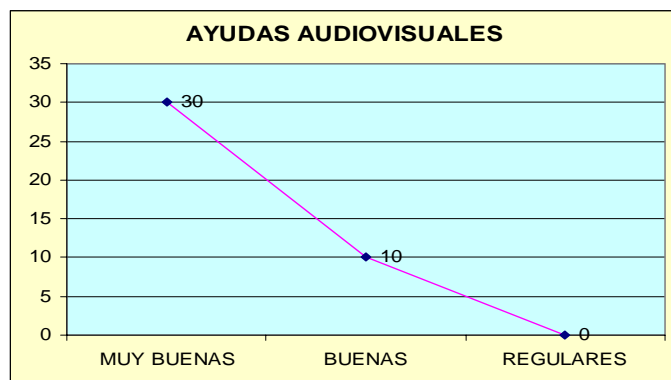
LAS AYUDAS UTILIZADAS EN EL SEMINARIO TALLER

TABLA N° 14

AYUDAS AUDIOVISUALES	FRECUENCIA	POCENTAJE
MUY BUENAS	30	75%
BUENAS	10	25%
REGULARES	0	0%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron a la capacitación
ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

GRÁFICO N° 14



FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron al Seminario Taller

ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

ANÁLISIS:

El 30% del personal médico y de enfermería responde que las ayudas audiovisuales utilizadas en el Seminario Taller "Calidad Estratégica en Salud" fueron muy buenas. El 10% de personal responde que fueron buenas. Las ayudas audiovisuales permitieron fijar conocimientos e ideas claves.

EL TIEMPO DESTINADO PARA EL DESARROLLO DEL SEMINARIO

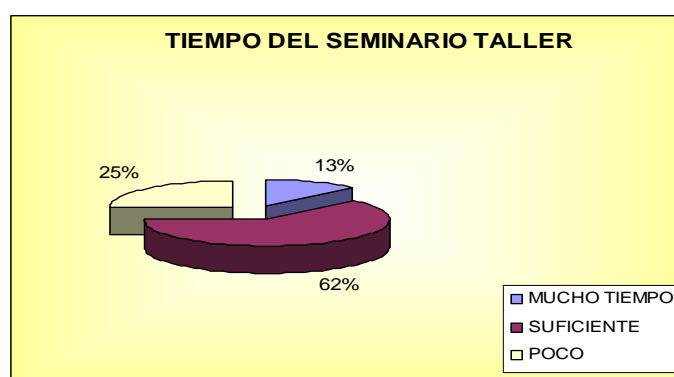
TABLA Nº 16

TIEMPO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
MUCHO TIEMPO	5	13%
SUFICIENTE	25	62%
POCO	10	25%
TOTAL	40	100%

FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron a la capacitación

ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

GRÁFICO Nº 15



FUENTE: Encuestas aplicadas a Médicos y Enfermeras que asistieron al Seminario Taller

ELABORADO: Ligia Salazar. Año 2010

ANÁLISIS:

El 5% de personal médico y de enfermería encuestado responde que el seminario taller tuvo mucha duración. El 25 % responde que el tiempo en que se desarrolló el curso fue suficiente y el 10% responde que el tiempo destinado al curso fue muy poco en relación a la importancia de los temas.

CONCLUSIONES:

- El seminario inicialmente fue dirigido al personal de Enfermería y Médicos de los Servicios U.C.I. pero luego se adhirió el personal de otras áreas debido a la actualidad de los temas.
- El programa educativo se cumplió en las fechas y horarios establecidos. Se inscribieron 36 Enfermeras y 4 médicos residentes.
- Las exposiciones de los temas fueron calificados como excelentes.
- La metodología y los auxiliares de enseñanza utilizados estuvieron acordes con los temas.
- Los gastos de logística y pago al expositor fue autofinanciado por la organizadora del Seminario Taller.
- Las autoridades de la institución brindaron todas las facilidades para el desarrollo exitoso del Seminario Taller.

RESULTADO 3:

TRÍPTICO INFORMATIVO PARA PADRES DE RN DEL SERVICIO DE UCI.

PRODUCTO 3:

TRÍPTICO INFORMATIVO PARA PADRES DE RN HOSPITALIZADOS DEL SERVICIO DE UCI.

INTRODUCCIÓN:

La aplicación del marketing a los servicios de salud se sitúa en un marco estratégico que impone tener que precisar la misión y orientación de la empresa sanitaria, definir sus objetivos con claridad y velar por el mantenimiento de una estructura equilibrada para llevar a cabo una de sus actividades.

El marketing tiene que proyectarse en dos vertientes: impulsar el interés y la satisfacción de las necesidades de salud activamente, y aumentar la eficacia de sus actividades, las mismas que buscan la calidad de los servicios vertida en la satisfacción de las necesidades gracias a una buena y constante comunicación entre el cliente interno y externo.

OBJETIVOS:

- Elaborar un tríptico informativo para padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI para satisfacer necesidades.
- Implementar tríptico informativo mediante la socialización con el personal que trabaja en el servicio de UCI.

- Monitorización de la entrega del documento informativo por parte del personal a los padres al momento del ingreso de su hijo a este servicio.

METODOLOGÍA:

El diseño del tríptico informativo se lo realizó buscando las necesidades de los padres en cuanto al personal que labora en el servicio, horarios de visita, información de la condición del paciente, lugar y hora de extracción de leche materna y normas de ingreso al servicio para la visita de los padres a su hijo. El diseño del tríptico procede a la aprobación por parte del Jefe de servicio de Pediatría, Médico Tratante de UCI y Enfermera Jefe del servicio de UCI.

Los mismos que realizan ajustes para su elaboración quedando en un consenso aprobado mencionado tríptico y se dispondrá de 100 ejemplares para su distribución. Luego se procede a la socialización con el personal para su implementación inmediata.

La monitorización del tríptico se lo realiza mediante las encuestas realizadas a padres de Rn que se encuentran hospitalizados en el servicio de UCI.

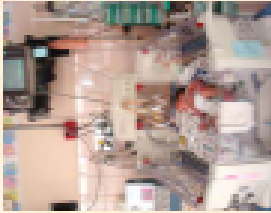
AGENDA.-

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTE	LUGAR	FECHA	HORA
Diseño de tríptico informativo del servicio de UCI	Ligia Salazar	Maestranteres	Domicilio de Maestrante	07-04-2010	10h00
Reunión para aprobación del tríptico	Ligia Salazar	Maestranteres, Jefe de Pediatría, Medico Tratante, Jefe de Enfermería	Sala de reuniones de UCI	12-04-2010	12h00
Socialización del tríptico con el personal de UCI	Ligia Salazar	Maestranteres, Médicos y Enfermeras	UMSS	15-04-2010	10h00
Evaluación de la implementación de tríptico informativo en el servicio de UCI	Ligia Salazar	Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI	Sala de reuniones del servicio de UCI	30-05-2010	09h00 a 12h00

TRIPTICO INFORMATIVO PARA PADRES DE RN DEL SERVICIO DE UCI DE LA UMSS

**UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES**

"UNA OPORTUNIDAD DE CUIDADO CON CALIDAD"





NORMAS DE INGRESO DEL PADRE Y/O MADRE A UCI

NORMAS DE INGRESO PARA FAMILIARES

- UÑAS CORTAS
- TRAER MANICARILLA
- RETIRARSE CHOMPA, SACO, FONDILLO, ETC. COLGAR EN PERCHERO DE FAMILIARES
- RETIRARSE ARELLOS, PULSERAS Y SELLOS.
- SOLICITAR UN GABO Y UNA BATA A LA ENFERMERA DE TURNO.
- COLOCARSE EL GABO INTRODUCIÉNDOSE TOTALMENTE EL CABELLO, Y MANICARILLA.
- LAVAR LAS MANOS: BASTA LOS CODOB CON AGUA CORRIENTE Y JABÓN LÍQUIDO DURANTE 30 SEGUNDOS.
- SECARSE LAS MANOS CON TOALLAS DE PAPEL.
- COLOCARSE LA BATA E INGRESAR AL ÁREA. IDENTIFICARSE A SU HEREDA Y VESTIBULO.
- LUEGO DE VESTIRSE AL A SU HEREDA RETIRAR LA BATA Y COLOCAR LA BRASA EN EL TACHO ROTULADO ROSA SUJIA.

SI COLABORACIÓN EN EL CUMPLIMIENTO DE ESTAS NORMAS CONTRIBUYE EN EL TRATAMIENTO DE SU HIJO.

GRACIAS

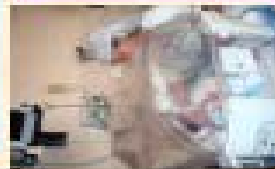



**INUESTRA UNIDAD HABRE SUS PUERTAS PARA
SERVIDALES: SEGURIDAD, PROFESIONALISMO Y LA
ATENCIÓN QUE SU HIJO REQUIERE. QUEREMOS
AGRADECER Y RETRIBUIR LA CONFIANZA QUE
USTEDES HAN DEPOSITADO EN NOSOTROS.
SOLICITAMOS SU COLABORACIÓN REFERENTE A
HORARIOS Y NORMAS AL INGRESO POR SER ESTA
UNA ÁREA RESTRINGIDA.**

EQUIPO DE SALUD PROFESIONAL CON CALIDEZ HUMANA



HORARIO DE VISITAS DE LOS PADRES



PADRE Y/O MADRE EXCLUSIVAMENTE
MAÑANA: 11:00 - 12:00
TARDE : 16:00 - 17:00
POR DIEZ MINUTOS
NOTA: PERSONA LEGAL AUTORIZADA EN AUSENCIA DE LOS PADRES

HORARIO DE INFORMACIÓN PADRE Y/O MADRE EXCLUSIVAMENTE



PADRE Y/O MADRE EXCLUSIVAMENTE
MAÑANA: 11:00 - 12:00
MEDIO TRATANTE
TARDE: 16:00 - 18:00
RECIBO RESIDENTE (RT)

HORARIO DE EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA

LA EXTRACCIÓN DE LECHE MATERNA DE LO REALIZADA EN EL SERVICIO DE GINECOLOGÍA:
MAÑANA: 08:00 - 12:00
TARDE: 16:00 - 17:00
LA LECHE SEDE PROVEEDORAS DE:
GORRO, MASCARILLA, FRASCO DE REGISTRO DE ORINA
ENTREGAR LOS FRASCOS DE LECHE ENTREGA EN LOS SERVICIOS:
ESTUDIADOS:
APellidos DEL SEÑOR MARIDO, SEÑORA, OTRA



**EL PERSONAL DEL SERVICIO CONOCE, SE MOTIVA Y SE COMPROMETE
PARA LA DIFUSIÓN Y ENTREGA DEL TRÍPTICO INFORMATIVO A LOS
PADRES DE RN QUE INGRESAN AL SERVICIO DE UCI**



COMPRESIÓN DEL TRIPTICO INFORMATIVO POR PARTE DE LOS PADRES

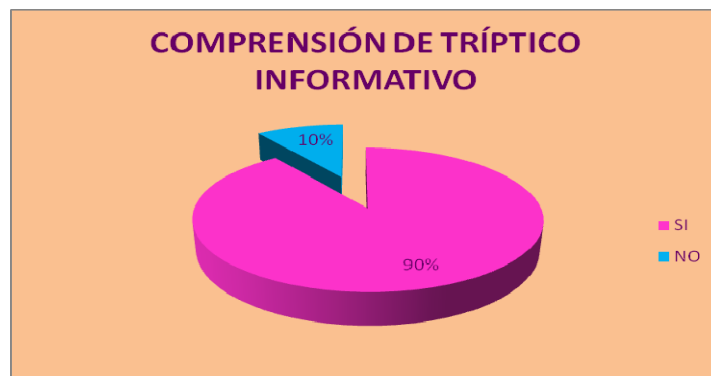
TABLA N° 16

COMPRESIÓN DE TRIPTICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	90%
NO	1	10%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Abril 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO N° 17



FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Abril 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 90% de los padres de los recién nacidos manifiestan que el tríptico informativo entregado por el personal es entendido y les ha servido para coordinar las visitas, recibir información, etc., mientras que en un 10% no sabe leer y a tenido dificultad para comprender.

**RECIBE INFORMACIÓN VERBAL DEL CONTENIDO DEL TRÍPTICO INFORMATIVO
POR PARTE DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE UCI**

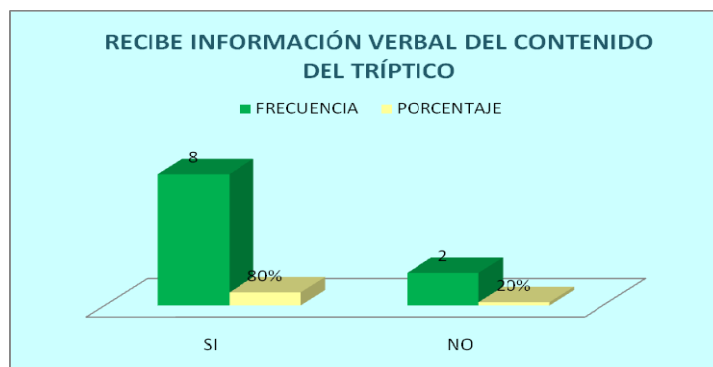
TABLA Nº 18

TRÍPTICO ES EDUCATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	9	90%
NO	1	10%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Abril 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 18



FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Abril 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 80% de los encuestados refieren que el personal del servicio si impartieron la información en forma verbal del contenido del tríptico, mientras que en un 20% refiere que no recibieron.

CONCLUSIÓN:

- Al investigar las necesidades de información que requieren los padres de RN hospitalizados en el servicio de UCI por parte del personal del servicio se logro concentrar en este tríptico la información que ayudo tanto a los padres como al personal a coordinar las actividades.
- Los padres de los RN del servicio de UCI respetan las normas del servicio de UCI.
- El personal del servicio se involucro en la difusión del tríptico informativo y a la vez refiere que beneficio al servicio canalizando de esta manera la comunicación entre los familiares y el personal.

RESULTADO 4:**PLAN DE APOYO PSICOLOGICO A PADRES DE LOS RN HOSPITALIZADOS EN UCI.****PRODUCTO 4:****PLAN DE APOYO PSICOLOGICO PARA EL SERVICIO DE UCI DISEÑADO E IMPLEMENTADO.****INTRODUCCIÓN:**

El nacimiento de un niño o niña inevitablemente trae una serie de cambios que alteran la rutina cotidiana y que producen estrés en los miembros de una familia. Cuando el nacimiento ocurre antes del tiempo esperado o nace un recién nacido enfermo, puede ser aún más estresante para una familia, por muchas razones. Estas incluyen el percibir la sensación de fracaso de tener un niño enfermo, el temor a la muerte del niño, la alteración del apego niño-padres, la interrupción en la rutina familiar, el temor con respecto a su cuidado y protección y resignarse a aceptar que otras personas cuiden de él en este período.

La atención crítica en las UCIN es altamente estresante para los padres, especialmente para las madres, por lo cual se hace necesario identificar el nivel específico de estrés y las fuentes que producen esta tensión para desarrollar intervenciones de enfermería efectivas para ayudarlos a enfrentar favorablemente esta situación.

La Unidad de Salud Sur cuenta con el área de Cuidados Intensivos Neonatales y requiere contar con un plan de apoyo psicológico a padres de Rn hospitalizados en el servicio el mismo que ayudará a los padres afrontar la realidad en cuanto a la salud de su hijo.

METODOLOGÍA:

METODOLOGÍA DEL PLAN DE APOYO PSICOLOGICO DEL SERVICIO UCI	
GRUPO DE INTERÉS	Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de estrés de las madres de los RN hospitalizados en la UCIN de la Unidad Municipal de Salud Sur. • Remitir a padres de Rn al servicio de Psicología para la atención en la fase de crisis producida por el estrés de tener a su hijo en la UCI. • Fomentar grupos de apoyo de padres de pacientes hospitalizados.
RESPONSABLE	Maestrante Ligia Salazar
PLANIFICACIÓN	
1	Identificación de los padres de Rn que ingresan a UCI por medio de la entrevista (formulario)
2	Remitir a padres de Rn que ingresan a UCI al servicio de Psicología.
3	Crear grupos de apoyo de padres para fomentar la solidaridad e intercambiar experiencias
4	Entregar a la dirección de la Unidad Municipal de Salud Sur el plan de apoyo psicológico del servicio de UCI.

➤ **FORMULACION DE LA ESTRATEGIA**

Se basa en los objetivos del plan de apoyo psicológico.

- Orientar a los padres sobre la importancia de su involucramiento en el tratamiento de su hijo.
- Sensibilizar a los padres a formar parte del plan de apoyo psicológico.

➤ **DESARROLLO DE LA ESTRATEGIA**

La metodología utilizada para el desarrollo de ayuda psicológica será difundida al personal del servicio para su involucramiento, motivar a los padres a que formen parte del programa, por medio de la actitud proactiva del personal, tomados en cuenta como parte importante en la recuperación de la salud de su hijo.

El mensaje impartido a los padres del servicio de UCI es: **“UNA OPORTUNIDAD DE VIDA CON CALIDAD”** y el lema de los padres debe ser: **“COMO PADRE DEVO FORMAR PARTE EN EL TRATAMIENTO Y RECUPERACIÓN DE LA SALUD DE MI HIJO CON ACTITUD POSITIVA.”**

➤ **DISEÑO DE LAS ACTIVIDADES DE COMUNICACIÓN**

Para la planificación de las distintas actividades que compondrán el Plan de Apoyo Psicológico a Padres de Rn ingresados en el servicio de UCI, a tal efecto se empleará el modelo normalizado Acciones Derivadas del mencionado plan, dando cumplimiento a lo planificado.

ACCIONES A DESARROLLAR.

ACCIONES DERIVADAS DEL PLAN DE APOYO PSICOLOGICO DEL SERVICIO DE UCI	
GRUPO DE INTERÉS	Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI
OBJETIVO	<ul style="list-style-type: none"> • Determinar el nivel de estrés de las madres de los RN hospitalizados en la UCIN de la Unidad Municipal de Salud Sur. • Remitir a padres de Rn al servicio de Psicología para la atención en la fase de crisis producida por el estrés de tener a su hijo en la UCI. • Fomentar grupos de apoyo de padres de pacientes hospitalizados.
RESPONSABLE	Maestrante Ligia Salazar
PLANIFICACIÓN	
1	Creación del formulario para la entrevista de identificación de padres de Rn ingresados en UCI
2	Coordinar la atención de los padres con el servicio de Psicología con Dr. Burbano en lo relacionado al horario de atención.
3	Diseñar el contenido para reuniones de apoyo de padres de los pacientes ingresados en UCI Lugar, Horario, Temas a tratar en la reunión.
4	Evaluación de la reunión por parte de los asistentes.

AGENDA.-

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTE	LUGAR	FECHA	HORA
Reunión con Dr. Burbano Psicólogo para coordinar el involucramiento del profesional en el plan de apoyo psicológico.	Ligia Salazar	Maestranter Psicólogo	Servicio de Psicología de la UMSS	08-04-2010	10h00
Diseño del contenido para reuniones grupales con padres.	Ligia Salazar	Maestranter	Domicilio de Maestrante	13-04-2010	10h00
Coordinación con laboratorios farmacéuticos para la provisión de refrigerio para reunión de apoyo psicológico	Ligia Salazar	Maestranter, Representantes de los laboratorios	Sala de reuniones de UCI. Coordinación vía telefónica	Semana del 19 de Abril 2010	12h00
Entrega de propuesta a la dirección de la UMSS del Plan de Apoyo Psicológico del servicio de UCI	Ligia Salazar	Maestranter, Director de la UMSS	UMSS	03-05-2010	10h00

EVALUACIÓN DEL PLAN DE APOYO PSICOLOGICO DEL SERVICIO DE UCI

DISMINUCIÓN DE NIVELES DE ESTRÉS DE LOS PADRES DEL RN DEL SERVICIO DE UCI CON LA IMPLEMENTACIÓN DEL PLAN DE APOYO PSICOLOGICO.

TABLA N° 19

NIVELES DE ESTRÉS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	84%
NO	2	16%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO N° 20



FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 84% de los padres encuestados refieren que luego de haber formado parte del plan de apoyo psicológico si disminuyo el estrés producido por esta situación, mientras que el 16% manifiestan que no disminuyo el estrés.

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PSICOLOGO CLINICO EN LA ATENCIÓN A PADRE EN LA FASE DE CRISIS

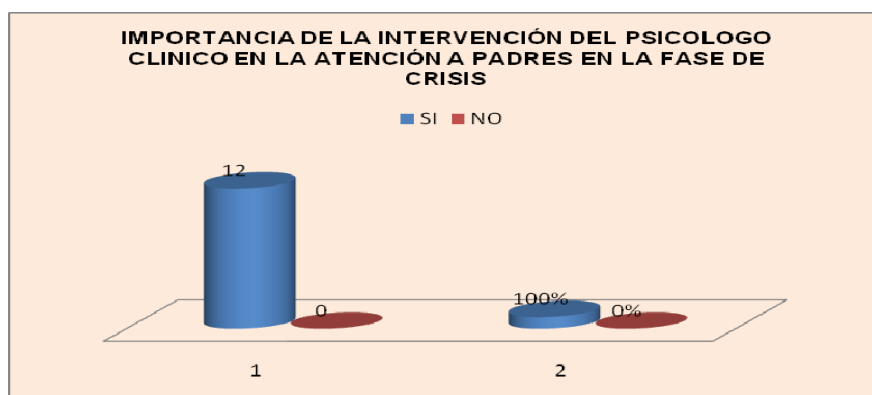
TABLA Nº 21

IMPORTANCIA DE LA INTERVENCIÓN DEL PSICOLOGO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	12	100%
NO	0	0%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 21



FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 25% de los encuestados refieren que luego de la consulta con el Psicólogo sintieron confianza mientras que en 16.5% manifiestan menor angustia. El conversar con un profesional de estas características es muy importante.

BENEFICIOS QUE SIENTEN LOS PADRES LUEGO DE ASISTIR A LAS REUNIONES GRUPOS DE APOYO

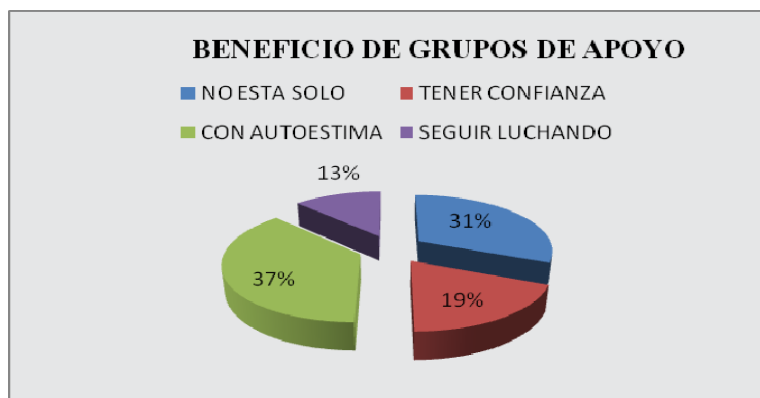
TABLA N° 22

BENEFICIO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
NO ESTAR SOLO	5	33.3%
TENER CONFIANZA	3	19%
CON AUTOESTIMA	6	37%
SEGUIR LUCHANDO	2	13%

FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO N° 22



FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

ANALISIS:

El 37% de los encuestados refieren que luego de haber asistido a las reuniones grupales fue muy beneficioso ya que escuchar experiencias de otros padres es confortante por tanto la auto estima se recupera mientras que en un 13% debe seguir luchando.

PARTICIPACIÓN ACTIVA EN LA CONFORMACIÓN DE UN CLUB DE PADRES DEL SERVICIO DE UCI

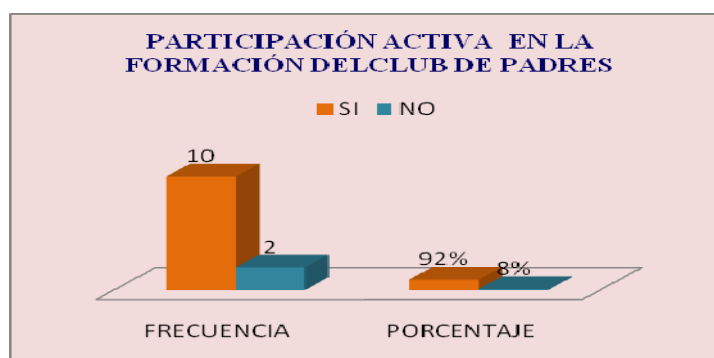
TABLA N° 23

PARTICIPACIÓN EN LA CONFORMACIÓN DEL CLUB DE PADRES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	10	92%
NO	2	8%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO N° 23



FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

ANÁLISIS:

El 92% de los padres de los recién nacidos de UCI comparten la motivación de crear un club de padres del servicio de UCI ya que considera una forma de autoayuda al compartir experiencias similares, mientras que en un 8% son padres que no comparten su experiencia con otras personas.

EL PLAN DE APOYO PSICOLÓGICO CONTRIBUYE EN MEJORAMIENTO DEL BIENESTAR DE LOS PADRES DE RN DEL SERVICIO DE UCI

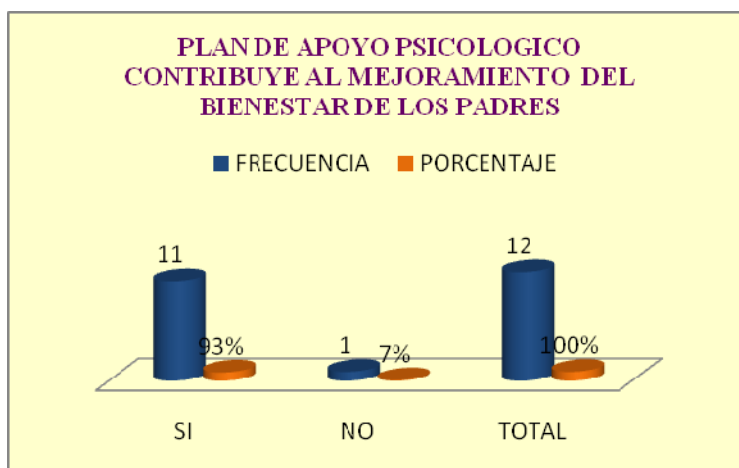
TABLA Nº 24

MEJORA	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	11	93%
NO	1	7%
TOTAL	12	100%

FUENTE: Padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

GRÁFICO Nº 24



FUENTE: Personal del servicio de UCI, Julio 2010

ELABORADO: Ligia Salazar

ANALISIS:

El 93% del personal encuestado manifiesta que con la implementación del programa de apoyo psicológico los padres de Rn del servicio de UCI si ha contribuido en el mejoramiento del bienestar de los padres, mientras que en un 7% consideran que se debe buscar más alternativas para fortalecer el programa.

CONCLUSIONES:

- La participación activa del profesional (Psicólogo) de la UMSS fue fundamental en la atención de padres en fase de crisis, siendo una oportunidad de los padres a sobrellevar la situación en forma positiva.
- El involucramiento de los padres de Rn hospitalizados en el servicio de UCI juega un papel importante en el tratamiento de su hijo, por medio del amor transmiten el deseo de vida y cuán importante es su hijo en la familia y la esperanza de vida con calidad por la confianza que tiene en el equipo de salud.
- El grupo de apoyo que los padres conforman para unirse en el sentimiento de solidaridad, entusiasmo de sobre llevar está situación tan estresante que es tener a su hijo en el servicio de UCI los ha llevado a ser mas fuertes tener una actitud positiva y sobre todo no sentirse solos y poder contar con personas que tienen o están en igual situación.
- La sinergia que imparte el personal del servicio con los padres en el involucramiento de actividades para el tratamiento de su hijo ha llevado a incrementar el grado de confianza entre el personal y los padres.
- Para la maestrante ha sido una experiencia inolvidable el compartir con los padres en forma más directa y sentirse como parte de esa familia, el poder canalizar soluciones a corto, mediano y largo plazo, a pesar de encontrarse con inconvenientes para el desarrollo de este programa, siendo superados.

**RESULTADO 5:
PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCION DE ENFERMERÍA A
LOS RECIEN NACIDOS DE LA UCIN DE LA UMSS**

**PRODUCTO: 5
PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA DEL SERVICIO
DE UCI ELABORADOS, SOCIALIZADOS Y MONITOREADOS.**

INTRODUCCIÓN:

La mejora continua en pro de la calidad, con la participación de todos los involucrados de la en brindar atención que satisfagan las necesidades del usuario. Esfuerzos que están dirigidos a mejorar la eficiencia y eficacia de los servicios de salud.

Una de las dimensiones de la calidad es la seguridad que implica la reducción de riesgos, de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios. El sistema de salud tiene la responsabilidad de asegurar que los servicios se presten con un mínimo de riesgo. Por tal razón la estandarización de protocolos y normas para la atención de Rn es el pilar fundamental que ayudará a la mejora la calidad de servicios optimizando recursos y tiempo.

OBJETIVO:

- Disponer de normas y protocolos de enfermería para la atención de Rn críticos.
- Buscar la aprobación de los protocolos y normas de atención de enfermería por medio de las autoridades de la institución.

- Socializar con el personal del servicio de UCI protocolos y normas existentes para el cumplimiento de las mismas.

METODOLOGÍA:

Para disponer de normas y protocolos de atención de enfermería se realizó varias reuniones con el personal de enfermeras del servicio donde se llegó a un consenso sobre temas, formato de elaboración, distribución de temas, búsqueda bibliográfica, tiempo de elaboración y entrega, revisión de protocolos, socialización de la elaboración, tiempo de rectificación, elaboración del informe final. Todos estos momentos fueron realizados con el grupo de enfermeras del servicio de UCI, siendo una ardua labor y evidenciando el involucramiento del personal por disponer de protocolos y normas de atención que benefician para la unificación de criterios, la optimización de recursos y sobre todo la minimización de riesgos.

Los temas fueron seleccionados de acuerdo con las necesidades servicio, procedimientos específicos, normas generales entre otros, en cuanto a la distribución de temas se lo realizó por medio de la asignación a cada una de las enfermeras de servicio para su elaboración los mismos que fueron expuestos al grupo según cronograma establecido por el comité de docencia que está vigente en el área. Luego de la exposición las normas son entregadas a Lic. Salazar para la elaboración de los protocolos.

Luego de la capacitación recibida por parte de la institución en lo que tiene que ver la elaboración de protocolos, guías de atención procesos, etc. Llegando al consenso del siguiente esquema:

- Título del tema
- Definición
- Objetivos

- Actividades
- Bibliografía

La coordinadora de docencia recopila la información para realizar el informe final que es los protocolos y normas de atención que se implementaron en el servicio, siendo quien posteriormente realice el trámite correspondiente para su aprobación por parte de las autoridades de la institución.

Para la disponer de los protocolos y normas de atención, se trabajó por más de 3 años a través de la conformación del comité de Docencia quien asumió la responsabilidad de coordinar todas las actividades para la obtención de los mismos. Por tanto ha sido un largo camino pero satisfactorio a la vez porque en el servicio de UCI ya se dispone de un concentrado de protocolos y normas de atención.

Comité que hasta la actualidad es precedido por la autora de este proyecto Lic. Ligia Salazar.

En cuanto a la aprobación de los protocolos y normas de atención de enfermería se encuentra en trámite en la dirección de la institución, tiempo que se lleva para su análisis, revisión y reajustes para la presentación definitiva y su registro de aprobación el mismo que se dispondrá en el servicio para su fiel cumplimiento.

La socialización de los protocolos vigentes en el servicio se lo realizó a todo el grupo de enfermeras y médicos con la finalidad de dar cumplimiento de los mismos es importante señalar que al momento de la inducción del personal nuevo que ingresa a este servicio también se socializa la existencia de protocolos y enfatiza en el cumplimiento de los mismos.

UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE LA UNIDAD DE
CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES.



AUTORA: Lic. Ligia Salazar

COLABORADORES:

Lic. Consuelo Guayasamín

Lic. Norma Tiuma

Lic. Irma Cortez

Lic. Ximena Enriquez

Lic. Lilian Gallardo

Lic. Lorena Baquero

Enfermera Jefe de UCIN

Lic. Catalina Paredes

Lic. Anita Tierras

Lic. Marisol Oña

Lic. Gladys Ambi

QUITO – ECUADOR

JUNIO 2010

PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS

DEFINICIÓN

Procedimiento que consiste en la fricción breve y vigorosa de toda la superficie de las manos con jabón antiséptico, seguido de un enjuague con agua corriente, permitiendo la remoción mecánica de la suciedad y de la flora resistente de las manos.

OBJETIVOS

- Prevenir las infecciones nosocomiales

ACTIVIDADES

LAVADO DE MANOS PARA EL PERSONAL

- Retirarse el mandil y colgarlo en el perchero N° 1.
- Retirarse anillos, reloj y pulseras.
- Doblarse las mangas hasta los codos.
- Verifica uñas cortas y limpias.
- Lavarse las manos hasta los codos al ingreso al área con agua corriente y solución jabonosa (endure 200) durante 30 segundos.
- Friccionar las palmas, dorso, dedos, uñas, muñecas y antebrazos.
- Enjuagarse con agua corriente.
- Secarse las manos con toallas de papel.
- Para atender a cada paciente lavarse las manos hasta los codos por el lapso de 10 segundos antes y después de cada procedimiento

LAVADO DE MANOS PARA FAMILIARES

- Retirarse chompas, sacos, etc. Y colgarlo en el perchero de los familiares
- Retirarse anillos, pulseras, reloj y colocarlo en lugar seguro.
- Doblarse las mangas hasta los codos.
- Verificar uñas cortas y limpias.
- Colocarse gorro (introducir todo el cabello en el gorro).
- Lavarse las manos hasta los codos al ingreso del área con agua corriente y solución jabonosa (endure 200) durante 30 segundos.
- Enjuagarse con agua corriente.
- Secarse las manos con toallas de papel.
- Colocarse la bata limpia.
- Luego de visitar al paciente retirarse la bata y colocarla en el tacho de ropa sucia.

BIBLIOGRAFÍA

- www.incacerología.gov.com/resoluciones/2006/otros/Protocoloslavadodemanos/INC.pdf
- www.hsd.es/es/servicio/farmacia/enlace/intenetfar/Protocololavadodemanos.pdf

RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO EN LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES

DEFINICIÓN.-

La monitorización es la medida de las constantes vitales que nos indican el estado hemodinámico del paciente, se considera como principales parámetros la frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, presión arterial, temperatura periférica y también saturación de oxígeno. La monitorización constituye el primer paso en la recepción del recién nacido en UCI.

OBJETIVO.-

- Conocer en forma objetiva y continua el estado del paciente.
- Alertar sobre alteraciones fisiológicas o cambios adversos en el paciente.

ACTIVIDADES.-

- Lavarse las manos.
- Colocarse bata.
- Colocarse guantes de manejo
- Recibir al recién nacido y monitorizar
- Colocar sensor de saturación de oxígeno sujetarlo con gasa y esparadrapo, verificar saturación sin apoyo de oxígeno primero y luego con oxígeno si el paciente lo requiriera

TIPO DE PACIENTE	SATURACION DESEADA
Prematuro menor 1200g ó menor 32 SG	88 – 92 %
Prematuro mayor 1200g ó mayor 32 SG	88 – 94 %
Neonato	92 – 96 %
Niños	Mayor 95 %

- Colocar los tres electrodos en la siguiente posición, previa limpieza con solución de benjuí
- El electrodo Positivo (LL, Left Leg, electrodo negro) se colocará en la parte inferior del lado izquierdo del torso, preferiblemente debajo de la caja torácica.
- El electrodo Negativo (RA, Right Arm, electrodo rojo) se colocará debajo del hombro derecho.
- El electrodo que hace Tierra (LA, Left Arm, electrodo blanco) suele situarse debajo del hombro izquierdo.
- El monitor debe estar configurado con los siguientes datos: Velocidad 25mm / seg, derivación II, Amplitud 50mm.
- Colocar brazaletes de tensión arterial el cual debe cubrir las tres cuartas partes del miembro seleccionado.

PESO	N. BRAZALETE	DIAMETRO	TIPO
Menor 1000g	1	3.7 – 7	1
1000 – 2000g	2	4.3 – 8	2
Mayor 2000-3000g	3	5.8 – 10.9	3
4000g	4	7.1 - 13	4

- Durante la toma de tensión arterial el recién nacido debe estar tranquilo, para obtener datos verdaderos.
- Colocar sensor de CO₂ y sensor de presión arterial invasiva si fuera el caso.
- Ajustar alarmas con valores máximos y mínimos esperados.
- Rotar ubicación de electrodos, sensor de oxígeno, brazalete de tensión arterial y observar presencia de eritema, erosión o infección.
- Anotar y reportar cualquier alteración de los datos vitales.
- Colocar sensor de T⁰ y mantener ambiente térmico neutro.
- Dejar al recién nacido cómodo y la unidad en orden.
- Instalar oxigenoterapia.
- Circular al médico en procedimientos especiales
- Canalizar vía venosa periférica e iniciar infusión de líquidos intravenosos según prescripción médica
- Colocar sonda orogástrica.
- Registrar en formularios de la historia clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2^a edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732- 735 Editorial Ergon, 1^a edición 2003
- Martínón Torees F, Martínón Sánchez J M Toracocentesis Y Drenaje Pleural. Am Pediatría 2001-54 (SUP) 23 – 29

PROTOCOLO DE EXTRACCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE

DEFINICIÓN.-

Consiste en la obtención de una pequeña cantidad de sangre de una arteria, vena o capilar para su posterior análisis en el laboratorio.

OBJETIVO.-

- Obtener muestras sanguíneas en óptimas condiciones para su posterior análisis en el laboratorio, utilizando una técnica adecuada y así minimizar el número de pinchazos en el paciente.

ACTIVIDADES.-

EXTRACCIÓN DE MUESTRAS POR PUNCIÓN VENOSA

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Colocarse bata.
- Proveer materiales: guantes de manejo, agujas 23Gx1, alcohol swabb, campo estéril, tubos microtyner, esparadrapo.
- Colocar el material en el campo estéril.
- Ubicarse cómodamente e inmovilizar al niño si fuera el caso.
- Colocar torniquete por encima del sitio de punción para producir ingurgitación de la vena.
- Seleccionar el vaso mediante el tacto, así determinaremos profundidad, calibre, elasticidad, también se puede localizar la vena por inspección (color azulado). No utilizar venas de pliegues de miembros superiores, éstas servirán para colocación de vías venosas centrales por punción periférica.

- Desinfectar el punto de punción con alcohol swabb.
- Para toma de HEMOCULTIVOS colocar se guantes estériles.
- Limpiar el sitio de punción con gasas estériles bañadas en yodo povidine.
- Puncionar la piel y posteriormente la vena en dirección contraria al flujo sanguíneo con un ángulo entre 15 y 30 grados con el bisel de la aguja hacia arriba.
- Soltar el torniquete ante la presencia de retorno venoso.
- Recoger muestra sea en tubos, capilares o frasco de hemocultivo.
- Sacar la aguja y aplicar presión suave hasta lograr hemostasia.
- Colocar torunda seca en sitio de punción.
- Retirar el material usado.
- Dejar la unidad en orden y al recién nacido cómodo.
- Registrar el procedimiento en hoja de Enfermería (cantidad de sangre extraída).

EXTRACCIÓN DE MUESTRAS POR PUNCIÓN CAPILAR:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Colocarse bata.
- Proveer de materiales: guantes de manejo, lanceta, capilares, plastilina, torundas secas, alcohol swabb, campo estéril.
- Seleccionar sitio de punción: lateral externo o interno del talón, caras laterales de las falanges distales de los dedos de la mano.
- Calentar el pie del cual se va a extraer sangre con el fin de producir vaso dilatación incrementando así el flujo sanguíneo.
- Sujetar el talón con los dedos pulgar e índice.
- Secar con una torunda seca y desinfectar con alcohol.
- Puncionar con una lanceta enérgica y perpendicularmente el sitio seleccionado.
- Presionar en forma intermitente el talón para formar gotas de sangre.
- Llenar los capilares evitando burbujas de aire.
- Limpiar y comprimir el sitio de punción.

- Colocar torunda seca en sitio de punción.
- Sellar los capilares con plastilina.
- Retirar material usado lavarse las manos.
- Dejar unidad en orden y recién nacido cómodo.
- Registrar el procedimiento en la hoja de enfermería.

EXTRACCIÓN DE MUESTRAS A TRAVÉS DE CATÉTER VENOSO CENTRAL:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Colocarse bata.
- Proveer materiales: guantes estériles, gasa estéril, campo estéril, dos jeringuillas de 3cc, alcohol yodado, solución salina.
- Colocar todo el material en el campo estéril.
- Colocarse guantes estériles.
- Desinfectar el extremo distal del catéter con gasa bañada en alcohol yodado.
- Aspirar con una jeringa con 0.5 de solución salina 2cc de sangre y dejar a un lado.
- Con otra jeringuilla extraer la cantidad de sangre necesaria para llenar los tubos.
- Devolver la sangre extraída en la primera jeringuilla al catéter.
- Lavar el sistema con solución salina.
- Retirar material usado.
- Lavarse las manos.
- Dejar unidad en orden y recién nacido cómodo.
- Registrar el procedimiento en la hoja de Enfermería (cantidad de sangre extraída).

EXTRACCIÓN DE MUESTRAS PARA GASOMETRÍA ARTERIAL POR PUNCIÓN:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Colocarse bata.

- Proveer materiales: guantes de manejo, jeringa 3cc bañada con heparina, alcohol swabb, campo estéril.
- Heparinizar jeringuilla (bañar jeringuilla con heparina).
- Colocarse guantes de manejo.
- Palpar el latido de la arteria con los dedos índice y medio.
- Limpiar el sitio de punción con alcohol swabb.
- Puncionar la piel y posteriormente la arteria (temporal, radial o humeral) en un ángulo de 15 a 45 grados.
- La sangre debe fluir lenta y espontáneamente, si no fluye sangre es posible que hayamos atravesado la arteria, retirar lentamente la aguja hacia arriba hasta que veamos fluir la sangre nuevamente.
- Extraer la cantidad necesaria de sangre para los exámenes correspondientes.
- Retirar la aguja y aplicar presión en el lugar de punción durante unos 5 minutos (no colocar algodón con esparadrapo).
- Evitar la entrada de aire en la jeringa ya que puede dar falsos resultados.
- Retirar material usado.
- Lavarse las manos.
- Dejar unidad en orden y recién nacido cómodo.
- Registrar el procedimiento y la cantidad de sangre extraída en la hoja de Enfermería.

GASOMETRÍA POR PUNCIÓN CAPILAR:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Colocarse la bata.
- Proveer materiales: guantes de manejo, lanceta, capilares, plastilina, torundas secas, alcohol swabb, campo estéril.
- Colocarse guantes de manejo.
- Calentar el talón con el fin de incrementar el flujo sanguíneo (vaso dilatación).

- Sujetar el talón.
- Secar y desinfectar con alcohol swabb.
- Puncionar con una lanceta enérgicamente hasta obtener un buen sangrado.
- Presionar el talón para favorecer la formación de la gota.
- Recoger sangre en el capilar evitando burbujas de aire.
- Limpiar y comprimir el sitio de punción.
- Colocar torunda seca en el sitio.
- Taponar el capilar con plastilina.
- Retirar material usado.
- Dejar unidad en orden y recién nacido cómodo.
- Registrar el procedimiento y la cantidad de sangre extraída en la hoja de Enfermería.

GASOMETRÍA ARTERIAL MEDIANTE EXTRACCIÓN POR VÍA ARTERIAL:

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Colocarse bata.
- Proveer materiales: guantes estériles, campo estéril, una jeringa de 3cc bañada con heparina, solución salina, gasa estéril, alcohol yodado, una jeringuilla de 3cc.
- Colocar material en campo estéril.
- Colocarse guantes estériles.
- Colocar campo estéril para trabajar sobre el mismo.
- Desinfectar el extremo distal del catéter con gasa bañada en yodo povidona.
- Aspirar con una jeringa con 0.5 de solución salina 2cc de sangre y dejar a un lado.
- Con otra jeringuilla extraer la cantidad de sangre necesaria para llenar los tubos.
- Devolver la sangre extraída en la primera jeringuilla al catéter.
- Lavar el sistema con solución salina.
- Retirar material usado.

- Dejar unidad en orden y recién nacido cómodo
- Registrar el procedimiento y la cantidad de sangre extraída en hoja de Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732- 735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003
- Martínón Torees F, Martínón Sánchez J M Toracocentesis Y Drenaje Pleural. Am Pediatría 2001-54 (SUP) 23 – 29

PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN TERMINAL DE INCUBADORAS

DEFINICIÓN.-

Actividad que se realiza con el fin de eliminar microorganismos de las superficies de objetos que no se pueden esterilizar utilizando soluciones antisépticas.

OBJETIVOS.-

- Eliminar gérmenes reduciendo el riesgo de infecciones nosocomiales.

ACTIVIDADES.-

- Lavarse las manos.
- Colocarse guantes de manejo.
- Retirar ropa de la unidad del paciente
- Retirar de la incubadora manguilla, porta manguilla, empaquetaduras de goma, colchoneta, bandeja, doble pared de incubadora, etc.
- Sumergir y lavar cada una de las piezas con solución detergente, restregando, enjuagando, de inmediato con agua corriente y posteriormente colocar para el secado.
- Lavar la incubadora con solución detergente restregando desde la parte más limpia a la más sucia (afuera hacia dentro) arriba abajo usar isopos para la limpieza de ángulos, orificios y superficies irregulares.
- Pasar un paño humedecido con agua corriente para retirar el detergente.
- Secar la incubadora completamente y sus accesorios utilizando paños secos
- Pasar un paño humedecido con desinfectante (alcohol antiséptico) para la desinfección de la incubadora, bandeja, colchón, etc.
- Sumergir en alcohol antiséptico todos los elementos pequeños de la incubadora.

- Dejar secar al ambiente.
- Armar la incubadora teniendo la precaución de colocar adecuadamente las empaquetaduras y bandejas.
- Colocar sábanas en la incubadora y dejar listo para el próximo ingreso.
- Cubrir con pañal limpio la incubadora.
- Rotular con fecha, hora y responsable que realizó la desinfección.
- Conectar y prender la incubadora de 28 a 32° C.

BIBLIOGRAFÍA

- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.

PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN TERMINAL DE CUNAS E INCUBADORAS NICK

DEFINICIÓN.-

Proceso capaz de destruir todos los microorganismos que están en forma vegetativa en las superficies.

OBJETIVO

- Eliminar gérmenes reduciendo el riesgo de infecciones nosocomiales.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Colocarse guantes de manejo.
- Retirar ropa de la unidad del paciente.
- Limpiar el colchón con un paño humedecido en solución detergente teniendo especial cuidado en las costuras del colchón, luego colocar en la mesa previamente desocupada.
- Enjuagar el paño en la solución detergente, y limpiar la cuna desde el área más limpia a la más sucia (afuera hacia adentro), de arriba hacia abajo con especial cuidado en las uniones y ángulos donde se acumulan gérmenes.
- Pasar un paño humedecido con agua corriente para retirar la solución detergente.
- Secar la cuna con paño seco.
- Humedecer un paño con VIRKON y pasarlo por el colchón y la cuna en la misma forma descrita anteriormente, excepto por la cúpula. El virkon empaña la cúpula.
- Pasar paño humedecido en alcohol por la cúpula.
- Dejar el colchón levantado y expuesto al ambiente.
- Colocar sábanas en la cuna y dejar lista para el próximo ingreso
- Colocar con fecha, hora y responsable que realizó la desinfección.

BIBLIOGRAFIA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.

PROTOCOLO DE DESINFECCIÓN RECURRENTE DE INCUBADORAS Y CUNAS.

DEFINICIÓN

Actividad destinada a la limpieza de la unidad del paciente, utilizando alcohol antiséptico.

OBJETIVO

- Mantener la incubadora ocupada con paciente limpia y aseada.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos
- Proveerse de compresas limpias y desinfectante (alcohol antiséptico).
- Humedecer compresa con detergente.
- Limpiar desde la parte más limpia (afuera) a la más sucia (adentro) con especial cuidado en cauchos (ventanas) ventanas móviles, mesa, canasta plástica.
- La desinfección recurrente se realizará en cada turno y PRN.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732-735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003

PROTOCOLO DE MANEJO DE DESECHOS HOSPITALARIOS

DEFINICIÓN.

Desechos hospitalarios son aquellas sustancias o subproductos sólidos, líquidos, o gaseosos generados por una tarea productiva resultante del accionar ejercido por la institución prestadora de servicio de salud y similares.

OBJETIVO

- Mantener las diferentes áreas libres de gérmenes nocivos mediante una adecuada clasificación de los desechos para garantizar un ambiente agradable y seguro.

CLASIFICACIÓN

DESECHOS COMUNES

- papel
- plásticos
- metal
- cartón
- envase de vidrio
- plástico vacío
- desechos alimenticios (generados en la cocina).
- Desechos especiales.

DESECHOS ESPECIALES

- Líquidos de revelado de Rx
- Bacterias.
- Aceite de carro

DESECHOS INFECCIOSOS

- Materiales de curación.
- Ropa y materiales desechables manchados con sangre secreciones o excreciones

- Recipientes de drenajes vacíos.
- Bolsas de orina sangre y otros líquidos biológicos.
- Filtros de diálisis
- Algodón, gasas, yeso
- Tubuladuras jeringuillas sin aguja.
- Mascarilla guantes botas
- Equipos de transfusión y derivados
- Pañales desechable

DESECHOS CORTOPUNZANTES

- Agujas.
- Bisturís.
- Mandriles de catlón.
- Capilares.
- Ampollas.

ACTIVIDADES.-

- Cumplir y hacer cumplir con la clasificación de desechos de acuerdo al manual de gestión de desechos hospitalarios de la U.M.S.S.
- Supervisar el cumplimiento de eliminación y transporte de desechos por el personal auxiliar de servicios.
- Tomar en cuenta recomendaciones generales estipuladas en el Manual de gestión de desechos hospitalarios para la realización de su trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual para el manejo de Desechos en establecimientos de salud. Fundación Natura, Colude. Junio 2001.
- Manual de Gestión de Desechos Hospitalarios de la UMSS. Año 2007.

PROTOCOLO DE MANEJO DE HOJA DE CONTROL DE PACIENTES

DEFINICIÓN.-

Esta hoja es parte de la Historia Clínica en que se registra la condición del paciente al momento que ingresa a la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales U.C.I, el registro de los cambios y los procedimientos que se realizarán durante toda su estadía.

OBJETIVO.-

- Reportar e informar en forma cefalo caudal los parámetros y cambios del recién nacido ocurridos durante todo el día.
- Registrar cuantitativa y cualitativamente la evolución del paciente.

ACTIVIDADES

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Anotar los apellidos y un nombre del recién nacido si lo tuviera.
- Anotar el número de HCL del recién nacido asignada por el departamento de estadística o caja (diferente al de la madre).
- Anotar fecha actual.
- En días de internación se debe contar como día primero a partir de las 24 horas de internación y luego contabilizar los días que el paciente permanezca hospitalizado.
- Anotar tipo de nacimiento (PN) si es parto normal (Cs) si es cesárea.
- Anotar edad gestacional en semanas y actualizar de acuerdo a estadía del RN.
- Anotar diagnóstico de ingreso del RN y actualizar según su condición y evolución.
- Anotar peso del RN en gramos, perímetro cefálico y perímetro abdominal (cm.) todos los días, talla en el servicio no se mide
- Anotar grupo sanguíneo y factor del RN, verificando estos datos en los exámenes de laboratorio.

- Marcar con un (+) si el COOMBS es positivo, o con un (-) si es negativo.
- Registrar la fecha de colocación de vía venosa (1-2 especificando si es vía central o periférica) actualizando según si se realiza nuevo procedimiento.
- Registrar fecha de colocación de sonda oro gástrico, actualizando cada 72 h que se realiza su cambio.
- Anotar fecha de colocación de vía arterial si el RN estuviera colocado, de igual manera especificando si es periférica o arterial.
- Si el RN está con tubo endotraqueal (TET) anotar el número, posición en la que está fijado, igualmente si estuviera con sonda Foley.
- Anotar tipo de ventilación que esté recibiendo el paciente, (IMV) en el caso de ventilación asistida, oxígeno total (OT), catéter nasal HOOD, este registro se debe actualizar cada día
- Anotar el tipo de dieta que recibe el recién nacido: leche materna y/o fórmula, vía de alimentación (SOG, SND, Succión), de igual manera si está en NPO.

REGISTRO DE SIGNOS VITALES

- Registrar la temperatura del paciente comprobada con el termómetro, especificando si es axilar (Ax) o rectal (R), su registro debe hacerse cada 3h o inclusive cada hora si el paciente presenta algún cuadro febril.
- Registrar temperatura de unidad del paciente especificando si es incubadora o cuna de calor radiante, su registro puede hacerse cada 3h.
- Anotar frecuencia cardíaca del paciente luego de auscultar con fonendoscopio, frecuencia respiratoria contada en un minuto completo, este registro debe realizarse cada 3 o 2h de acuerdo a la condición del paciente.
- Anotar presión arterial sistólica, diastólica y media que registre el monitor, su registro debe hacerse cada 3, 2, o incluso cada hora de acuerdo a la condición del paciente.
- Registrar P.V.C en caso de paciente crítico.
- Registrar TAM en paciente crítico.

CARACTERÍSTICAS FÍSICAS

- **COLOR:** anotar coloración que presente el RN cada 3h y abreviado.
- **R:** (rosado), piel, membranas y mucosas rosadas.
- **P:** (pálido), facies y conjuntivas pálidas.
- **PLET:** (pletórico), coloración roja de la piel.
- **C:** (cianótico), color azul oscuro de lengua, mucosas y piel.
- **M:** (marmóreo), piel moteada o cuadriculada.
- **I:** (ictérico), piel y conjuntivas de coloración amarillenta.

TEST DE SILVERMAN

- Aleteo nasal: con 2 puntos si existe aleteo, 1 si existe dilatación y 0 es ausente.
- Quejido respiratorio: 2puntos si es audible sin fonendoscopio, 1 cuando es audible con el fonendoscopio y 0 cuando es ausente.
- Retracción xifoidea: 2puntos si hay retracción esternal con hundimiento del cuerpo, 1 si existe hundimiento únicamente de la punta esternal, 0 si es ausente.
- Retracción intercostal: 2 puntos si es marcada, 1 si es débil y 0 si es ausente.
- Disco toraco abdominal: 2 puntos si existe discordancia, 1 si existe hundimiento de tórax y abdomen y 0 si existe expansión de ambos en la inspiración.

INGRESOS

- Registrar la hora de inicio de una infusión (Dx/5%, Dx/10%, Dx/12.5%) NPT o NPS por orden médica y anotar cuando se descontinúe una infusión.
- Registrar alimentación del RN especificando si recibe fórmula o leche materna y anotar cada tiempo se alimenta, en caso de ser la alimentación por infusión continua registra cada hora.

- En caso de que el RN reciba survanta también debe registrarse cuantos CC recibió, anotar en la hora respectiva y contabilizar como ingesta.
- También se anotará y contabilizará bolos de: dextrosa o solución salina, bicarbonato de Na, gluconato de calcio, etc. que se administre por indicación médica.

EGRESOS

- Anotar sangre extraída para exámenes (biometría, gasometría, bilirrubinas, hemocultivo, etc.).
- Cuantificar y registrar contenido gástrico, normalmente se lo hace cada 3h y especificar características del contenido.
- Cuantificar y registrar drenaje de tubo torácico al final de cada turno y especificar características del drenaje en el reporte de Enfermería.
- Si existe otro tipo de eliminación o si el paciente estuviera con dos tubos torácicos utilizar el casillero de otros para su registro.
- Cuantificar y registrar en caso de que el paciente vomite y especificar las características en el reporte de Enfermería.
- Registrar la cantidad de orina cada 3h o cada hora cuando el paciente tiene control de diuresis horaria, especificar características en el reporte de Enfermería
- Registrar con (+) cuando el paciente haga deposición en poca cantidad, con (++) cuando sea en cantidad moderada y con (+++) cuando sea deposición abundante.

Al final de cada turno la Enfermera responsable del paciente debe realizar el cierre de ingesta y eliminación y el reporte completo, informando todas las novedades del paciente sin enmendaduras y al final firmar con la primera inicial del nombre, apellido completo y el cargo que desempeña.

La Enfermera que trabaje en el turno de la noche hará el cierre total de las 24h de I/E y realizará un balance hidro-electrolítico (suma total de ingesta en 24h-suma total de

eliminación en 24h) será balance (+) cuando la ingesta sea mayor que la excreta y ser balance (-) cuando la excreta sea mayor que la ingesta.

El reporte de Enfermería debe de tener concordancia con los registros, debe hacerse en forma cefalo-caudal, reportar si se comunica al médico las complicaciones del paciente, anotar pendientes, novedades y/o complicaciones del RN.

BIBLIOGRAFÍA

- Internet www.aibarra.org/neonatologiacap10
- Laurent.s el proceso de enfermería Cap. 10 pág. 191 a 201
- Blumer. Jeffrey L. cuidados intensivos en pediatría 3º edición. Charlottesville, Virginia

PROTOCOLO DE MONITORIZACIÓN DE PACIENTE CRÍTICO EN UCIN

DEFINICIÓN

Estado crítico es toda aquella situación clínica en la que el paciente tiene o puede tener severamente alterada una o más constantes vitales, por un periodo de tiempo determinado o indeterminado.

OBJETIVOS

- Identificar al paciente crítico.
- Conocer las patologías que conllevan al esta crítico del neonato.

ACTIVIDADES

Paciente crítico:

Cuidados por sistemas

SISTEMA CARDIACO

- Monitorización de ECG: Vigilancia de arritmias
- Monitorización de presión arterial
- Monitorización de presión venosa central: Vigilancia de estados comprometidos, PVC.
- Monitorización de pulso y sus cualidades

SISTEMA RESPIRATORIO

- Vigilancia y control de dificultad respiratoria: Test de Silverman
- Vigilancia de monitorización respiratoria
- Frecuencia de la respiración
- Simetría de la respiración
- Vigilancia de los parámetros del ventilador
- Vigilancia del equilibrio ácido-base

- O₂ 100%
- PCO₂ 50-80mmHg
- pH > 7,25
- SpO₂

CONTROL DE LA REHABILITACIÓN PULMONAR

- Sistema de conducción de gases
- Sistema de mangueras de ventilador
- Sistema de humidificación de aire
- Filtros antibacterianos

SISTEMA TERMORREGULADOR Y TEGUMENTARIO

- Color de la piel: Textura, equimosis, eritemas, manchas, marcas.
- Relleno capilar 2 a 3 segundos
- Control de la integridad de la piel en zonas de riesgo
- Ostomías: Cuidado y control
- Occipucio
- Lóbulos de la oreja
- Zona sacra
- Codos y rodillas
- Zonas trocанterreas
- Zona ano-genital
- Control de la temperatura de la piel y de la temperatura central cuando sea necesario.
- Control de la mucosa haciendo hincapié en zonas de riesgo
- Comisuras labiales
- Cavidad oral
- Fosas nasales
- Zona genital externa en la mujer, prepucio y glande en el varón

SISTEMA NERVIOSO

- Control del perímetro cefálico
- Control de las fontanelas
- Control de integridad de los reflejos
- Control de las pupilas: Tamaño, reacción a la luz intensa
- Estado de conciencia: Escala de Glasgow modificada para lactantes
- Control de los movimientos atípicos
- Control del dolor: Escala de Susan Givens

SISTEMA EXCRETOR

- Control cuantitativo de la orina
- Control cualitativo de la orina
- Control de anomalías de excreción (glucosuria, cetonuria y proteinuria)
- Control de los dispositivos de excreción de orina (sonda)

SISTEMA DIGESTIVO

- Control del aporte de alimentos: Cantidad y concentraciones
- Control de sondas
- Control del reflejo de succión
- Tamaño del abdomen
- Medición de retención alimenticias: Cantidad y Calidad

METABÓLICO

- Control nutricional parenteral
- Cantidad
- Características (aporte energético)
- Control de peso
- Control del equilibrio ácido-base e iones

- pH
- Bicarbonato
- Exceso de base
- Sodio en sangre
- Potasio en sangre: 3.5mEq/l
- Calcio en sangre: 9.1 a 10.6mg/dl
- Control de bilirrubinemia
- Control de ingesta y excreta estricto
- Control de drenajes
- Control del dolor y sedación
- Manejo mínimo

BIBLIOGRAFÍA.-

- Manotas R. Neonatología Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.1995.p 207-294
- País Colombia. Principio en la atención del niño crítico. Bogotá: Editorial Tribuna 1995.

PROTOCOLO DE MANEJO DE INCUBADORAS Y CUNAS DE CALOR RADIANTE

DEFINICIÓN

Son equipos electrónicos con fines terapéuticos, que permite controlar tanto manualmente como por un servo control, el ambiente térmico del neonato en estado crítico.

OBJETIVOS

- Dar a conocer el manejo de incubadora y cuna de calor radiante, para su correcto funcionamiento en pro del bienestar de RN.

ACTIVIDADES:

- Lavarse las manos (ver protocolo)
- Mantener incubadora a 30cm. alejado de la pared y ventanas.
- Mantener encendida la incubadora (T34 – 36C)
- Encender C.C.R 10 minutos antes de ingreso del RN.
- Estirar los cables por la portezuela anterior de la incubadora.
- Colocar sensor de piel en RN (región axilar lateral cerca del hígado).
- Fijar sensor de T A piel con espadrapo suave
- Cubrir al RN con cobertor plástico transparente en C.C.R
- Mantener Temperatura de la unidad según edad estacional del RN (ver cuadro)
- Mantener modo piel (servo control)
- Ingresar material limpio o estéril por la portezuela de los lados de la incubadora.
- Eliminar material sucio por la portezuela posterior inferior de la incubadora
- Abrir portezuelas de la incubadora solo las veces que sean necesarias (aplicar protocolo de manejo mínimo)
- Colocar fototerapia lateral de modo que no obstruya el paso del calor radiante.
- No pegar en las cubiertas espadrapo, mantener cubierta limpia y transparente.
- Pesar al RN en balanza incorporada de incubadora.
- Pesar en la balanza de reloj a RN ubicados en incubadora sin balanza.

- Pesar en balanza digital a RN ubicados en C.C.R.
- No colocar agua en el humidificador de incubadora.
- Realizar desinfección recurrente al término del turno según protocolo establecido.
- Realizar desinfección terminal cuando el RN egresa en la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Tricita Lucy Gomilla. Editorial médica Panamericana
- Curso de neonatología. Impartido por CSIT, con textos de Raquel Miguel, Maribel Torres y Silvia Massip. Impartido en Madrid en 2004
- Protocolo y actuaciones de enfermería. Unidad de neonatología del HGUGM manual de cuidados intensivos neonatales. Boyd W. Goetzman y Richard P. Wennberg. Harcourt y Mosby, 3 ED.
- Manual de cuidados neonatales. John P. Cloherty y Ann R. Stark. Masson 3ed.
- Enciclopedia Larousse de la enfermería. Larousse Planeta 1994
- Revista Anuales de Pediatría. Vol. 62 Nº 1 Pág.: 48-63.

CLASIFICACIÓN DE PROCEDIMIENTOS DE U.C.I.


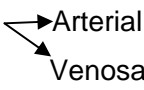
DEFINICIÓN

Los procedimientos aplicados en neonatos siguen ciertas normas de asepsia y antisepsia de acuerdo al tipo de procedimiento que puede ser invasivo o no invasivo. Se clasifican en: estrictamente estériles, estériles, semiestériles y limpios.

OBJETIVO

Aplicar principios de asepsia y antisepsia de acuerdo al tipo de procedimiento para garanticen seguridad del tratamiento aplicado al paciente.

A. POCEDIMENTOS INVASIVOS ESTRICTAMENTE ESTÉRILES :

1. Colocación de vía central:  Venodisección o Punción Epicutáneo
2. Colocación de vías umbilicales  Arterial
Venosa
3. Colocación de tubo torácico
4. Punción lumbar
5. Colocación de catéter peritoneal
6. Nutrición Parenteral Total
7. Exanguíneotransfusión

MATERIALES E INSUMOS:

Gorro, mascarilla, guantes y bata estéril, gasa estéril, alcohol yodado, tegaderm, equipo de curación y/o venodisección, campos estériles y campo de ojo estéril.

B. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS ESTÉRILES:

1. Curación de vías centrales
2. Curación de heridas quirúrgicas abiertas
3. Hemocultivo y Urocultivos.

MATERIALES E INSUMOS

Bata limpia, guantes estériles, gasa estéril, alcohol yodado, campo de ojo y campo simple estéril.

C. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS SEMIESTÉRILES

1. Intubación Endotraqueal
2. Colocación de sonda vesical
3. Drenaje de abscesos

MATERIALES E INSUMOS

Bata limpia, guantes estériles, materiales como: tubo endotraqueal, sonda vesical, gasa estéril, esparadrapo, benjuí, laringoscopio, campos de ojo y simple estéril.

D. PROCEDIMIENTOS INVASIVOS LIMPIOS

1. Colocación de sonda orogástrica
2. Colocación de sonda naso duodenal
3. Colocación de vías periféricas : venosas, arteriales
4. Gasometrías
5. Lactatoféresis

MATERIALES E INSUMOS

Bata limpia, campos estériles, sondas, catlones, esparadrapo

BIBLIOGRAFÍA:

- Neonatología. Tricita Lucy Gomilla. Editorial médica Panamericana
- Curso de neonatología. Impartido por CSIT, con textos de Raquel Miguel, Maribel Torres y Silvia Massip. Impartido en Madrid en 2004
- Protocolo y actuaciones de enfermería. Unidad de neonatología del HGUGM manual de cuidados intensivos neonatales. Boyd W. Goetzman y Richard P. Wennrerg. Harcourt y Mosby, 3 ED.
- Manual de cuidados neonatales. John P. Cloherty y Ann R. Stark. Masson 3ed.
- Enciclopedia Larouse de la enfermería. Larouse Planeta 1994
- Revista Anuales de Pediatría. Vol. 62 Nº 1 Pág.: 48-63.

MANEJO DE MONITORES MULTIPARAMENTROS

DEFINICIÓN

Equipo que despliega en pantalla: Electrocardiograma, frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, temperatura, presión no invasiva, presión invasiva, gasto cardiaco, capnografía, oxímetro de pulso, monitoreo de segmento ST y otros parámetros de acuerdo a la especialidad.,

OBJETIVO

- Ayudar a los Médicos y Enfermeras a detectar enfermedades de forma temprana, acceder a más información en intervenir con tratamientos adaptados de manera que puedan ayudar a sus pacientes a vivir la vida al máximo.

ACTIVIDADES

- Monitor configurado versátil y portátil
- Monitor modular con pantalla de 15 pulgadas como mínimo
- Capacidad para conectarse a red del monitoreo
- Pantalla poli cromática (color)
- Incluyen cuatro curvas, de 3 o 5 derivaciones de ECG, selección de derivación para medición de respiración, NIBP, SpO2, oximetría de pulso y medición de temperatura
- Para aplicaciones neonatales, pediátricos y adultos
- Fácil conexión a los expositivos periféricos y fuente de alimentación
- Incluye programación automática de los límites de alarma sobre la línea base de los signos vitales del paciente
- Batería recargable
- Monitoreo de los siguientes parámetros:

ELECTROCARDIOGRAFIA

Despliegue simultaneo de al menos 3 curvas, a elegir de 12 derivaciones

- Función de despliegue simultaneo de 12 derivaciones
- Análisis de por lo menos 12 arritmias
- Despliegue numérico de frecuencia cardiaca
- Detección de marca pasos y protección para desfibrilador

SATURACIÓN DE O2

- Curva de pletismografía
- Despliegue numérico de saturación de oxígeno

RESPIRACIÓN

- Curva de respiración
- Despliegue numérico de frecuencia respiratoria

TEMPERATURA

- Despliegue numérico de al menos 2 temperaturas

PRESIÓN NO INVASIVA

- Despliegue numérico de presión no invasiva (sistólica, diastólica y media)
- Modos para toma de presión: Manual y automática a diferentes intervalos de tiempo
- Función de STAT

PRESIÓN INVASIVA

Etiquetado de al menos los siguientes sitios de medición:

- Pulmonar
- Intracraneana
- Venosa central
- Arterial
- Ventricular o auricular

CAPNOGRAFÍA

- Despliegue de curva y valores numéricos inspirado y espirado

Tendencias graficas numéricas de 24 horas como mínimo de todos los parámetros seleccionables para el usuario.

Que cubra uso de neonato hasta adulto.

BIBLIOGRAFÍA.-

- www.serbinter.com/2007/catalogo/descrip/dte001.html
- www.gehealthcare.com/patient/monitoring

PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN DE VIA VENOSA CENTRAL POR PUNCIÓN PERIFÉRICA (CATÉTER EPICUTÁNEO)

DEFINICIÓN

Procedimiento que tiene como finalidad la inserción y mantenimiento de una vía venosa central canalizando una vía periférica de gran calibre introduciendo un catéter a través de ella hasta ubicarlo en Vena Cava Superior.

OBJETIVOS

- Establecer un acceso vascular central y seguro para el tratamiento de pacientes críticos con un catéter de material de larga duración (silicona).

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Elegir vena de gran calibre (Cefálica, Basílica, Safena interna).
- Medir con la cinta métrica la distancia del catéter a ser introducido desde el área de inserción hasta vena cava superior (cuarto espacio intercostal línea media clavicular derecha) y si el sitio elegido es en miembro inferior medir hasta apéndice xifoides.
- Realizar antisepsia del sitio seleccionado.
- Preparar el material: Catéter epicutáneo jeringuilla de 1cc, guantes estériles, alcohol swabb, heparinas.0.9%, equipo de curación, gasas, povidona, campo simple y de ojo estériles.
- Colocación de gorro y mascarilla.
- Lavarse las manos quirúrgicamente
- Secarse las manos y colocar bata y guantes estériles (dos pares).
- Abrir y preparar material estéril en mesa auxiliar.
- Preparar suero heparinizado (0.01cc de heparina más 1cc se S.S. 0.9%)

- Comprobar permeabilidad de epicutáneo purgando el sistema con suero heparinizado
- Desinfección con alcohol yodado y colocación del campo simple y de ojo estéril.
- Retirarse primer par de guantes.
- Colocar el torniquete del guante estéril descartado y puncionar la vena elegida.
- Una vez obtenido retorno venoso introducir el catéter utilizando pinza anatómica hasta llegar a la medida deseada.
- Retirar el peri craneal y/o catlón cuidando desplazamiento y/o salida del catéter; presionar el sitio de punción.
- Comprobar retorno venoso y lavar con solución salina heparinizada.
- Fijar el catéter haciendo hemostasia con gasa estéril y cubrir con tegaderm.
- Infundir líquidos intravenosos
- Una vez fijado, no introducir el catéter aún cuando no esté bien ubicado; mantener en la posición inicial y comunicar a Médico residente y enfermera.
- Identificar el catéter señalando la posición (medida en cm.) responsable y fecha de colocación.
- Dejar cómodo al paciente y en orden la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732-735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003
- Martínón Tórees F, Martínón Sánchez J M Toracocentesis Y Drenaje Pleural. Am Pediatría 2001-54 (SUP) 23 – 29

PROTOCOLO DE CANALIZACIÓN DE VIA VENOSA PERIFÉRICA

DEFINICIÓN

Es una técnica invasiva que permite disponer de una vía permanente de acceso al árbol venoso del paciente.

OBJETIVO

- Administrar medicamentos, fluido terapia y hemoderivados, mantenimiento de una vía para casos de emergencia.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Colocarse bata.
- Preparar el material campo simple, guantes de manejo, torniquete, alcohol swabb, tegaderm, férula, esparadrapo duro, jeringuilla de 1cc, sol. salina (1cc), catlón # 24.
- Seleccionar vena periférica; dorso de la mano, antebrazo y flexura del codo (basílica, cefálica, arco venoso dorsal, vena ante braquial, vena media cubital) y pie (Arco venoso dorsal, vena media marginal, safena interna).
- Colocarse los guantes y abrir el campo estéril.
- Colocar material que se va a utilizar sobre campo simple estéril.
- Aplicar torniquete para dilatar la vena seleccionada.
- Realizar asepsia del sitio seleccionado con alcohol swabb.
- Puncionar con el catlón bisel hacia arriba d directamente atravesando la piel por encima del vaso o hacerlo junto al trayecto venoso.
- Retirar lentamente el mandril del catlón verificando el retorno venoso.
- Comprobar la permeabilidad y la ausencia de tumefacción con solución salina (0,5cc).
- Fijar el catlón con tegaderm.

- Conectar la bifurcación previamente purgada.
- Inmovilizar con férula de acuerdo a la posición anatómica utilizando esparadrapo poroso aislando el adhesivo con algodón.
- Infundir líquidos intravenosos.
- Dejar cómodo al paciente y la unidad en orden.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732-735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003
- Martínón Torees F, Martínón Sánchez J M Toracocentesis Y Drenaje Pleural. Am Pediatría 2001-54 (SUP) 23 – 29

PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DE SONDA OROGÁSTRICA Y NASOGÁSTRICA

DEFINICIÓN.

Técnica limpia que consiste en la introducción de un tubo flexible de poliuretano o teflón en el estómago del paciente a través de las fosas nasales (SNG) o a través de la boca (SOG) con el fin de administrar medicación, alimentación y/o descompresión gástrica en pacientes con problemas respiratorios o reflejo de succión ausente.

OBJETIVOS

- Alimentar al paciente y/o descomprimir el abdomen.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Colocarse bata.
- Preparar el material a utilizarse: sonda gástrica # 5, 6, 8, jeringuilla de 10cc, guantes de manejo, esparadrapo duro, funda plástica.
- Aplicar alcohol gel en las manos para introducir la sonda.
- Medir la sonda naso gástrica desde la punta de la nariz hasta el lóbulo de la oreja de ahí hasta la apéndice xifoides; SOG medir desde la comisura labial al lóbulo de la oreja hasta el apéndice xifoides.
- Colocar al RN en posición decúbito dorsal con su rostro dirigido a la persona que realiza el procedimiento.
- Introducir la sonda por boca hasta la medida señalada.
- Aspirar con la jeringuilla lentamente hasta obtener contenido gástrico.
- Fijar con el esparadrapo duro en forma de H.
- Rotular con fecha de colocación y/o cambio (cada 72 horas), firma y responsable.
- Dejar cómodo al paciente y la unidad en orden.

BIBLIOGRAFÍA

- C. Crespo, CUIDADOS DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA, ed. Síntesis, Madrid 2000 Cap. 36
- [http://wwaepedes/ProtocolosdiagnósticosterapeuticosAEPED/LamaMoreR.A.Nutrición Enteral/Junio2002](http://wwaepedes/ProtocolosdiagnósticosterapeuticosAEPED/LamaMoreR.A.NutriciónEnteral/Junio2002).
- www.eccpn.aibarra.org/temrio/sección6/capítulo107/htm
[www.aibarra.org/Neonatología/capítulo23/padres/LaNutrición/default.htm#alimentación enteral](http://www.aibarra.org/Neonatología/capítulo23/padres/LaNutrición/default.htm#alimentaciónenteral).

PROTOCOLO DE COLOCACIÓN DE SONDA NASODUODENAL

DEFINICIÓN

Procedimiento limpio que consiste en la introducción de un tubo flexible de sylastix, a través de las fosas nasales hasta llegar al duodeno.

OBJETIVOS

- Alimentar al paciente en infusión continua en caso de presentar intolerancia a la alimentación intermitente por sonda, para así cubrir sus requerimientos nutricionales.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Colocarse la bata.
- Preparar material a utilizarse: sonda Nutricath N° 5, 6, jeringuilla 3cc., guantes de manejo, esparadrapo duro,
- Medir la sonda desde la nariz, al lóbulo de la oreja hasta el ombligo o 4cm más abajo de apéndice xifoides.
- Colocar al recién nacido en posición prono fowler o decúbito lateral derecho.
- Introducir la sonda por las fosas nasales hasta la medida deseada marcada en cm.
- Aspirar en búsqueda de líquido bilioso indicativo que está ubicado en duodeno, caso contrario dejar la sonda introducida y mantener al bebé en decúbito derecho por dos horas hasta que la sonda se ubique por gravedad.
- Fijar con esparadrapo duro en forma de H.
- Iniciar alimentación a infusión continua a baja infusión hasta verificar posición radiológicamente.
- Rotular con fecha de inicio, cambio (cada 21 días), posición en cm. y firma de responsable.

- Mantener la sonda Nutricath por 21 días.
- Verificar posición de sonda con placa de Rx-
- Dejar cómodo al paciente
- Dejar la unidad en orden.

BIBLIOGRAFIA

- J. Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732-735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003.
- Martínón Torees F, Martínón Sánchez J M Toracocentesis Y Drenaje Pleural. Am Pediatría 2001-54 (SUP) 23 – 29

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN DERMATITIS POR PAÑAL

DEFINICIÓN

Es una afección provocada por diferentes factores (hongos, bacterias cutáneas e intestinales y sustancias tóxicas) que se presentan en algún momento durante la época que el niño utiliza pañales.

OBJETIVOS

- Aplicar medidas preventivas para evitar complicaciones cutáneas.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Colocarse la bata.
- Preparar material a utilizarse: gasa, agua, cremas tópicas, pañal desechable.
- Colocarse guantes de manejo.
- Limpiar el área genital con gasa humedecida.
- Cambiarse los guantes si se ha manchado de deposición.
- Secar delicadamente el área perianal
- Aplica crema prescrita en región afectada.
- Cambiar de pañal al paciente cada 3 horas y PRN.
- Dejar cómodo al paciente.
- Dejar la unidad en orden.
- Evitar el uso de tela y productos limpiadores que contengan alcohol (paños húmedos).

BIBLIOGRAFÍA

J Benito Lucas, S. Mintegui, J.Tratado de urgencias en Pediatría.Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PIODERMITIS

DEFINICIÓN

Infección purulenta de la piel y de los anexos cutáneos

OBJETIVOS

- Mantener una buena higiene de la piel evitando la diseminación de la infección.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Colocarse la bata.
- Colocarse guantes de manejo.
- Bañar al paciente diariamente con agua y jabón neutro.
- Limpiar con sablón el área afectada cada 8 horas.
- Luego aplicar garamicina en crema.
- No aplicar lociones perfumadas en sitios de lesiones.
- Dejar cómodo al paciente.
- Dejar la unidad en orden.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J.Tratado de urgencias en Pediatría.Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732-735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003

PROTOCOLO DE CURACIÓN DE VÍAS CENTRALES VENOSAS Y ARTERIALES

DEFINICIÓN

Procedimiento mediante el cual se mantiene libre de gérmenes el sitio de punción y su alrededor.

OBJETIVOS

- Mantener limpio el sitio de punción y asegurar fijación del catéter, previniendo complicaciones.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Alistar materiales e insumos para el procedimiento como: campo simple, campo de ojo estéril, guantes estériles, tegaderm, alcohol yodado, equipo de curación, semiluna.
- Colocarse la bata.
- Colocar campo simple estéril por debajo del sitio de incisión de la vía central, abrir insumos y colocar sobre el mismo.
- Despegar tegaderm de sitio de incisión.
- Colocarse guantes estériles.
- Colocar campo de ojo estéril sobre el sitio de incisión.
- Realizar curación de adentro hacia fuera con gasa humedecida de alcohol yodado utilizando pinza hemostática.
- Valorar características (exudado) y posición de catéter.
- Retirar campo de ojo.
- Colocar tegaderm.
- Rotular catéter central señalando posición, fecha de colocación, curación e inicial de la enfermera que realiza la curación.
- Retirar los campos con desechos.

- Dejar cómodo al paciente.
- Dejar la unidad en orden.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.

PROTOCOLO DE INSATALACIÓN Y MEDICIÓN DE PRESIÓN ARTERIAL INVASIVA

DEFINICIÓN

Es la monitorización de la presión arterial mediante un catéter ubicado en la arteria ya sea central (arterial umbilical o periférica) arteria radial, pedio, y cubital conectado a un transductor de presión.

OBJETIVO

- Contar con una monitorización continua y constante a través de un transductor de presión instalado en una línea arterial central o periférica para la evaluación permanente de la condición hemodinámica de un paciente crítico.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Preparar el material: catéter umbilical N 3 o 5 o catéter periférico N 24, transductor, llave de tres vías, bomba de infusión, equipo de infusión para la solución heparinizada, monitor para TAM.
- Colocarse la bata.
- Conectar el equipo del transductor al equipo de la bomba y purgar con la solución heparinizada, para purgar el transductor, halar el dispositivo permitiendo el paso de la solución.
- Verificar que no queden burbujas de aire en el trayecto del equipo y transductor.
- Fijar e inmovilizar el transductor evitando tracción.
- Calibrar el equipo y medir.
- Seleccionar en el monitor el canal de presión arterial.
- Conectar el transductor de tensión arterial a su correspondiente entrada en el monitor.

- Ubicar el transductor de tensión arterial a la altura de la aurícula del paciente.
- Cerrar la llave de tres vías hacia el catéter umbilical o la línea arterial periférica.
- Cerrar la llave de tres vías que comunica el transductor con la extensión corta que va hacia la línea arterial.
- Halar el dispositivo para que pase la solución.
- Calibrar el monitor en cero.
- Cuando el monitor indique el 0, dejar la llave de tres vías en posición centrada teniendo en cuenta que las llaves del transductor y la que comunica con la línea arterial quede en posición cerrada.
- Dejar instaurado el goteo de solución heparinizada para mantener la permeabilidad del catéter.
- Ubicar al paciente en posición horizontal y el transductor encima del colchón a la altura de la aurícula.
- El valor normal de la presión arterial invasiva es 35-45mmHg con una variación en la tensión arterial no invasiva de menos 10.
- Anotar las cifras de la presión arterial invasiva en la hoja de enfermería.
- Cambiar el equipo de bomba cada 5 días.
- Cambiar la solución heparinizada cada 5 días.
- Acomodar al paciente.
- Dejar en orden la unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47-49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.

PROTOCOLO DE INSTALACIÓN Y MEDICIÓN DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC)

DEFINICIÓN:

Es la presión que ejerce el entorno del volumen venoso corporal el cual se mide en la vena cava superior o aurícula derecha.

OBJETIVOS

- Monitorizar y medir constantes como: PVC, presiones pulmonares, gasto cardíaco, etc.
- Evaluar el estado hemodinámico del corazón derecho, así como detectar anomalías cardíacas y alteraciones de la volemia.

ACTIVIDADES.-

MATERIALES.-

- Solución salina al 0.9%
- Llaves de tres vías
- Sistema de medición para toma PVC
- Soporte o pie de goteo.

PROCEDIMIENTO.-

- Identificar al paciente.
- Lavado de manos (ver protocolo)
- Colocar al paciente en decúbito supino, salvo que esté contraindicado.
- Conectar el sistema de PVC a la solución salina
- Colocar el manómetro verticalmente en el soporte recordando que el punto cero deberá coincidir con la línea axilar media del paciente.
- Girar la llave de tres pasos de forma que la solución salina llene la columna del manómetro.

- Girar la llave de tres pasos de forma que se abra la conexión entre el manómetro y el catéter.
- Con el nivel situar la columna graduada de modo que el punto cero quede a nivel de la aurícula derecha quinto espacio intercostal del paciente.
- Observar el descenso de la columna de líquido en el manómetro.
- La columna de líquido del manómetro comenzará a descender fluctuando con las respiraciones del paciente.
- Una vez estabilizado el líquido durante un mínimo de dos a tres movimientos respiratorios se realiza la lectura en el manómetro indicando la PVC.
- Girar la llave de tres pasos que permita el flujo de la solución salina hacia el catéter
- Acomodar al paciente
- Registrar la cifra de PVC en la hoja de enfermería.

BIBLIOGRAFIA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732-735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003
- Martínón Tórees F, Martínón Sánchez J M Toracocentesis Y Drenaje Pleural. Am Pediatría 2001-54 (SUP) 23 – 29

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN NUTRICIÓN ENTERAL

DEFINICIÓN

La nutrición enteral es una técnica de soporte nutricional que consiste en la administración por vía digestiva de los nutrientes necesarios (leche materna y/o fórmula) para conseguir un estado nutricional adecuado por los diferentes métodos de alimentación como por ejemplo: sonda nasogástrica, sonda naso duodenal, por biberón, entre otras.

OBJETIVOS

Satisfacer las necesidades nutricionales del recién nacido a término y pre término.

ACTIVIDADES.-

NUTRICIÓN ENTERAL POR SONDA NASO U OROGASTRICA

- Lavarse las manos antes y después de atender al recién nacido.
- Abastecerse de insumos y materiales (jeringuillas, leche materna y/o fórmula, gasa).
- Colocarse la bata limpia para la atención del recién nacido.
- Alimentar al paciente con una frecuencia respiratoria menos de 80x'. Si la frecuencia respiratoria es superior a 80x' no alimentar al bebé.
- Aspirar suavemente contenido gástrico.
- Valorar residuo (cantidad, características) y registrar.
- Valorar distensión abdominal, ruidos hidroaéreos (4-6 ruidos por minuto).
- Colocar al recién nacido con la cabecera elevada con ángulo de 35-45 grados, posición antireflujo.
- Estimular succión no nutritiva con entretenedor esterilizado previamente.
- Embonar jeringuilla sin embolo en sonda gástrica evitando la introducción de aire.

- Colocar leche materna y/o fórmula en jeringuilla la cantidad prescrita por el médico.
- Empujar suavemente con el émbolo.
- Dejar caer el alimento por gravedad (gavage) colocando jeringuilla por encima de la nariz o a la altura necesaria para que descienda lentamente.
- Al finalizar la administración pasar un poco de aire (0.5cc) para que el alimento no se quede en el recorrido de la sonda.
- Desconectar jeringuilla de la sonda orogástrica.
- Registrar: tipo de alimento, hora, cantidad en casillero correspondiente de la hoja de control de paciente de UCI.
- Reportar novedades verbal y escrita a médico residente si hubiera presencia de residuo (50% de la cantidad administrada).

NUTRICIÓN ENTERAL POR Sonda NASO DUODENAL

- Lavarse las manos antes y después de atender al recién nacido.
- Abastecerse de los insumos y materiales (leche materna y/o fórmula, equipo perfusor, gasa).
- Colocarse la bata limpia para la atención.
- Preparar fórmula y/o leche materna y colocarla en jeringuilla de infusión.
- Colocar jeringuilla con fórmula prescrita en perfusor e iniciar infusión continua.
- No administrar alimentación en bolos.
- Colocar en posición antireflujo (elevar cabecera, cubito lateral derecho)
- Cambiar el set de perfusor cada 6 horas y rotular.
- Valorar distensión abdominal, ruidos hidroaéreos, tolerancia.
- No aspirar residuo.
- Registrar tipo de alimento, hora, cantidad en casillero correspondiente en hoja de control de paciente de UCI
- Reportar novedades en forma verbal y escrita a Médico Residente de turno, tolerancia a la alimentación.

NUTRICIÓN ENTERAL POR BIBERÓN

- Lavarse las manos antes y después de atender al recién nacido.
- Abastecerse de los insumos y materiales (leche materna y/o fórmula, biberón).
- Colocar leche materna y/o fórmula la cantidad según prescripción médica.
- Controlar signos vitales en especial frecuencia respiratoria si es mayor a 60 respiraciones por minuto no alimentar por biberón.
- Valorar distensión abdominal, ruidos hidroaéreos (4-6 ruidos por minuto).
- Abrir la boca del recién nacido por medio del pulgar, desprendiendo el mentón con el fin de que baje la lengua.
- Introducir el chupón del biberón en la boca.
- Elevar el biberón lo suficiente como para que el recién nacido no degluta aire.
- Dejar descansar al recién nacido cuando haya ingerido aproximadamente la mitad de lo indicado y hacer eructar masajeando la espalda, completar la cantidad indicada y nuevamente hacer eructar.
- Colocar en de cubito lateral derecho y/o izquierdo en posición anti reflujo.
- Registrar tipo de alimento, hora, cantidad en casillero correspondiente en la hoja de control de paciente de UCI.
- Reportar novedades verbal y escrita a médico residente, succión, deglución y tolerancia a la alimentación.

NUTRICIÓN ENTERAL POR SENO MATERNO

- Lavarse las manos antes y después de atender al recién nacido.
- Colocarse la bata limpia para la atención del recién nacido.
- Controlar signos vitales en especial frecuencia respiratoria si es mayor de 60 respiraciones por minuto o presencia de distres respiratorio no alimentar por seno materno y reportar al médico residente.
- Indicar a la madre sobre limpieza adecuada de pezones con agua y gasa estéril.
- Proporcionar a la madre una bata limpia.

- Pesar al recién nacido antes y después de alimentarse por seno materno para cuantificar la cantidad de leche materna ingerida.
- Orientar a la madre sobre técnicas de amamantamiento, succión 15 minutos de cada seno, masajear la espalda para que el niño eructe y continuar con la alimentación.
- Vigilar manejo materno.
- Colocar al recién nacido en posición antireflujo (cabecera elevada 35-45 grados, de cubito lateral derecho).
- Registrar tipo de alimento, hora, cantidad en casillero correspondiente en hoja de control de paciente de UCI.
- Reportar novedades verbal y escrita a Médico Residente en manejo materno y succión.

BIBLIOGRAFÍA

- C. Crespo, CUIDADOS DE ENFERMERIA EN NEONATOLOGIA, ed. Síntesis, Madrid 2000 Cap. 36
- [http://www.aepedes/ProtocolosdiagnósticosterapeuticosAEPED/LamaMoreR.A.Nutrición Enteral/Junio2002](http://www.aepedes/ProtocolosdiagnósticosterapeuticosAEPED/LamaMoreR.A.NutriciónEnteral/Junio2002).
 - ARTICULOS
- www.eccpn.aibarra.org/temrio/sección6/capítulo107/htm

PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL

DEFINICIÓN

La nutrición parenteral (NP) se refiere al aporte de macro nutrientes y micronutrientes por vía venosa central o periférica, es decir, administración de líquidos, carbohidratos, proteínas, lípidos, vitaminas y minerales, en cantidades adecuadas para cubrir los requerimientos del paciente de acuerdo a su edad y su patología.

OBJETIVOS

- Mantener mediante la administración de nutrición parenteral un adecuado estado metabólico y nutricional del paciente.
- Preparar la nutrición parenteral en forma estéril y correcta garantizando su composición.

ACTIVIDADES

ASPECTOS GENERALES:

- La preparación de la nutrición parenteral es procedimiento estrictamente estéril (ver protocolo de procedimientos estériles)
- Se preparara una vez al día en el turno de la tarde por el personal de Enfermeras y por ninguna circunstancia se realizará fuera de este horario.
- La nutrición parenteral se administrará exclusivamente por vía venosa central, la misma que será única para este fin. No se administrará por esta vía medicación, inotrópicos, sangre, plasma, ni ninguna solución intravenosa.

- Soluciones de glucosa incluida nutrición parenteral con concentraciones osmolares hasta 12.5% se pueden administrar por vía venosa periférica, si este paciente no tiene una vía venosa central.
- Los frascos de aminoácidos y lipofundín una vez abiertos duran 72 horas, luego serán descartados. Estos frascos deben estar rotulados correctamente, con fecha de inicio, tiempo de duración, hora de apertura, responsable que abrió el frasco y luego de ser utilizado se lo guardará en la refrigeradora reservada para nutrición parenteral y medicación.
- La dextrosa en agua al 50% abierta dura 24h, debe estar rotulado (inicio, cambio, hora, responsable).
- Los electrosoles (Na, K, gluconato de Ca) serán abiertos el momento en que se prepara la nutrición parenteral, y el restante se colocará en jeringuillas debidamente rotuladas para ser utilizados en otros procedimientos.
- El fosfato de potasio y las multivitaminas una vez abiertas durara hasta que se acabe, las multivitaminas (cernevit) se diluye con agua destilada o solución salina con 5cc.
- Los equipos intrafix ámbar y/o microfix parenteral tendrá una duración de 24h, se utilizarán nuevos equipos para cada preparación de nutrición parenteral.
- Todos los frascos de las soluciones utilizadas en la nutrición parenteral deben ser identificados con fecha de cambio y responsables.

ACTIVIDADES DE PREPARACIÓN:

- Colocar medicamentos e insumos necesarios para la nutrición parenteral en una mesa auxiliar ubicada junto al sitio de preparación: (dextrosa al 10%, dextrosa al

50%, aminoácidos, electrosoles Na-K, gluconato de Ca, fosfato de K, multivitaminas, oligoelementos, intrafix, microfix, jeringuillas 1cc,5cc,50cc, aguja N° 18, guantes, gasa, alcohol yodado, gorras, mascarillas, paquete de ropa estéril).

- Preparar la nutrición parenteral en una incubadora apagada previamente desinfectada con alcohol antiséptico. Si todas las incubadoras estuvieran ocupadas preparar la nutrición parenteral en un área cerrada sin circulación de aire, ni personas.
- Calcular el total de la preparación indicada para 24h, adicionar 30cc correspondiente a las mangueras de intrafix parenteral.
- Colocarse gorro y mascarilla tanto la Enfermera que va a preparar como la Enfermera circulante.

ACTIVIDADES

ENFERMERA CIRCULANTE

- Lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Abrir paquete de ropa estéril.
- Pasar materiales e insumos a la Enfermera que va a realizar la preparación de nutrición parenteral.
- Eliminar desechos y dejar la unidad limpia.

ENFERMERA QUE PREPARA LA NUTRICIÓN PARENTERAL

- Realizar lavado quirúrgico de manos.
- Vestirse con ropa estéril y colocar se dos pares de guantes estériles.
- Desinfectar materiales e insumos con gasa empapada de alcohol yodado.
- Retirarse el primer par de guantes con el que realizo la desinfección.

- Vaciar la funda de solución salina o dextrosa en agua para colocar la preparación de nutrición parenteral.
- Con el segundo par de guantes realizar la mezcla de la nutrición parenteral en el siguiente orden: dextrosa al 50%, dextrosa al 10%, aminoácidos, electrosoles, Na y K, y gluconato de Ca, MTE4, cernevit, sulfato de magnesio, heparina y en último lugar el fosfato de potasio.
- Colocar la preparación en funda estéril y colocar el equipo correspondiente, si la mezcla contiene multivitaminas debe ser administrada con un equipo ámbar, si no hay este equipo debe ser protegido de la luz.
- Cebear el quipo con la nutrición parenteral preparada y llevar a la unidad del paciente en campo estéril y conectar al catéter venoso central protegiendo la conexión con gasa empapada de alcohol yodado.

BIBLIOGRAFÍA

- Daza, Wilson "Manual Práctico de Nutrición Parenteral en Pediatría" EDICION MEDICAL INTERNACIONAL, BOGOTA 2002 PAG, 147

PROTOCOLO DE ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

DEFINICIÓN

La administración de medicamentos es parte importante dentro del plan de cuidados o procesos de Enfermería, permitiendo una acción en conjunto, el control de posibles efectos secundarios y/o, la valoración de la continuidad del paciente en su proceso evolutivo.

OBJETIVOS

- Alcanzar la efectividad del medicamento, produciendo los efectos terapéuticos deseados, evitando su toxicidad.
- Cumplir con la administración de medicamentos de forma segura y precisa.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos antes y después.
- Administrar medicación según parámetros establecidos en el protocolo con los cinco correctos: (paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, hora correcta, vía correcta).
- Identificar la medicación: (nombre del fármaco, dilución, equivalencia, duración, hora, responsable).
- Usar solución salina como diluyente de primera elección y/o agua según compatibilidad del fármaco (ver anexos de medicamentos).
- Administrar los medicamentos en forma lenta, no solo para preservar las venas sino para evitar efectos indeseables.
- Controlar la incompatibilidad de los medicamentos cuando se administra simultáneamente alguno de ellos.
- Administrar los antibióticos en horarios distintos.
- Vigilar y controlar efectos secundarios, alergias y su toxicidad.

- Lavar siempre con la menor cantidad de solución salina (Recomendada 0.3cc).
- Administrar medicación por extensión de mini volumen.
- Registrar en la hoja de ingesta la cantidad de medicación y solución administrada del medicamento y calcular el volumen acumulativo.
- Controlar y desechar los medicamentos y diluciones vencidas todos los días en horario de la noche.
- Usar jeringuilla diferente para cada medicación.
- Administrar DOPAMINA exclusivamente por vía central.
- Mantener la medicación preparada en la refrigeradora, debidamente identificada y al ambiente los medicamentos que no deben refrigerarse.
- Dejar la unidad limpia y en orden.

BIBLIOGRAFÍA

- DRUG INFORMATION HANDBOOK, SÉPTIMA EDICIÓN, 1999-2002
NEOFAX 2002,
- SERVICIO DE FARMACOLOGÍA CLÍNICA. HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LA PRINCESA
- WWW.ELRGONOMISTA.COM/FARMACOLOGIA/FARMA.HPM

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN PUNCIÓN LUMBAR

DEFINICIÓN

La punción lumbar es un procedimiento invasivo constituyendo la exploración diagnóstica más importante por medio del cual se accede al espacio subaracnoideo para tomar muestra de líquido céfalo raquídeo (LCR) para diagnosticar y/o tratamiento.

OBJETIVOS

Obtener líquido céfalo raquídeo para estudio cito bacteriológico en caso de meningitis o sepsis.

ACTIVIDADES.-

- Lavarse las manos antes y después del procedimiento.
- Preparar material: (gorra, guantes, jeringuillas, mascarillas, bata estéril, equipo campo de ojo, agujas, alcohol yodado, esparadrapo).
- Colocar al recién nacido en posición decúbito lateral con los hombros perpendiculares al colchón y la columna vertebral flexionada.
- Realizar procedimiento con normas de asepsia y antisepsia.
- Realizar procedimientos en horarios alejados de la alimentación.
- Recolectar el líquido céfalo raquídeo en forma estéril, en tubo estéril.
- Colocar vendaje compresivo en el sitio de punción lumbar.
- Observar el apósito y mantener por 24 horas.
- Dejar al paciente en decúbito lateral.
- Dejar la unidad limpia y ordenada.

BIBLIOGRAFÍA

- Pediatría E Hore Rossi Edit. Aula Médica, Madrid Barcelona año 1994.
- Nelson tratado de Pediatría Volumen I Behrman Klingman Arwin Edición 15.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN VENTILACIÓN MECÁNICA

DEFINICIÓN.-

La ventilación mecánica es un procedimiento de soporte vital que busca contar con oxigenación tisular adecuada y eliminar el dióxido de carbono. El ventilador permite ajustar la presión máxima, presión respiratoria positiva (PEEP), los tiempos inspiratorios y la velocidad de flujo, velocidad de ventilación por mandato intermitente, tiempo inspiratorio y FiO₂.

OBJETIVOS.-

Brindar atención de Enfermería de calidad en pacientes sometidos a ventilación mecánica para mantener oxigenación adecuada en los diferentes tejidos y sistemas del organismo.

ACTIVIDADES:

- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente
- Preparar equipo materiales e insumos para armar ventilador (set de ventilador, guantes estériles, guía y ventilador)
- Armar ventilador con técnica aséptica previniendo contaminación del circuito.
- Utilizar un set de mangueras estéril para cada paciente.
- Conectar ventilador armado a las tomas de oxígeno y aire comprimido.
- Probar funcionamiento del ventilador subiendo PEEP y PIP al máximo con flujo de 4litros.
- Ajustar parámetros del ventilador indicados por Médico Residente.
- Proteger el tubo en T del circuito ventilatorio con gasa estéril.
- Conectar sistema de agua estéril (funda 250cc) conectando la parte distal del equipo de venoclisis en la cascada, encender humidificador y mantener sobre 37 grados.
- Conectar la T del circuito ventilatorio al tubo endotraqueal del paciente.
- Apoyar las mangueras en el árbol (acrílico), cubrir con gasa (no esparadrapo directo en mangueras) y fijar con esparadrapo al árbol.

- Controlar que los parámetros del ventilador se mantengan y verificar que la alarma esté programada en 10 segundos.
- Observar las vibraciones torácicas por la simetría y la presencia o ausencia de estos (puede indicar necesidad de aspiración endotraqueal, reubicación de tubo o neumotórax).
- Observar expansión torácica.
- Evaluar ruidos respiratorios.
- Colocar dona para hiperextensión de cuello e inmovilización de la cabeza del recién nacido (la dona debe ser cómoda, al tamaño adecuado, al diámetro de la cabeza del recién nacido).
- Evitar tracción de tubo y controlar la fijación del mismo.
- Revisar que no exista fugas de aire, ni agua en mangueras de ventilador.
- Mantener el nivel de agua en la cascada del ventilador.
- Cambiar el circuito ventilatorio cada 72 horas en el turno de la noche.
- Rotular el ventilador con fecha de inicio y cambio, iniciales de la persona que armó y desinfectó el mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Jane Deacon, Patricia O'Neill, CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERIA EN NEONATOS, ed. McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, Segunda edición, México 1999.
- <http://www.terra.es/personal2/mamo12/presentación/htm>.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL

DEFINICIÓN

La intubación consiste en introducir un tubo en la tráquea del paciente a través de las vías respiratorias altas. Dependiendo de la vía de acceso puede ser de dos tipos:

Naso traqueal: a través de las fosas nasales. Suele utilizarse en intubaciones programadas (anestesia, dificultad respiratoria en aumento).

Oro traqueal: a través de la boca. Por lo general se utiliza en intubaciones dificultosas o de urgencia (Reanimación Cardio Pulmonar), ya que es la más rápida.

OBJETIVO

- Mantener la vía aérea permeable, estableciendo una vía segura de comunicación y entrada de aire externo hasta la tráquea.

ACTIVIDADES

- Lavarse las manos.
- Colocarse bata limpia.
- Preparar el equipo para intubación endotraqueal: laringoscopio con hojas rectas No 0, 00, tubo endotraqueal 2,5; 3; 3,5 y 4mm, guantes estériles, campo simple estéril, esparadrapo, bisturí.
- Seleccionar la hoja del laringoscopio de acuerdo al peso del recién nacido.
- Probar luz de la hoja.
- Preparar el equipo de aspiración (deben estar en la mano y listo para usarse, guantes estériles, succión mecánica, sondas de succión fr. 6, 8, 10, frasco con agua estéril, gasa estéril).
- Conectar sonda a tubo de succión y este en la fuente de aire comprimido.
- Alistar bolsa con mascarilla.
- Conectar manguera a fuente de oxígeno.

- Administrar sedantes según prescripción médica.
- Proveer de materiales e insumos al médico para intubación: tubo endotraqueal, guantes estériles, campo estéril, laringoscopio con hoja, sonda de succión, bisturí, benjuí, algodón y esparadrapo.
- Controlar y registrar signos vitales antes, durante y después de la intubación.
- Auscultar con fonendoscopio la entrada simétrica de aire a campos pulmonares.
- Fijar el tubo endotraqueal: colocar benjuí en el labio superior, mejilla y el tubo, cortar el esparadrapo duro al medio (en forma de pantalón), primero se pega una tira sobre el labio superior, la parte ancha en lado de la cara y la otra tira se enrolla alrededor del tubo endotraqueal. En prematuros colocar esparadrapo poroso debajo del esparadrapo duro.
- Cortar el tubo endotraqueal para reducir el espacio muerto.
- Conectar el circuito al ventilador en forma aséptica protegiendo la conexión de salida al paciente.
- Colocar dona para hiperextensión del cuello, e inmovilizar al paciente (la dona debe ser cómoda y el tamaño de acuerdo al diámetro de la cabeza del recién nacido).
- Evitar tracción del tubo, y controlar a menudo la fijación.
- Aspirar secreciones cada 3 horas y PRN.
- Limpiar boca y fosas nasales cada turno.
- Cambiar de posición al paciente cada 2 horas.

BIBLIOGRAFÍA

- Americana Academy of Pediatrics, Reanimación Neonatal, Canadá, 2003.
- Ceriani Cernadas, José María, Neonatología Práctica, Buenos Aires, 2002.
- Cloherty, J.P.; Stark, A.R. Manual de cuidados neonatales. 3ª edición. Ed. Masson.
- Deacon Jane, O'Neill Patricia, Cuidados Intensivos de Enfermería en Neonatos, Mc GRAW-HIL, México, 2003.
- Galleguillos A, Jeannette, Manual de Cuidados Intensivos Neonatales, Chile, 1987.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN EN TÓRACOCENTESIS

DEFINICIÓN

La Toracocentesis conocida también como punción pleural, se realiza con la finalidad de extraer líquido o aire del espacio pleural, por medio de una aguja o un catéter, tanto con fines diagnósticos como terapéuticos. Este procedimiento es estrictamente estéril.

OBJETIVO

Drenar el líquido o aire de la cavidad pleural a fin de disminuir la dificultad respiratoria, además la obtención de muestras para su posterior análisis.

ACTIVIDADES.-

- Lavarse las manos (ver protocolo).
- Colocarse bata estéril.
- Circular al médico en la colocación de tubo.
- Sedar al paciente según prescripción médica.
- Colocar oxígeno PRN.
- Preparar la trampa de agua en forma estéril (colocar solución salina o agua estéril 2/3 partes del tamaño del recipiente, introducir la parte distal del tubo en la trampa, 2 centímetros bajo el nivel del agua).
- Fijar el tubo para evitar que se salga de la trampa del agua.
- Toda trampa de agua debe tener una fuga de aire luego de colocado el tubo.
- Mantener la trampa de agua a un nivel inferior que la del paciente.
- Monitorear los signos vitales y oxigenación cada 30 minutos después del drenaje.
- Observar signos de dificultad respiratoria.
- Observar la oscilación y el burbujeo en la columna del sello del agua con los movimientos respiratorios del recién nacido, observando las características y cantidad de líquido drenado, y registrar.

- Fijar todas las conexiones de los tubos del sistema de drenaje con esparadrapo duro.
- Al instalar el frasco, o (trampa), identificar el volumen del líquido del sello de agua con una cinta graduada.
- Utilizar una pinza Kelly para vaciar la trampa, pesar o trasladar al paciente.
- Observar cambios en el cuadro clínico y en sistemas de drenaje.
- Dejar cómodo al recién nacido, la unidad limpia y en orden.

BIBLIOGRAFÍA

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.
- Máximo Ventó, Manuel Moro. Sociedad Española de Neonatología. De guardia en neonatología, Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales Pág. 732-735 Editorial Ergon, 1ª edición 2003
- Martínón Tórees F, Martínón Sánchez J M Toracocentesis Y Drenaje Pleural. Am Pediatría 2001-54 (SUP) 23 – 29

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DE FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

DEFINICIÓN:

Conjunto de técnicas físicas encaminadas a eliminar las secreciones de la vía respiratoria y mejorar la ventilación mecánica. La fisioterapia respiratoria consiste en tres fases:

Nebulización: Es fluidificar y movilizar las secreciones bronquiales y producir vaso dilatación del árbol bronquial.

Tapotaje: es una maniobra de percusión que se hace a través de golpes suaves en el tórax del paciente (ver anexo). En los recién nacidos no se realiza Tapotaje por que puede causar una hemorragia Intracraneana.

Vibración: Es otra forma eficiente para realizar fisioterapia respiratoria en forma menos traumática para el recién nacido con la utilización de vibradores pequeños portátiles, con accesorios blandos para protección de la piel, la vibración de baja intensidad ayuda a la movilización de las secreciones y evita traumatismos.

Aspiración de Secreciones: La indicación de la aspiración de secreciones se da en aquellos casos en los cuales las vías respiratorias se encuentran obstruidas por secreciones. El objetivo es mantener la permeabilidad aérea de boca, nariz y faringe y favorecer el intercambio de gases.

OBJETIVOS:

- Prevenir y tratar la acumulación de secreciones en las vías aéreas y mantener la permeabilidad de la misma.
- Reducir el trabajo respiratorio.
- Prevenir atelectasias.

ACTIVIDADES:

- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Colocar se la bata de atención al paciente.
- Preparar material para fisioterapia respiratoria: vibrador, mascarilla, solución salina, ventolin, fonendoscopio, micronebulizados, adaptador en T, jeringuilla de 3cm, sonda de succión, frasco de succión, tubo de succión.
- Preparar solución para nebulizar con solución salina 2.5cm, medicamento según prescripción médica.
- Conectar la manguera directamente al flujómetro de oxígeno a través del conector en T sin humidificador.
- Abrir el flujómetro a 4 litros de oxígeno y nebulizar hasta terminar solución (5-4 min).
- Realizar vibraciones o tapotaje de acuerdo al tipo de paciente (neonato, pediátrico).
- Previo a realizar la vibración o tapotaje colocar un paño sobre el tórax del paciente para no lastimar la piel.
- Realizar vibraciones o tapotaje de 3 a 5 min.
- Limpiar el micronebulizador con alcohol después de cada nebulización.
- Desconectar de la fuente de oxígeno el micronebulizador junto con el conector en T y colocar en funda limpia.
- Realizar aspiración de secreciones (ver protocolo)
- Continuar con oxigenoterapia según la condición del paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda.
- Registrar en el reporte de enfermería el procedimiento realizado.
- Dejar limpio y en orden la unidad del paciente.

BIBLIOGRAFIA:

- J Benito Lucas, S. Mintegui, J. Tratado de urgencias en Pediatría. Pág 47 49 Editorial Ergon – Edición 2005
- Jesús López-Herce Cid, Cristina Calvo Rey, Manuel J. Lorente Acosta, Arístides Baltodano Agüero, Manuel de Cuidados intensivos pediátricos. Pág. 769 – 771. Editorial Publimed, 2ª edición. 2004.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN PRE Y POST OPERATORIO DE BLALOCK TAUSSIG O MODIFICADO

DEFINICIÓN

Blalock es una derivación entre las arterias subclavias derecha o izquierda a la arteria pulmonar con la utilización o no de una prótesis (la más utilizada górotex) siendo está una medida paliativa.

OBJETIVO

- Brindar atención de enfermería de calidad y calidez a pacientes pediátricos en pre y post operatorio de blalock taussig o modificado.

ACTIVIDADES PRE – OPERATORIAS

- Recibir al paciente que ingresa por emergencia acompañada por Enfermera del servicio de Emergencia.
- Verificar historia clínica (signos vitales, peso, autorización firmada para la cirugía).
- Verificar NPO.
- Verificar exámenes complementarios (hematocrito, hemoglobina, TP, TTP, Rx, EKG, eco cardiograma).
- Colocar la bata al paciente.
- Canalizar vía venosa periférica en el lado contrario al que se va a realizar la cirugía
- Colocar D/A 5% más electrosol Na 3mEq en equipo MICROFIX ENTERAL en pacientes con peso menor a 10kg y D/A 5% en solución salina con equipo MICROFIX AMBAR en pacientes con peso mayor a 10kg.
- Preparar unidad del paciente: oxígeno, succión, bombas de infusión, monitoreo.
- Orientar a familiares sobre aspectos generales del servicio y de la cirugía.

ACTIVIDADES POST – OPERATORIAS

- Lavarse las manos antes y después de la atención del paciente
- Colocarse la bata
- Valorar estado de conciencia (despierto, somnoliento)
- Administrar oxígeno terapia (por catéter nasal, Hood, mascarilla, ventilación mecánica, etc.) para mantener saturación de oxígeno mayor 75%.
- Monitorización continuamente: Frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial, cada 15 minutos la primera hora, luego cada 30 minutos la segunda hora y después cada hora.
- Inmovilizar al paciente sujetando brazos y piernas con amarras y/o pañal.
- Administrar analgésico según prescripción médica.
- Administrar antibióticos según prescripción médica.
- Administrar sedante analgésico.
- Administrar anticoagulante según prescripción médica.
- Observar signos de permeabilidad del blalock (piel rosada, saturación de oxígeno mayor a 75%, disminución de hematocrito, respiración normal, no hay disnea ni fatiga al momento de la succión).
- Controlar fluido terapia.
- Abrigar miembro superior del lado correspondiente al blalock.
- Vigilar coloración de temperatura y movilidad del miembro correspondiente al blalock.
- Fijar trampa de agua con esparadrapo duro
- Colocar una tira de esparadrapo y señalar el nivel de la solución salina para cuantificar drenaje de tubo torácico
- Control de sangrado por tubo torácico (1-3cc/kg/h).
- Control de sangrado de apósito por turno.
- Mantener NPO por 6 horas.
- Probar tolerancia con líquidos claros, dieta blanda y/o seno materno.
- Realizar fisioterapia respiratoria cada 3 horas.

- Control y registro de signos vitales cada hora.
- Control estricto de ingesta y eliminación.
- Realizar reporte de enfermería.
- Valorar criterios de alta: tolerancia a dieta, discontinuar líquidos intravenosos, Rx normal, hematocrito normal, presencia de diuresis.
- Elaborar y entregar plan de egreso a familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Jane Deacon, patricia O'Neill, CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERIA EN NEONATOS, ed. McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, Segunda edición, México 1999.
- Arcas R. Insuficiencia cardiaca. En: Jiménez R, Figueras J, Botet F. Neonatología. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. 2ª edición. Ed. Espaxs, 1995; 471-475.
- Del Alcázar R. Problemas cardiológico del recién nacido. En Natal Pujol A, Prats Viñas J. Manual de Neonatología. Ed. Mosby, 1996; 153-163.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN POST – QUIRURGICO DE CERCLAJE DE ARTERIA PULMONAR

DEFINICIÓN

Cerclaje de arteria pulmonar es una técnica paliativa que consiste en la colocación quirúrgica de una banda en la arteria pulmonar para disminuir la corriente sanguínea a los pulmones, por tanto disminuir la insuficiencia cardíaca congestiva y evitar la resistencia vascular pulmonar.

OBJETIVO:

- Brindar atención de Enfermería de calidad a pacientes sometidos a cerclaje de arteria pulmonar e identificar signos y síntomas de insuficiencia cardíaca que pueden llevar a la muerte.

ACTIVIDADES.-

PRE-OPERATORIAS

- Recibir al paciente que ingresa por Emergencia acompañada por Enfermera del servicio de Emergencia.
- Verificar Historia Clínica (signos vitales, peso, autorización firmada para la cirugía.
- Verificar NPO.
- Verificar exámenes complementarios (hematocrito, hemoglobina, TP, TTP, Rx, EKG, eco cardiograma.
- Colocar la bata al paciente.
- Canalizar vía venosa periférica en el lado contrario al que se va a realizar la cirugía.

- Colocar D/A 5% 100cc más electrosol Na 3mEq en equipo MICROFIX ENTERAL en pacientes con peso menor a 10kg y D/A 5% en solución salina con equipo MICROFIX AMBAR en pacientes con peso mayor a 10kg.
- Preparar unidad del paciente.
- Orientar a familiares sobre aspectos generales del servicio y de la cirugía.

POST-OPERATORIAS

- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Colocarse la bata
- Valorar estado de conciencia (despierto, somnoliento)
- Administrar oxígeno terapia (por catéter nasal, Hood, mascarilla, ventilación mecánica, etc.) para mantener saturación de oxígeno mayor 75%.
- Monitorización continua: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial, cada 15 minutos la primera hora, luego cada 30 minutos la segunda hora y después cada hora.
- Inmovilizar al paciente sujetando brazos y piernas con amarras y/o pañal.
- Administrar analgésico según prescripción médica (novalgina 10mg/Kg./dosis c/6h).
- Administrar antibióticos según prescripción médica (cafazolina 50mg/kg/dosis c/8h por tres dosis).
- Administrar sedo-analgesia según prescripción médica (temgesic 0.03mg/kg/dosis PRN).
- Control de fluido terapia.
- Administrar electrosol K 2mEq por cada 100ml de la solución luego de obtención de diuresis.
- Observar signos de insuficiencia cardíaca (taquipnea, taquicardia, cardiomegalia, hepatomegalia, estertores, roncus, fatiga o dificultad al alimentarse).
- Fijar trampa de agua con esparadrapo duro (ver protocolo de toracocentesis).

- Colocar una tira de esparadrapo dura y señalar el nivel de la solución salina para cuantificar drenaje del tubo torácico.
- Controlar sangrado por tubo torácico (1ml/kg/h).
- Controlar sangrado de apósito por turno y reportar a médico residente.
- Mantener NPO por 6 horas.
- Probar tolerancia con líquidos claros, dieta blanda y/o seno materno cuando el paciente este bien despierto.
- Disminuir líquidos intravenosos según tolerancia oral hasta discontinuar.
- Realizar fisioterapia respiratoria cada 3 horas.
- Control y registro de signos vitales cada hora.
- Control de ingesta y eliminación estricto.
- Realizar reporte de Enfermería.
- Valorar criterios de alta: tolerancia a dieta, discontinuar líquidos intravenosos, Rx, hematocrito normal, presencia de diuresis, ausencia de tubo torácico.
- Elaborar y entregar plan de egreso a familiares.

BIBLIOGRAFÍA

- Jane Deacon, patricia O'Neill, CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERIA EN NEONATOS, ed. McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, Segunda edición, México 1999.
- Arcas R. Insuficiencia cardiaca. En: Jiménez R, Figueras J, Botet F. Neonatología. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. 2ª edición. Ed. Espaxs, 1995; 471-475.
- Del Alcázar R. Problemas cardiológico del recién nacido. En Natal Pujol A, Prats Viñas J. Manual de Neonatología. Ed. Mosby, 1996; 153-163.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES SOMETIDOS A ANASTOMOSIS TÉRMINO TERMINAL (COARTACIÓN DE AORTA)

DEFINICIÓN

Coartación de aorta es la constricción de la aorta en un punto distal a la arteria subclavia izquierda. Se manifiesta en la segunda semana de vida, sus características hemodinámicas son: coartación aislada con defecto de tabique interventricular y coartación preductal. El tratamiento quirúrgico es la anastomosis Término Terminal que consiste en reseca la zona estrecha y anastomosar los dos cabos de la aorta entre sí con una sutura simple.

OBJETIVO

- Brindar atención de Enfermería de calidad y calidez para evitar complicaciones graves.

ACTIVIDADES

PRE – OPERATORIAS

- Recibir al paciente que ingresa por Emergencia acompañada por Enfermera del servicio de Emergencia.
- Verificar Historia Clínica (signos vitales, peso, autorización firmada para la cirugía).
- Verificar NPO.
- Verificar exámenes complementarios (hematocrito, hemoglobina, TP, TTP, Rx, EKG, eco cardiograma).
- Colocar la bata al paciente.
- Canalizar vía venosa periférica NO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.
- Tener listo paquete globular antes de la cirugía.

- Colocar D/A 5% 100cc más electrosol Na 3mEq en equipo MICROFIX ENTERAL en pacientes con peso menor a 10kg y D/A 5% en solución salina con equipo MICROFIX AMBAR en pacientes con peso mayor a 10kg.
- Preparar unidad del paciente.
- Orientar a familiares sobre aspectos generales del servicio y de la cirugía.

POST – OPERATORIAS

- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Colocarse la bata.
- Valorar estado de conciencia (despierto, somnoliento).
- Administrar oxígeno terapia (por catéter nasal, Hood, mascarilla, ventilación mecánica, etc.) para mantener saturación de oxígeno mayor 85%.
- Monitorización continua: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial no invasiva cada 10 minutos durante las primeras 24 horas. NO MEDIR LA PRESIÓN ARTERIAL, NI COLOCAR VIA PERÍFERICA, SATURACIÓN DE OXÍGENO EN MIEMBRO SUPERIOR IZQUIERDO.
- Inmovilizar al paciente sujetando brazos y piernas con amarras y/o pañal.
- Controlar circulación, coloración, pulsos, llenado capilar de miembro superior izquierdo y movimientos en miembros inferiores.
- Control y registro de signos vitales cada hora.
- Control de tensión arterial no invasiva cada 10 minutos.
- Administrar analgésico según prescripción médica (novalgina 10mg/kg/dosis c/6h).
- Administrar antibióticos según prescripción médica (cefazolina 50mg/kg/dosis c/8h por tres dosis).
- Administrar sedo-analgesia según prescripción médica (temgesic 0.03mg/kg/dosis PRN).
- Administrar nifedipina sublingual 1mg/kg/dosis) si tensión arterial diastólica es mayor de 90mmHg.
- Administrar vasodilatadores según prescripción médica.

- Colocar sonda nasogástrica y mantenerla abierta.
- Controlar características de la producción del contenido gástrico (sangrado, líquidos biliosos) reportar a médico residente.
- Mantener NPO por 48 horas.
- Auscultar presencia de ruidos hidroaéreos para iniciar alimentación con líquidos claros.
- Controlar fluido terapia.
- Administrar electrolito K 2mEq por cada 100ml de la solución luego de la primera diuresis post-quirúrgica.
- Fijar trampa de agua con esparadrapo duro (ver protocolo de toracocentesis).
- Colocar tira de esparadrapo duro y señalar el nivel de la solución salina para cuantificar drenaje del tubo torácico.
- Controlar sangrado por tubo torácico (1-3cc/kg/h).
- Controlar sangrado de apósito por turno y reportar a médico residente.
- Probar tolerancia oral con líquidos claros en pequeñas cantidades, luego dieta blanda y/o seno materno.
- Disminuir líquidos intravenosos según tolerancia oral hasta discontinuar.
- Realizar fisioterapia respiratoria cada tres horas.
- Control estricto de ingesta y eliminación.
- Dejar cómodo y limpio al paciente.
- Realizar reporte de Enfermería.
- Valorar criterios de alta, tolerancia oral, tensión arterial normal, paciente ambulatorio.
- Realizar plan de egreso y entregar a familiares (formulario correspondiente).

BIBLIOGRAFÍA

- Jane Deacon, patricia O'Neill, CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERIA EN NEONATOS, ed. McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, Segunda edición, México 1999.
- Arcas R. Insuficiencia cardiaca. En: Jiménez R. Figueras J, Botet F. Neonatología. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. 2ª edición. Ed. Espaxs, 1995; 471-475.
- Del Alcázar R. Problemas cardiológico del recién nacido. En Natal Pujol A, Prats Viñas J. Manual de Neonatología. Ed. Mosby, 1996; 153-163.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A SECCIÓN SUTURA DE CONDUCTO ARTERIOSO

DEFINICIÓN.

Conforme disminuye la resistencia vascular y aumenta la resistencia sistémica, el cortocircuito de izquierda a derecha a través del conducto arterioso persistente hace que la sangre fluya de la aorta a la arteria pulmonar y así aumenta el flujo por este último vaso. Por tanto la sección sutura de conducto arterioso es una cirugía correctiva

OBJETIVO

Brindar atención de Enfermería a pacientes sometidos a sección sutura de conducto arterioso.

ACTIVIDADES

PRE – OPERATORIO

- Recibir al paciente que ingresa por Emergencia acompañada por Enfermera del servicio de Emergencia.
- Verificar Historia Clínica (signos vitales, peso, autorización firmada para la cirugía).
- Verificar NPO.
- Verificar exámenes complementarios (hematocrito, hemoglobina, TP, TTP, Rx, EKG, eco cardiograma).
- Colocar la bata al paciente.
- Canalizar vía venosa periférica
- Colocar D/A 5% 100cc más electrosol Na 3mEq en equipo MICROFIX ENTERAL en pacientes con peso menor a 10kg y D/A 5% en solución salina con equipo MICROFIX AMBAR en pacientes con peso mayor a 10kg.
- Preparar unidad del paciente
- Orientar a familiares sobre aspectos generales del servicio y de la cirugía.

POST – OPERATORIAS

- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Colocarse la bata.
- Valorar estado de conciencia (despierto, somnoliento).
- Administrar oxigenoterapia (catéter nasal, Hood, mascarilla, ventilación mecánica, etc.) para mantener saturación de oxígeno mayor 85%.
- Monitorización continua: frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno, tensión arterial no invasiva cada 15 minutos la primera hora, luego cada 30 minutos la segunda hora y después cada hora.
- Inmovilizar al paciente sujetando brazos y piernas con amarras y/o pañal.
- Administrar analgésico según prescripción médica (novalgina 10mg/kg/dosis q.6h).
- Administrar antibiótico según prescripción médica (cefazolina 50mg/kg/dosis q.8h por tres dosis).
- Administrar sedo-analgesia según prescripción médica (temgesic 0.03mg/kg/dosis PRN).
- Control de fluido terapia.
- Añadir electrolito K 2mEq por cada 100cc de la solución intravenosa, luego de obtención de diuresis.
- Mantener NPO por 4 horas.
- Rx y hematocrito a las 6 horas posterior a la cirugía.
- Probar tolerancia oral con líquidos claros, dieta blanda y/o seno materno.
- Disminuir líquidos intravenosos según tolerancia hasta discontinuar.
- Realizar fisioterapia respiratoria cada tres horas.
- Control y registro de signos vitales cada hora.
- Control de ingesta y eliminación estricto.
- Realizar reporte de Enfermería.

- Valorar criterios de alta: tolerancia a dieta, descontinuar líquidos intravenosos, Rx, Hematocrito.
- Realizar plan de egreso y entregar a familiares (ver formulario correspondiente).

BIBLIOGRAFÍA

- Jane Deacon, Patricia O'Neill, CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERIA EN NEONATOS, ed. McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, Segunda edición, México 1999.
- Arcas R. Insuficiencia cardiaca. En: Jiménez R, Figueras J, Botet F. Neonatología. Procedimientos diagnósticos y terapéuticos. 2ª edición. Ed. Espaxs, 1995; 471-475.
- Del Alcázar R. Problemas cardiológico del recién nacido. En Natal Pujol A, Prats Viñas J. Manual de Neonatología. Ed. Mosby, 1996; 153-163.

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN CATETERISMO CARDÍACO

DEFINICIÓN

Cateterismo cardíaco es un método diagnóstico penetrante que consiste en la colocación de catéter a través de vasos umbilicales, subclavia, femorales, o la yugular interna derecha llegando hasta cavidades de corazón donde se realiza medición de presiones y visualización de anatomía cardíaca.

OBJETIVOS

Asistir al paciente sometido a cateterismo cardíaco con atención de calidad para prevenir complicaciones graves.

ACTIVIDADES

PRE – CATETERISMO

- Recibir al paciente que ingresa por Emergencia acompañado por Enfermera del servicio de Emergencia.
- Verificar NPO.
- Verificar Historia Clínica (signos vitales, peso, talla, hematocrito, orden firmada de la Fundación Corazón por la Lic. Amparito Pozo)
- Colocar bata al paciente.
- Canalizar vía venosa periférica y colocar dish. La infusión intravenosa se administra en Clínica Pichincha momentos previos al procedimiento.
- Tomar muestra de sangre para Hematocrito.
- Llamar al chofer de la ambulancia para coordinar traslado de paciente para cateterismo.
- Verificar Historia Clínica y exámenes completos.
- Alistar y entregar maletín de paro a Médico Residente de cardiología

- Enviar al paciente con médico residente de cardiología a Clínica Pichincha.

POST – CATETERISMO

- Lavarse las manos antes y después de atender al paciente.
- Colocarse la bata.
- Valorar estado de conciencia (somnoliento, despierto).
- Controlar signos vitales (frecuencia cardiaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, temperatura, saturación de oxígeno).
- Mantener hidratación intravenosa.
- Administrar oxígeno terapia PRN (catéter nasal, mascarilla).
- Control de pulsos pedíos, tibiales cada 30 minutos luego cada hora.
- Control de temperatura, movilidad, llenado capilar en miembro inferior en el que se realizó inserción de catéter.
- Mantener vendaje compresivo en sitio de punción.
- Control de sangrado de apósito del sitio de inserción.
- Administrar analgésico según prescripción médica.
- Administrar antibiótico según prescripción médica.
- Mantener NPO hasta que el paciente se despierte completamente.
- Probar tolerancia oral con líquidos claros, dieta blanda y/o seno materno.
- Disminuir líquidos intravenosos según tolerancia oral hasta discontinuar.
- Realizar registro de signos vitales y reporte de Enfermería.
- Valorar criterios de alta: tolerancia a dieta, discontinuar líquidos intravenosos, paciente despierto, presencia de diuresis.
- Realizar y entregar plan de egreso a familiares en formulario respectivo.

BIBLIOGRAFÍA

- Jane Deacon, patricia O'Neill, CUIDADOS INTENSIVOS DE ENFERMERIA EN NEONATOS, ed. McGraw-Hill Interamericana S.A. de C.V, Segunda edición, México 1999.

PROTOCOLO DE INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA

DEFINICIÓN

La Insuficiencia Cardíaca también llamada Insuficiencia Cardíaca Congestiva es una afección potencialmente mortal en la cual el corazón ya no puede bombear suficiente sangre al resto del cuerpo.

OBJETIVO

- Identificar los signos y síntomas de insuficiencia cardíaca para evitar complicaciones.

ACTIVIDADES

- Monitorización continua: FC, FR, Sat. O₂, TA, EKG.
- Suministro y control de dieta hiposódica
- Reposo absoluto
- Administración de oxígeno PRN
- Control de ingesta y eliminación
- Control de peso diario
- Valoración y control de signo de ICC: Edema, hepatomegalia, ascitis.
- Identificar signos de intoxicación digitalica.
- Realizar densidad urinaria, una vez por turno.

BIBLIOGRAFÍA

- www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/000158.htm Definición.
- De la Torre, E. Insuficiencia Cardíaca Izquierda, Insuficiencia Cardíaca Derecha, pág. 20-30. Insuficiencia Cardíaca. Editorial Científico Médica, España 1990.
- Vélez, D, Digitálicos, pág. 389-398, ECG, Marbán Libros SL. Madrid, España 2006.

CONCLUSIONES:

- Los protocolos y normas de atención de enfermería que se dispone en el servicio de UCI son elaborados en base a revisión científica bibliográfica, a la experiencia del personal. Formando parte del mejoramiento de la calidad.
- Al momento se encuentra en trámite para la aprobación por parte de las autoridades pero esto no impide que en el servicio se siga con el cumplimiento y vigilancia de que el resto del equipo de salud también lo realice.
- Con la aplicación de los protocolos se ha evidenciado el mejoramiento de la calidad enfocado en la no estadía prolongada de los pacientes a bajo costo.
- El involucramiento del personal es muy motivador por ser el aliciente al esfuerzo de la personas que en busca de un cambio de paradigmas y actitudes reflejadas en la convicción de que nuestro objetivo se enfoca en la atención de calidad con calidez a nuestros pacientes.

PERSONAL DEL SERVICIO DE UCI MOTIVADO, COMPROMETIDO PARA EL CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA LUEGO DE LA SOCIALIZACIÓN



RESULTADO 6

PROYECTO EVALUADO

INTRODUCCIÓN:

La atención a los pacientes neonatos y aun más críticos demanda un esfuerzo integral de la mejora continua de la calidad donde participan todos los involucrados de los diferentes procesos con el fin de proporcionar productos y servicios para la satisfacción de necesidades tanto del usuario interno como externo.

Con la protocolización de la atención de enfermería se logra mejorar significativamente la relación costo eficiencia y costo beneficio lo que redundará en una mejor calidad de atención y por tanto de vida.

El resultado de los objetivos planteados refleja que la implementación del programa de mejoramiento de la calidad de atención dirigido al usuario interno como externo ha contribuido en la satisfacción de los usuarios internos y externos.

OBJETIVOS:

- Evidenciar cuantitativamente impacto positivo en el personal de UCI con la implementación del programa de mejoramiento de la calidad de atención.
- Evaluar el grado de satisfacción del usuario externo.

METODOLOGÍA:

Se diseño la encuesta de satisfacción al cliente interno y externo tomando en cuenta el cumplimiento de los indicadores planteados en este proyecto del servicio de UCI., para su

posterior aplicación. Una vez obtenida la información se procedió a tabular y analizar las mismas.

La retroalimentación del proyecto se lo realizó en base a los resultados obtenidos, permitiendo dar cumplimiento con los objetivos propuestos.

AGENDA.-

ACTIVIDADES	RESPONSABLE	PARTICIPANTES	LUGAR	FECHA	HORA
Elaboración de encuestas	Lic. Ligia Salazar	Familiares de RN prematuros Médicos y Enfermeras Maestrante	Sala de reuniones de UCI	2010-07-01	16h00
Aplicación de encuestas	Lic. Ligia Salazar	Familiares de RN prematuros Médicos y Enfermeras Maestrante	Sala de reuniones de Neonatología y UCI	2010-07-06	10h00
Tabulación de encuestas	Lic. Ligia Salazar	Familiares de RN prematuros Médicos y Enfermeras Maestrante	Sala de reuniones de Neonatología y UCI	2010-07-12	16h00

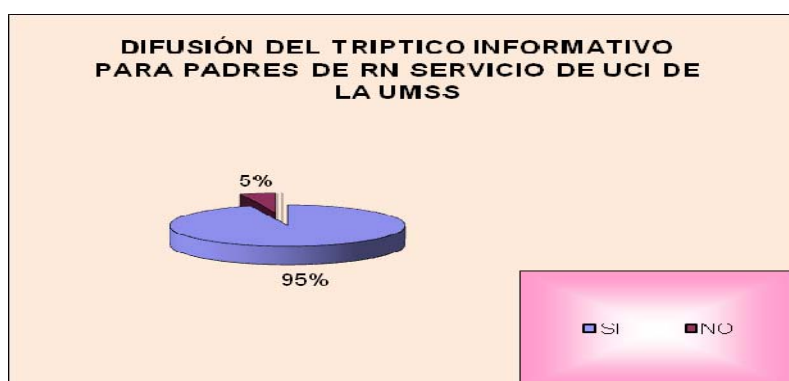
DIFUSIÓN DE TRIPTICO INFORMATIVO PARA PADRES DE RN DEL SERVICIO DE UCI DE LA UMSS

TABLA Nº 25

DIFUSIÓN DE TRIPTICO INFORMATIVO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	95%
NO	1	5%
TOTAL	20	100%

FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS
ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

GRÁFICO Nº 25



FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS
ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

ANALISIS:

El personal de enfermería en un 95% si entrega el tríptico informativo del servicio de UCI a los padres de los RN que ingresan a este servicio, mientras que en un 5% no lo realizan por falta de involucramiento.

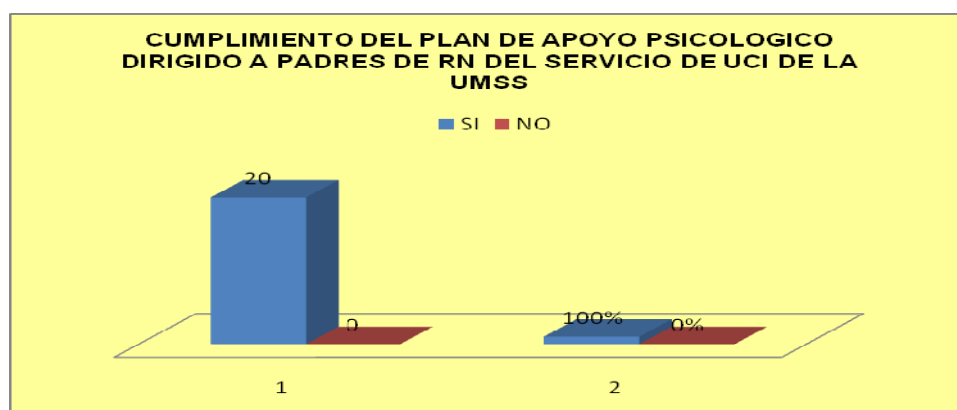
CUMPLIMIENTO DEL PLAN DE APOYO PSICOLÓGICO DIRIGIDO A PADRES DE RN DEL SERVICIO DE UCI DE LA UMSS

TABLA Nº 26

APOYO PSICOLÓGICO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	100%
NO	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS
ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

GRÁFICO Nº 26



FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS
ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

ANÁLISIS:

El programa de apoyo psicológico se encuentra funcionando en un 100% y todos los padres se encuentran involucrados en los mismos.

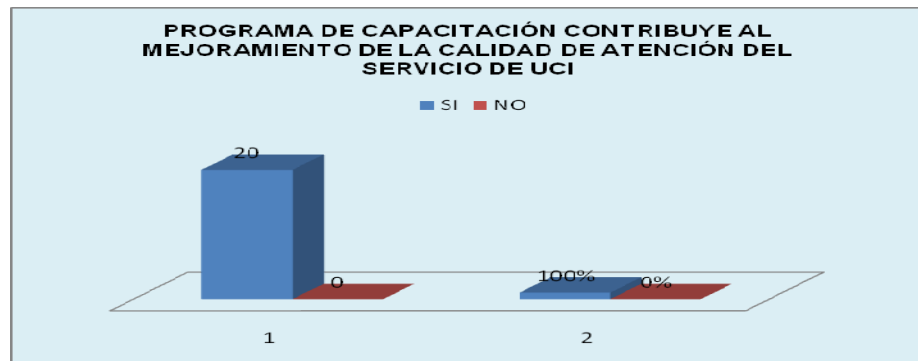
PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CONTRIBUYE AL MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN LE SERVICIO DE UCI DE LA UMSS.

TABLA Nº 27

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	20	100%
NO	0	0%
TOTAL	20	100%

FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS
ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

GRÁFICO Nº 27



FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS
ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

ANALISIS:

El 100% del personal encuestadas refieren que si ha contribuido el programa de capacitación impartido en el mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de UCI.

CUMPLIMIENTO DE PROTOCOLOS Y NORMAS DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE UCI DE LA UMSS

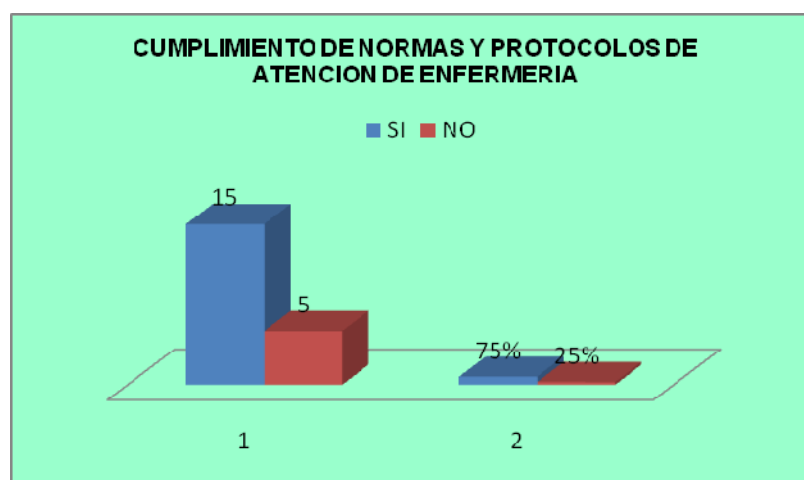
TABLA Nº 28

CUMPLIMIENTO DE NORMAS	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	15	75%
NO	5	25%
TOTAL	20	100%

FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS

ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

GRÁFICO Nº 28



FUENTE: PERSONAL DE ENFERMERÍA DE UCI DE LA UMSS

ELABORADO POR: LIGIA SALAZAR. Julio 2010

ANALISIS:

El personal de enfermería en un 75% si cumple con los protocolos y normas de atención mientras que en un 25% lo realizan parcialmente por ser personal nuevo.

NIVEL DE SATISFACCIÓN DE LOS PADRES SOBRE LA ATENCIÓN DEL RN CRÍTICO DEL SERVICIO DE UCI DE LA UMSS

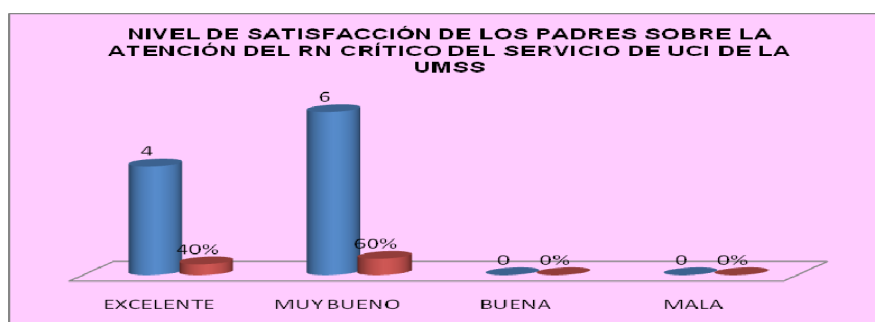
TABLA Nº 29

NIVEL DE SATISFACCION	FRECUENCIA	PORCENTAJE
EXCELENTE	4	40%
MUY BUENO	6	60%
REGULAR	0	0%
MALO	0	0%
TOTAL	10	100%

FUENTE: Usuarios externos del servicio de UCI de la UMSS.

ELABORADO POR: Ligia Salazar, Julio 2010

GRAFICO Nº 29



FUENTE: Usuarios externos del servicio de UCI de la UMSS.

ELABORADO POR: Ligia Salazar, Julio 2010

ANALISIS:

El 60% de los padres manifiestan que el nivel de atención del servicio de UCI es muy bueno mientras que el 40% refiere que es excelente.

INVOLUCRAMIENTO DEL PERSONAL DEL SERVICIO DE UCI EN EL DESARROLLO DEL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD

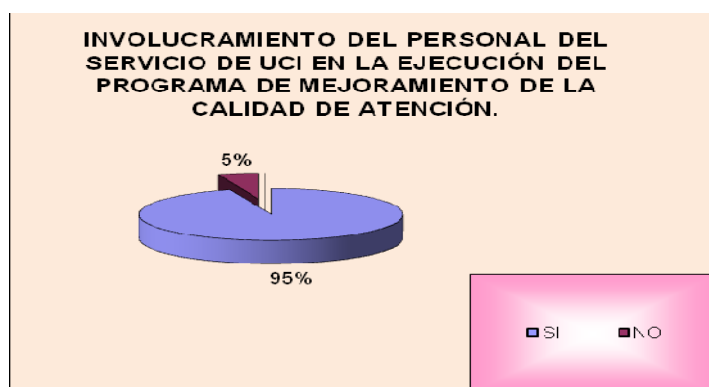
TABLA N° 30

INVOLUCRAMIENTO	FRECUENCIA	PORCENTAJE
SI	19	95%
NO	1	5%
TOTAL	20	100%

FUENTE: Personal de Médico y de Enfermería del servicio de UCI de la UMSS

ELABORADO POR: Ligia Salazar, Julio 2010

GRÁFICO N° 30



FUENTE: Personal de Enfermería del servicio de UCI de la UMSS

ELABORADO POR: Ligia Salazar, Julio 2010

ANÁLISIS:

El 95% del personal tiene una muy buena predisposición en el involucramiento para el desarrollo del proyecto de acción implementado, mientras que en un 5% del personal aún no se encuentra motivado en el involucramiento.

CONCLUSIONES

- Con la implementación del programa de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de UCI se obtuvo la satisfacción de atención tanto para el usuario interno como externo.
- La protocolización de procedimientos realizados por el personal de enfermería han contribuido a la atención eficiente al paciente hospitalizado del servicio de UCI.
- La satisfacción del cliente externo se evidencia en el involucramiento del tratamiento de su hijo y en la asistencia al programa de apoyo psicológico.
- Se observa la participación activa del personal multidisciplinario en la ejecución del proyecto de acción implementado en este servicio.

ANÁLISIS GENERAL

- Los resultados alcanzados contribuyeron a la implementación de un programa de mejoramiento de la calidad de atención del servicio de UCI de la Unidad Municipal de Salud Sur, al haber sido metodológicamente planificado y secuencialmente ejecutado.
- Con la implementación del programa de mejoramiento de la calidad de atención, motivó al personal del servicio de UCI a formar parte activa en la ejecución del mismo.
- Durante el tiempo de la implementación del programa permitió también el involucramiento de los padres de los RN críticos del servicio de UCI a ser considerados participes esenciales en el tratamiento de su hijo/a
- El cambio de autoridades en la Unidad Municipal de Salud Sur retardó la ejecución de algunos resultados debido al desconocimiento de las mismas en relación a la organización interna de la Unidad. Inconvenientes que fueron superados exitosamente cuando los directivos verificaron la importancia de los proyectos y la seriedad del centro académico que los respaldaba.
- El proyecto de acción en mención se vio afectado al cambio de modelo de atención de la UMSS que cuando inició el proyecto era semiprivado y a partir de Agosto del 2009 pasó a la gratuidad de los servicios.
- El cambio de modelo de atención de semiprivado a gratuidad de los servicios fue un reto importante porque al buscar alternativas para solventar inconvenientes que afectan la calidad se encontró que se puede ofrecer servicio con calidad.

10.- CONCLUSIONES:

Luego de la ejecución de la propuesta de acción se puede concluir:

- El Programa de Mejoramiento de la Calidad de Atención en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales de la UMSS fue implementado e institucionalizado, es sostenible dentro del modelo de atención integral.
- El apoyo de las autoridades de la UMSS fue determinante en la ejecución del proyecto de acción propuesta.
- La capacitación fue la herramienta que permitió alcanzar la participación del personal médico y de enfermería en el programa de mejoramiento de la calidad de atención reflejada en la atención profesional y humana brindada al Rn crítico y sus familiares.
- La información y orientación a los padres/madres de los Rn hospitalizados en el servicio de UCI fueron las herramientas a través de las cuales el personal del área logró su aceptación de que su hijo se encuentra ingresado en el servicio, el involucramiento en el tratamiento de su hijo/hija.
- El programa de apoyo psicológico implementado en el servicio contribuyó a que los padres/madres de Rn hospitalizados puedan sobrellevar el nivel de estrés producido por esta condición de su hijo/hija. Al contar con un equipo multidisciplinario que coordinó las actividades para la ejecución de este programa.
- La elaboración, aprobación y socialización de protocolos y normas de atención de enfermería para el servicio de UCI permitieron la unificación de criterios de atención.
- Se llevó a cabo el 100% de las actividades programadas.

- La continua rotación del personal médico de Pediatría interfieren en la continuidad de la atención, por tal razón se vio la necesidad de introducir un programa de inducción para este personal el mismo que al momento se encuentra en su elaboración.

11.- RECOMENDACIONES:

- Los proyectos de acción contribuyen al mejoramiento de la prestación de servicio de salud a los usuarios por lo que deben contar con el apoyo institucional para su ejecución.
- Los programas de capacitación deben realizarse en forma periódica y continua que se encuentren formando parte de la planificación de futuros/as profesionales designadas al cuidado del recién nacido crítico.
- Los recursos materiales, tecnológicos y humanos deben optimizarse en la formulación de los proyectos de acción
- El trato humano y el apoyo emocional deben ser parte de la atención profesional brindada a los padres/madres de Rn críticos por parte del personal del servicio de UCI
- Los protocolos y normas de atención de Enfermería deben ser difundidas, cumplidas por el personal de UCI. Su cumplimiento permitirá atención integral y efectiva que redundará en la satisfacción del usuario interno como externo.
- El material informativo es una estrategia viable para orientar a los familiares del RN crítico sobre normas del servicio entre otras.
- La educación e información a los padres/madres del Rn crítico debe ser un proceso participativo que permita la interacción de las personas y la aceptación de la condición de su hijo/hija.

12. BIBLIOGRAFIA:

- Berry, Thomas. COMO GERENCIARLA TRANSFORMACIÓN HACIA LA CALIDAD TOTAL, Mc Graww Hill, 2005.
- Andrés Senlle ISO 900-200 LIDERAZGO DE LA NUEVA CALIDAD, Ed. Gestión 200, Barcelona , España, 2004
- Pineda E, Alvarado E, F.H. Canales. Metodología de la Investigación. Segunda Edición. Organización Panamericana de la Salud 1994.
- G. Goldsmit, C. Menéndez, L. Novli, A Sola; Cuidado de los Padres, Capítulo III, pp. 286 – 290.
- Piedra M, Guía Didáctica: Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud.
- Muñoz, C. “Programa de mejoramiento de la calidad de atención en el servicio de Consulta Externa de la Fundación Pedro Claver” Quito 2007
- Piedra Carmen. Trabajo de Grado I, Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud – Ediciones UTPL, Loja-Ecuador. Abril 2009.
- Buele Mariana. Trabajo de Grado II, Diseño, Ejecución y Gerencia de Proyectos para Salud – Ediciones UTPL, Loja- Ecuador, Noviembre 2009.
- Gallardo, Yolanda. Moreno, Adonay, 202 Recolección de la Información, Bogotá, ICFES.

- Hernández, Roberto, et.al., 2003, Metodología de la Investigación, México, Editorial HARLA, 2da. Ed.
- G. Goldsmit, C. Menéndez, L. Novli, A Sola; Cuidado de los Padres, Capítulo III, pp. 286 – 290.
- Anuario de Estadísticas Hospitalarias de la Unidad Municipal de Salud Sur.
- Resolución No C 0076 del Consejo Metropolitano de Quito, Febrero 2008.
- Manual Orgánico Funcional de la Unidad Municipal de Salud Sur.
- Manual de la OPS – OMS. Mejoramiento continuo de la calidad de los Servicios de Salud.
- <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion10/capitulo164/capitulo164.htm>
- <http://www.un.org/popin/regional/asiapac/fiji/news/97dec/p15.htm>.
- <http://www.worldbank.org/children/nino/plan/lógico.htm>.

ANEXOS

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA PARA EL DEARROLLO LOCAL EN SALUD
UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
ENCUESTA PARA USUARIOS EXTERNO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES DE LA UMSS**

TEMA: SATISFACCIÓN DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL USUARIO EXTERNO

SU OPINION ES MUY IMPORTANTE, POR FAVOR CONTESTE CON TOTAL LIBERTAD Y SINCERIDAD.

Marque con una X la respuesta que usted considere válida, y escriba su opinión cuando la pregunta lo solicite.

DATOS INFORMATIVOS:

FECHA:.....

ENTREVISTADOR: Ligia Salazar

CUESTIONARIO:

Nº DE ENCUESTA:.....

1.- La información que el médico le proporciona sobre la condición de salud de su hijo es entendida por usted:

SI.....

NO.....

Porque:.....

2.- El médico le informa en el momento del ingreso sobre los posibles riesgos y complicaciones que puede presentar su hijo en el transcurso de su hospitalización en la UCIN:

SI.....

NO.....

3.- Es orientado usted por parte de los miembros del equipo de salud sobre normas de funcionamiento del servicio:

SI.

NO.....

4.- Que sintió usted cuando le informaron que su hijo requería del servicio de cuidados intensivos neonatales:

SENTIMIENTOS EXPRESADOS	
Ansiedad y Depresión	
Miedo por la muerte	
Culpabilidad	
Estrés	
Enojo consigo mismo y con los demás	

5.- La satisfacción que sienten los padres de la atención que recibe su hijo en la Unidad de Cuidados Intensivos Neonatales es:

ITEMS	
EXCELENTE	
MUY BUENA	
BUENA	
REGULAR	

6.- Recomendaría usted el servicio de terapia intensiva a otras personas:

SI.....

NO.

GRACIAS POR SU INFORMACIÓN

**UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA PARA EL DEARROLLO LOCAL EN SALUD
UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
ENCUESTA PARA USUARIOS INTERNOS DE LA UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS NEONATALES DE LA UMSS**

TEMA: MEJORAMIENTO EN LA ATENCION DE SALUD

SU OPINION ES MUY IMPORTANTE, POR FAVOR CONTESTE CON TOTAL LIBERTAD Y SINCERIDAD.

Marque con una X la respuesta que usted considere válida, y escriba su opinión cuando la pregunta lo solicite.

DATOS INFORMATIVOS:

FECHA:..... **Nº DE ENCUESTA:**.....

ENTREVISTADOR: LIGIA SALAZAR

PROFESIONAL ENTREVISTADO: MEDICO ENFERMERA

CUESTINARIO:

1.- Como usted define a la calidad de atención en el servicio de UCIN?

.....
.....

2.- Los protocolos, normas de atención etc. contribuyen al mejoramiento de la atención del RN crítico. SI NO.....

Porque:.....

3.- Los canales de comunicación que existe en el equipo de salud del servicio de UCIN es:

EXCELENTE	
MUY BUENA	
BUENA	
NO EXISTEN	

4.- Trabaja usted en equipo con el personal del servicio de UCIN.

SI NO.....

Porque:.....

5.- Cuál de los sentimiento usted manifiesta frente a la muerte del recién nacido y como enfrenta esta situación con sus padres.

SENTIMIENTOS	FRECUENCIA
TRISTEZA	
IMPOTENCIA	
DOLOR	
RESIGNACIÓN	

6.- Considera importante la implementación de un PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN EN EL SERVICIO DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES DE LA UMSS.

SI NO.....

GRACIAS POR SU INFORMACION

UNIVERSIDAD TECNICA PARTICULAR DE LOJA
MAESTRIA EN GERENCIA EN SALUD PARA EL DESARROLLO LOCAL
UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
ENCUESTA DE EVALUACIÓN DEL SEMINARIO TALLER “CALIDAD
ESTRÁTEGICA EN SALUD”

OBJETIVO: Evaluar el impacto del evento como proceso de cambio en la atención integral al recién nacido.

INSTRUCCIONES: Favor conteste las siguientes preguntas en forma veraz, la información recolectada nos permitirá asumir la organización de futuros eventos exitosamente.

CARGO QUE DESEMPEÑA:.....

- LOS TEMAS EXPUESTOS EN EL SEMINARIO TALLER FUERON:

MUY SATISFACTORIOS.....

BUENO.....

SATISFACTORIOS.....

REGULAR.....

- EL FACILITADOR DE LOS TEMAS:

EXCELENTE....

BUENO.....

REGULAR.....

- LAS AYUDAS AUDIOVISUALES EN EL EVENTO FUERON:

MUY BUENAS.....

BUENAS.....

SUGERENCIAS.....

SUGERENCIA:.....

.....

OBSERVACIONES:.....

.....

GRACIAS POR SU INFORMACIÓN

**UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATALES
FORMULARIO DE IDENTIFICACIÓN DE PADRES DE RECIEN NACIDOS
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE UCI.**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS PADRES:

APELLIDOS Y NOMBRES DE MADRE:

.....

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PADRE:

.....

NACIONALIDAD:.....

ESTADO CIVIL:

CASADO:..... SOLTERO:..... DIVORCIADO:..... UNION LIBRE:.....

ESCOLARIDAD:

PRIMARIA:..... SECUNDARIA:..... SUPERIOR:.....

OCUPACIÓN:

.....

PREGUNTAS:

Cuáles son sus sentimientos al ver a su hijo hospitalizado en el servicio de UCI?

.....

.....

.....

IDENTIFICACIÓN DEL RECIEN NACIDO:

APELLIDOS DEL RECIEN NACIDO:

.....

NÚMERO DE HISTORIA CLINICA:.....

FECHA DE INGRESO:.....

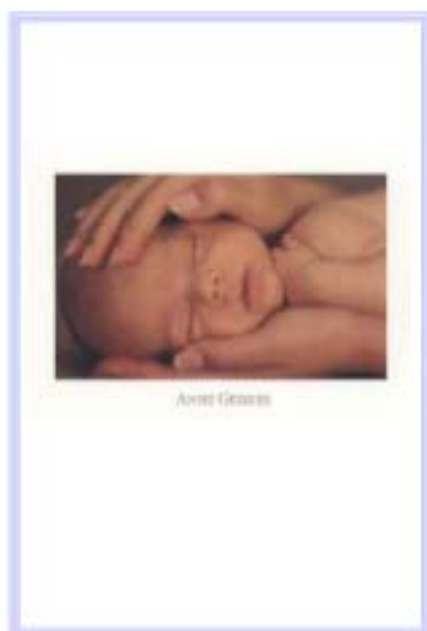
EDAD GESTACIONAL:.....

DIAGNOSTICO:.....

PRONÓSTICO:.....

GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

INVITACION A LA SOCIALIZACION DEL PROYECTO EN LA UMSS





La Lcda. Ligia Salazar; Estudiantes de la Maestría en Gerencia de Salud para el Desarrollo Local. Invita a usted al Programa de Socialización de los Proyectos de Intervención que se ejecutaran la Unidad Municipal de Salud Sur en el periodo 2010.

Por su asistencia a este evento le hacemos extensivo nuestro agradecimiento.

FECHA: LUNES 22 DE MARZO DEL 2010
LUGAR: AUDITORIO DE LA UMSS
HORA: 12:00 HORAS



UNIDAD MUNICIPAL DE SALUD SUR
SEMINARIO TALLER: “CALIDAD ESTRÁTEGICA EN SALUD “
10-11-12 DE MAYO DEL 2010

NOMINA DE ASISTENTES AL SEMINARIO TALLER:

ORD.	APELLIDOS Y NOMBRES	ORD.	APELLIDOS Y NOMBRES
1	Jutla Ayala Cevallos	21	Ligia Salazar Pozo
2	Yolanda Guaman Vizuite	22	Consuelo Guayasamín Cruz
3	Cristina Procel Álvarez	23	Nelly Silva Porras
4	Irma Cortez Jarrín	24	Mariana Enriquez Goyes
5	Catalina Paredes Auquillas	25	Lorena Romero Narvaez
6	Norma Tiuma Flores	26	Marisol Oña
7	Manuel Moreano Pino	27	Sonia Pavón Nieto
8	Margoth Trujillo Montaluisa	28	Mónica López
9	Proaño Rocío	29	Ana Agllon Carrillo
10	Amparito Navarrete Cruz	30	López Graciela
11	Beatriz Quishpe Acosta	31	Anita Tierras Gualotuña
12	Karina Vinuesa Regalado	32	Irene Villamarín Hernandez
13	Gissela Borja	33	Edison Aymacaña Flores
14	Cecilia Tipanluisa	34	Mario Rubio Moreno
15	Bilma Vilaña Tipan	35	Jenny Salas
16	Oleas Acosta Ximena	36	Yolanda Vasquez
17	Walter Morales García	37	Mercedes Hidalgo
18	Marcia LLumiyinga	38	Gladys Ambi
19	Gloria Gualotuña Verdezoto	39	Joseth Bustillos
20	Patricia Shugulí Cueva	40	Lorena Baquero

CERTIFICACIÓN EMITIDA POR EL INSTITUTO DE CAPACITACIÓN MUNICIPAL (ICAM) A LOS ASISTENTES AL SEMINARIO TALLER “CALIDAD ESTRATÉGICA EN SALUD



**MUNICIPIO DEL DISTRITO METROPOLITANO DE QUITO
INSTITUTO DE CAPACITACIÓN MUNICIPAL**

CERTIFICAN QUE

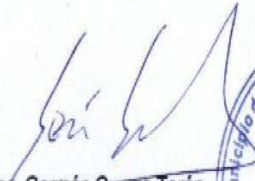
Salazar Pozo Ligia de los Angeles

Participó en el Curso Taller

CALIDAD ESTRATÉGICA EN SALUD

Realizado en el Auditorio de la Unidad de Salud Sur, del 10 al 12 de mayo de 2010, con 12 horas de duración.

Quito, 12 de mayo de 2010


Soc. Germán Guerra Terán
DIRECTOR DEL ICAM



OFICIALIZACIÓN DE LA ENTREGA DEL PROYECTO AL DR. RICARDO GUTIERREZ DIRECTOR DE LA UMSS



SOCIALIZACIÓN DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN A LAS AUTORIDADES DE LA UMSS Y PERSONAL DEL SERVICIO DE UCIN

EXPOSICIÓN DEL PROYECTO



PERSONAL QUE ASISTIÓ AL PROGRAMA DE SOCIALIZACIÓN



PERSONAL DEL SERVICIO DE UCI ASISTE AL PROGRAMA DE CAPACITACIÓN CON OPTIMISMO DE APRENDER.



AUTORIDADES DE LA INSTITUCIÓN Y PERSONAL QUE ASISTIO AL SEMINARIO TALLER “CALIDAD ESTRÁTEGICA EN SALUD” EN EL MOMENTO DE LA CLAUSURA



**MEDICO TRATANTE INFORMA SOBRE CONDICIÓN DE SALUD DE RN A
SUS PADRES LOS MISMOS QUE REALIZAN PREGUNTAS.**



**MADRE ACARICIA ASU HIJO TRANSMITIENDOLE AMOR Y FE EN EL
MOMENTO DE LA VISITA**



**GRUPO DE ENFERMERAS MOTIVADAS Y COMPROMETIDAS EN SEGUIR
APOYANDO EL DESARROLLO DEL PROYECTO DE INTERVENCIÓN
IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE UCI**



**EQUIPO DE SALUD DEL SERVICIO DE UCI CONCIENTES DEL ROL
IMPORTANTE QUE DESEMPEÑA EN EL CUIDADO DE NUESTROS
PACIENTES MAS PEQUEÑOS,**



EL PROGRAMA DE MEJORAMIENTO DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN IMPLEMENTADO EN EL SERVICIO DE UCI SE ORIENTA A ESTOS PEQUEÑOS SERES HUMANOS QUE BUSCAN UNA OPORTUNIDAD DE VIDA CON CALIDAD.

