



Jefatura de Enseñanza e Investigación

CUADERNOS

DEL HOSPITAL ARCO IRIS

Nº 9 - Septiembre 2013

ISSN 2077 - 8619



HOSPITAL ARCO IRIS

Consejo Técnico Administrativo

Dr. Ramiro Narváez F.
Director General

Dr. Fernando Arispe C.
Dirección Médica

Lic. Mónica Morales
Dirección Administrativa Financiera

Lic. Luz Patiño F.
Dirección de Enfermería

Lic. Sonia Otta
Dirección de Atención Al Cliente

Dr. Luis Bedregal
Director Médico Asistencial

Dr. Gustavo Valenzuela
Director de Enseñanza e Investigación

COMITÉ EDITORIAL

Dr. Gustavo Valenzuela
Dr. Marcel Otto Fernández
Lic. Luz Patiño Fernández
Lic. Marisol Colque Tali

COMITÉ DE GESTIÓN DE ENFERMERÍA
COMITÉ DE GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ENFERMERÍA
COMITÉ DE ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN

Directora de Enfermería:

Lic. Luz Patiño Fernández

Vigilancia de Infecciones Asociadas a la Atención en Salud
Calidad y Seguridad en Atención de Enfermería:

Lic. Marisol Colque Tali

Supervisor Servicio de Emergencias:

Lic. Agustín Condori

Supervisora 2do Piso Internaciones:

Lic. Elsa Gutiérrez

Supervisora Terapia Intensiva:

Lic. Rose Marie Benavidez

Supervisora Terapia Neonatal:

Lic. Ana María Rada

Enfermera de Planta Internaciones 2^{do} piso

Lic. Carmen Loria

Enfermera Terapia Intermedia Adultos

Lic. Clotilde Cochi

Depósito Legal:

4 - 3 - 1 - 130 - 08

Diseño y diagramación:

GYG Design

gyg-design.blogspot.com

Impresión:

Imprenta SOIPA Ltda.

soipaltda.blogspot.com



**Lic. Luz Patiño F.
DIRECTORA DE ENFERMERÍA
HOSPITAL ARCO IRIS**

PRESENTACIÓN

Nos complace presentar la primera revista de Enfermería del Hospital Arco Iris.

La idea surge con una esperanza de compartir y socializar el trabajo que viene realizando la DIRECCION DE ENFERMERIA, en busca de la calidad y seguridad en los cuidados que se brinda al paciente que visita nuestro Hospital.

Nos permitimos revisar varios trabajos realizados por muchas colegas nacionales y extranjeras, y adecuarlos a la vivencia del Hospital Arco Iris. La elaboración de los formularios de evaluación y seguimiento fueron mejorando de la manera en que eran aplicados; esto permitió seguir fortaleciendo los conocimientos.

Debemos destacar el trabajo de todo el personal de enfermería del Hospital, que siempre está dispuesto al cambio y mejora continua, minimizando los eventos adversos y brindando calidad en la atención.

También debemos mencionar que se vienen trabajando guías propias de procedimientos de enfermería, basados en el marco de estandarización de los procesos, los mismos que se lograron mejorarlos.

Debemos agradecer a la Dirección General del HAI, a cargo del Dr. Ramiro Narváez, así como al Jefe de Enseñanza e Investigación, Dr. Gustavo Valenzuela, por el apoyo brindado a la Dirección de Enfermería.

La paz, Agosto del 2013.

Lic. Luz Patiño Fernández
Directora de Enfermería
HOSPITAL ARCO IRIS

ÍNDICE DE CONTENIDO

ARTÍCULOS ORIGINALES..... 7

EXPOSICIÓN A PARTÍCULAS DE BISFENOL "A" POR USO DE BIBERONES DE PLÁSTICO EN PACIENTES DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ARCO IRIS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2013 9

Luz Mamani Gutierrez, Brigida Pari Hilari, Maxima Tinko Quispe, Mary Zenteno y Lic. Celina Sanabria

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS 14

Lic. Luz Patiño y Lic. Marisol Colque

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS 25

AUDITORÍA EN ENFERMERÍA..... 27

Lic. Luz Patiño y Lic. Marisol Colque

BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO 31

Lic. Luz Patiño y Dra. Yael Cazon

GUÍAS DE ENFERMERÍA..... 37

Lic. Luz Patiño

HOJA DE CONTROL DE VENOPUNCIÓN PARA NEONATOLOGÍA..... 43

Lic. Luz Patiño y Lic. Ana Rada

HOJA DE CONTROL Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA..... 47

Lic. Luz Patiño y Lic. Marisol Colque

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO EN PACIENTE HOSPITALIZADO.....	57
<i>Lic. Luz Patiño y Lic. Marisol Colque</i>	
INSTRUMENTOS DE ENFERMERÍA.....	67
<i>Lic. Luz Patiño, Lic. Marisol Colque y Lic. Rosmery Benavidez</i>	
LISTA DE COTEJO PARA RECLUTAMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA	77
<i>Lic. Luz Patiño</i>	
PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO	82
<i>Lic. Luz Patiño y Lic. Marisol Colque</i>	

ARTÍCULOS ORIGINALES

EXPOSICIÓN A PARTÍCULAS DE BISFENOL “A” POR USO DE BIBERONES DE PLÁSTICO EN PACIENTES DE NEONATOLOGÍA DEL HOSPITAL ARCO IRIS DURANTE EL SEGUNDO TRIMESTRE DEL 2013

Luz Mamani Gutierrez¹
Brigida Pari Hilari¹
Maxima Tinko Quispe¹
Mary Centeno¹
Lic. Celina Sanabria²

RESUMEN:

El BPA (Bisfenol A) es un producto químico que se usa en la fabricación de plástico policarbonato, para endurecer plásticos, evitar la proliferación de bacterias en los alimentos y la oxidación de latas; se encuentra de forma habitual en botellas reutilizables, cantimploras, jarras, vasos, cubiertos y biberones. En estos últimos al ser calentados y lavados liberan partículas de BPA que pueden afectar el desarrollo de los pacientes. Se realizó un estudio descriptivo sobre los materiales, técnica de lavado y presencia de BPA en los biberones de la unidad de neonatología del Hospital. Se evidenció en los mismos niveles elevados de BPA asociados al número de lavados y exposición a temperaturas. Se recomienda el uso de materiales inocuos y controles BPA futuros para medir el riesgo respectivo

Palabras Clave: BPA (Bisfenol A), biberones, plástico

ABSTRACT:

BPA (Bisfenol A) is a quimic product that is used to made polycarbonate plastic products, antibacterial growing and can´s antioxidate. We can find this in plastic bottles, jars, glasses and baby bottles and in these bottles when they´re in very high temperatures or washed many times let BPA particles that could affect peditrics´ health. We realized a descriptive study of the plastics materials about their temperature, washing techniques and the ´presence of BPA at Arco Iris Hospital. We found high levels of BPA particles in baby bottles associated to the high temperatures and washing techniques. We recommend that the use of other materials and BPA new controls to measure the risk in this unity.

Keywords: BPA (Bisfenol A), Baby´s Bottles

¹ Interna de enfermería Universidad Católica Boliviana – Pucarani.

² Enfermera terapia intensiva neonatal Hospital Arco iris.

INTRODUCCIÓN

El BPA (Bisfenol A) es un producto químico que se usa en la fabricación de un tipo de plástico llamado policarbonato. El BPA también se utiliza en el recubrimiento interno de casi todas las latas de alimentos y bebidas, entre ellas las latas de fórmula para bebés.

El bisfenol A (BPA) es un aditivo que se ha utilizado durante más de 40 años para endurecer plásticos, evitar la proliferación de bacterias en los alimentos y la oxidación de latas.

Se produce en volúmenes grandes en todo el mundo. Basado en datos de 2005 y 2006 aproximadamente 1,15 millones de toneladas al año se utilizan en la Unión Europea. En los EE.UU. La producción estimada de BPA en 2004 fue de aproximadamente 1 millón de toneladas.

Según estudios realizados el bisfenol A se encuentra en diferentes productos que se utilizan diariamente para la alimentación como: botellas reutilizables, cantimploras para deportistas, jarras, vasos, cubiertos, y biberones que son fabricados de policarbonato y que entran en contacto directo con los neonatos.

La lixiviación de los biberones por efecto de los líquidos calientes produce un riesgo potencial para la salud de los bebés que los utilizan. Después de que el biberón de plástico de policarbonato se lava

repetidamente en el lavaplatos o, simplemente, con agua caliente el plástico se degrada y las lixiviaciones de BPA del biberón se incrementan.

Estudios científicos han simulado repetidos y prolongados usos de biberones de policarbonato y han encontrado que las lixiviaciones de BPA continúan a lo largo del tiempo. Esto indica que estos productos se degradan siempre y con uso normal, sobre todo, después de exponerlos al calor. Calentado a 80 grados y simulando 60-100 lavados los efectos del detergente en el plástico carbonatado confirma los hallazgos previos del biberón tóxico. Materiales ácidos, como el zumo de manzana, separan las cadenas que sostienen las moléculas de BPA juntas.

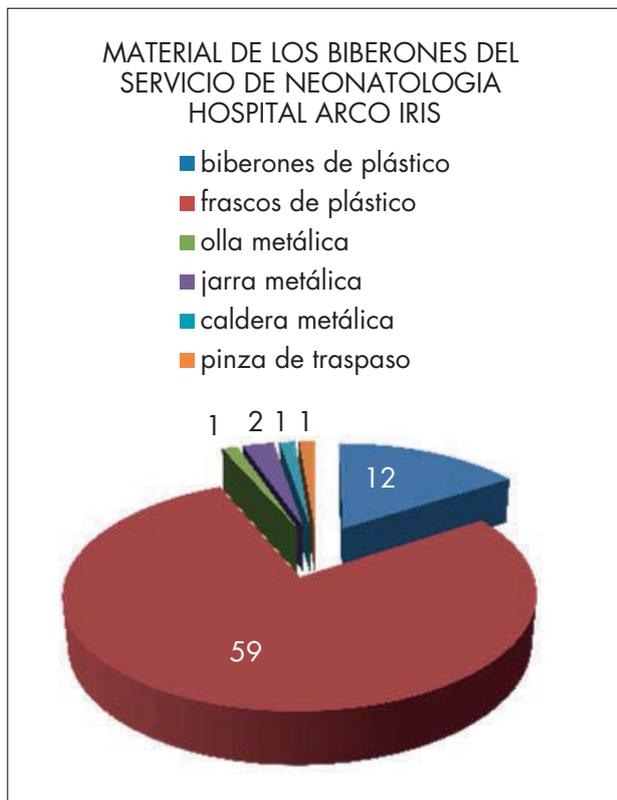
MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal en la unidad de Neonatología del Hospital Arco Iris durante el segundo trimestre del 2013 donde se identificó la cantidad de material de plástico de los biberones, el número de veces que se lavaban los mismos y las temperaturas a las que se encontraban los mismos. Finalmente se obtuvo los valores de BPA de los mismos.

RESULTADOS

Se observó que en el servicio de neonatología contaba con 12 biberones (16%) 59 frascos de plástico (78%) que sirvieron para la recolección de leche materna (Imagen N. 1). Los mismos en 24 horas presentaron un promedio de lavado de 8 veces por día y esterilización a temperaturas promedio de 80 grados centígrados dando un crecimiento exponencial de forma grupal a medida que se incrementaron los días de uso de los mismos ($p = 0,006$, $gl = 1$), (Imagen N. 2)

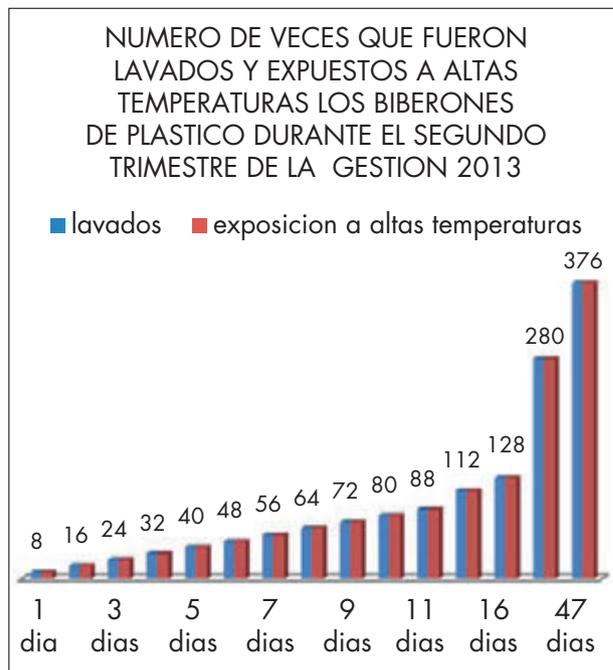
Imagen N° 1



Fuente: elaboración propia

En cuanto a la medición de BPA, Pudimos determinar que los neonatos del hospital arco iris están expuestos a las partículas de bisfenol A, ya que el nivel de medida aceptable de BPA en las personas (Agencia de Protección del Medioambiente) es de 50 microgramos/ Kg/día y según nuestro resultado de laboratorio de referencia se pudo determinar que el nivel al que están expuestos los neonatos es de 118 microgramos.

Imagen N° 2



Fuente: elaboración propia

DISCUSIÓN

La lixiviación de los biberones por efecto de los líquidos calientes produce un riesgo potencial para la salud de los bebés que los utilizan. Los biberones examinados eran de marcas conocidas y nuevas.

Después que el biberón de plástico de policarbonato se lava repetidamente en el lavaplatos o, simplemente, con agua caliente el plástico se degrada y las lixivitaciones de BPA del biberón se incrementan.

Estudios científicos han simulado repetidos y prolongados usos de biberones de policarbonato y han encontrado que las lixivitaciones de BPA continúan a lo largo del tiempo. Esto indica que estos productos se degradan siempre y con uso normal, sobre todo después de exponerlos al calor. Calentado a 80 grados centígrados y simulando 60 a 100 lavados, los efectos del detergente en el plástico carbonatado confirma los hallazgos previos del biberón tóxico.

El BPA en principio no se disuelve fácilmente en agua, pero es más soluble en alcohol y materias grasas. Dadas estas características, el BPA se filtra más en leche que en agua. Análisis de laboratorio más profundos serían útiles al igual que seguimientos en los pacientes y los materiales dentro de la unidad, sin embargo se venen realizar acciones que limiten el BPA expuesto, sobre todo, a mujeres embarazadas, bebés y niños en centros de salud

RECOMENDACIONES

Que se deje de utilizar los biberones de policarbonato (duro brillante, de plástico claro o tintado) y que se emplee el uso de biberones de vidrio como una manera de reducir y eliminar la degradación o lixiviación de partículas de bisfenol A.

Si se continúa con el uso de biberones de policarbonato tener en cuenta el no utilizar detergentes fuertes, no exponerlos a temperaturas muy altas mayores a 80 grados y renovarlos para prevenir los problemas ya mencionados.

Como personal de enfermería se recomienda siempre utilizar materiales inocuos para los neonatos pero siempre incentivando y promoviendo la lactancia materna exclusiva en los neonatos.

REFERENCIAS

1. Bennett, Dolin, Mandell, Douglas, Enfermedades hormonales.(bisfenol partículas nocivas). 4ta ed. Ed. Panamericana. 1995; 2892-2900.
2. Lucía Molina-García, M^a Luisa Fernández de Córdoba, Antonio Ruiz-Medina. "Analysis of Bisphenol A in milk by using a multicommuted fluorimetric sensor". *Talanta* 96:195;15 julio 2012. doi: 10.1016/j.talanta.2012.02.021
3. Reglamento de ejecución no 321/2011 de la Comisión de 1 de abril de 2011 que modifica el reglamento no 10/2011 por lo que respecta a la restricción del uso de Bisfenol a en biberones de plástico para lactantes <http://eur-lex.europa.eu/lexuriserv/lexuriserv.do?Uri=oj:l:2011:087:0001:0002:es:pdf>
4. Health canada. (2008). News release 2008-167.
5. Government of canada protects families with bisphenol A regulations. [Http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nrcp/_2008/2008_167-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nrcp/_2008/2008_167-eng.php).
6. U.s. Food and drug administration (2010). Disponible en internet en [Http://www.fda.gov/newsevents/publichealthfocus/ucm064437.htm](http://www.fda.gov/newsevents/publichealthfocus/ucm064437.htm), último acceso: 2/2010.
7. National toxicology program (2010). *Bisphenol a (bpa)*. Disponible en internet en [Http://www.niehs.nih.gov/health/docs/bpa-factsheet.pdf](http://www.niehs.nih.gov/health/docs/bpa-factsheet.pdf); último acceso: 2010.
8. U.s. Department of health and human services (2010). *Bisphenol a (bpa) information for parents*. Disponible en internet en <http://hhs.gov/safety/bpa/>; último acceso: 2/2010.

ENFERMERÍA TERAPIA NEONATAL Y PEDIÁTRICA HOSPITAL ARCO IRIS



PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN PACIENTES HOSPITALIZADOS

Lic. Luz Patiño¹
Lic. Marisol Colque²

RESUMEN

Todo paciente internado tiene riesgo de presentar caídas dentro de una institución de salud, por lo que es necesaria una escala de valoración de riesgos. La misma se aplicó dentro del Hospital Arco Iris para identificar la frecuencia, edad, unidad de internación donde se registró el evento y riesgos asociados. Los resultados por medio del instrumento evidenciaron que 14 pacientes sufrieron caídas sobre un total de 3.563 días/paciente de exposición con una incidencia de 3.9 x 1000 días de internación durante el primer semestre del 2012; 79% de los pacientes se encontraban sin uso de barandas y 86% se encontraban en estado de confusión. La unidad donde se presentó más el evento fue neurología. Del presente estudio se realizó un sistema de vigilancia en relación a las caídas con el fin de tomar acciones preventivas.

Palabras clave: Caída, evento

ABSTRACT

All patients have a high risk to fall inside a hospital, therefore is important to have a risk scale for these adverse events. This scale was applied at Arco Iris Hospital to know the frequency, interment unity where had the most cases and the associated risk. The results showed 14 cases of fall from 3.563 days/patients with an incidence of 3.9 x 1000 days on the first semester of 2012; 79% of the patient's beds where without railings and 86% of them had confusion statements. The unity where had more of these events was neurology. From this work, we realized a surveillance system about falls to begin to do prevent actions.

Keywords: Fall, event

1. Directora de Enfermería

2. Gestión de Calidad y Seguridad en Enfermería – Vigilancia de las IAAS Hospital Arco Iris

INTRODUCCIÓN

En Agosto del 2005 en una reunión celebrada en *Washington, D.C.* se informó sobre la designación de un Centro colaborador, dedicado en forma exclusiva a profundizar la búsqueda y diseminación de soluciones que redunden en la seguridad de los pacientes en todo el mundo.^{1,2,3}

Asimismo, el Consejo Internacional de Enfermeras (CIE), en mayo del 2006, publicó un documento, en el que señaló que la combinación de capacidades de enfermería y la dotación segura y adecuada de personal, influye directamente en la prestación de atención de la salud: "los errores en la combinación del personal de enfermería pueden llevar a errores clínicos, que pueden dar lugar a resultados adversos para los pacientes y las organizaciones".^{3,4,5}

En lo que respecta al profesional de enfermería, se le considera parte fundamental del grupo multidisciplinario, que tiene la responsabilidad de brindar atención integral al paciente identificando oportunamente el riesgo para prevenir daños, contribuir a la disminución de la morbilidad y bajar los costos hospitalarios; sin embargo, existen factores intrínsecos y extrínsecos que deben considerarse para la evaluación de dicho riesgo.^{7,8,9}

El profesional de enfermería es quien, directamente se ocupa de la seguridad de los pacientes en todos sus aspectos, lo que incluye la información a los pacientes y familiares sobre los riesgos detectados y la manera de contribuir al cuidado del paciente, además de desarrollar competencias específicas que garanticen un ejercicio basado en los más altos estándares de calidad, con enfoque en la seguridad del paciente y su familia, ya que su práctica requiere demostrar evidencia

de compromiso, con la garantía de la calidad en la atención del paciente.^{7,8}

DEFINICIÓN

En general todos los pacientes que son atendidos en un hospital corren el riesgo de tener caídas, en especial quienes ya las han sufrido o que dadas sus características físicas, psicológicas y sociales son susceptibles a verse afectados por este tipo de evento.

El objetivo es de estandarizar el uso de una herramienta técnica, confiable y aplicable a las condiciones de la población Boliviana, que unifique los criterios en la valoración del riesgo de caídas en pacientes hospitalizados dentro de las unidades médicas con el fin de establecer un plan de intervención de enfermería con base al grado del riesgo identificado disminuyendo el riesgo de caídas de los pacientes hospitalizados y proporcionar en ellos un ámbito hospitalario seguro.

FACTORES DE RIESGO

Los factores que inciden en el riesgo de caídas inherentes al medio ambiente

- a. ILUMINACION. Debe ser apropiada para reducir el riesgo, sobre todo en los pacientes con discapacidad visual; las lámparas de cabecera deben emitir suficiente luz.
- b. MOBILIARIO. Tiene que ser sólido, con sillas y sillones de respaldos altos y estables; la unidad del paciente no debe representar ningún riesgo y siempre ha de estar en el mismo orden y en óptimas condiciones de funcionamiento.
- c. LIMPIEZA. El área física debe estar impecable, sin basura, sin fluidos que puedan hacer que una persona resbale.

d. **DISPOSITIVOS PARA LA AMBULACIÓN.**
En óptimas condiciones, sobre todo las gomas de los bastones, muletas, andaderas y sillas de ruedas deben permitir deslizamientos fáciles y frenado eficaz.

Factores de riesgo de caídas relacionadas con el paciente:

- a. Edad
- b. Estilo de vida y dependencias
- c. Pacientes con movilidad limitada

MATERIAL Y MÉTODOS

Para determinar la aplicabilidad de la escala de valoración de riesgo propuesta, se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, en base a vigilancia activa epidemiológica en todos los pacientes internados; además una revisión sistemática sobre los diferentes estudios de caídas en el Hospital.

El objetivo del estudio fue evaluar la incidencia de caídas en pacientes hospitalizados durante el primer semestre 2012, en el Hospital Arco Iris (HAI) de la Ciudad de La Paz, Bolivia además de la Clínica Modelo que fue una parte del Hospital durante la gestión estudiada

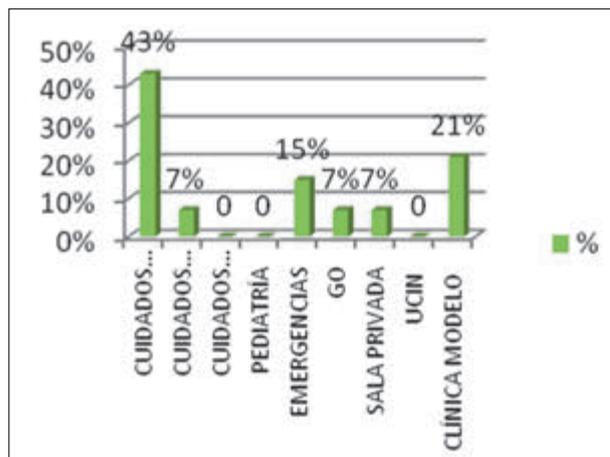
RESULTADOS

Se tuvieron 14 pacientes que sufrieron caídas sobre un total de 3.563 días/paciente de exposición, distribuido en todos los servicios del HAI incluyendo la Clínica Modelo. Los mismos mostraron una tasa de incidencia de 3.9 caídas por 1000 pacientes/día, registrándose el mes de mayo con el mayor número de casos.

Los eventos reportados ocurrieron más en el servicio de cuidados mínimos con 43% y 21% en la Clínica Modelo que atiende pacientes de la tercera edad del SSPAM,

seguido con un 15% en el servicio de emergencias del HAI. (Imagen N.1)

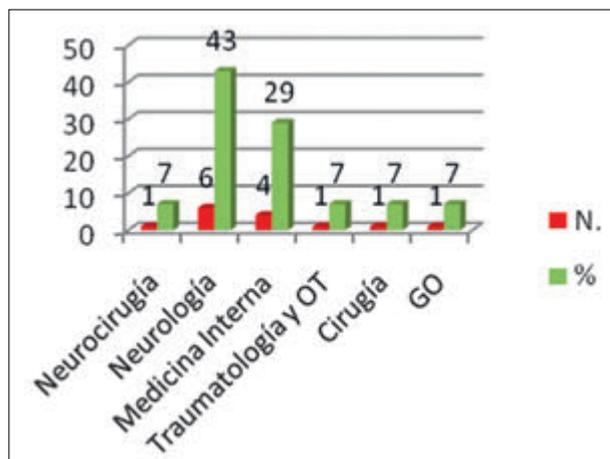
Imagen N° 1
Datos de caídas en enfermos por servicio en el primer trimestre 2012 Hospital Arco Iris



Fuente: Elaboración propia

En cuanto a la especialidad a la cual correspondía cada paciente, podemos evidenciar que los valores más altos se encontraban un 43% corresponde a Neurología y 29% a pacientes de Medicina Interna. (Imagen N. 2)

Imagen N° 2
Datos de caídas en enfermos por especialidad Hospital Arco Iris Primer semestre del 2012

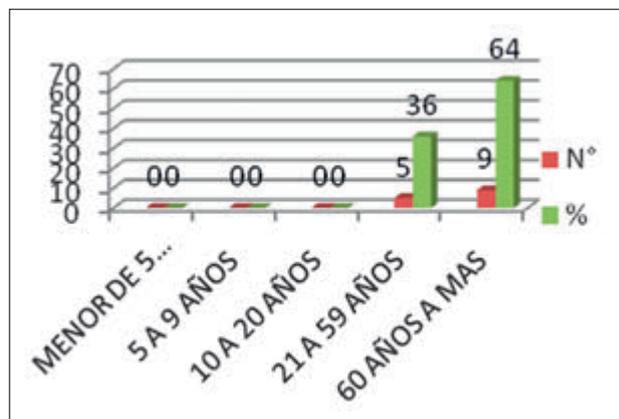


Fuente: propia

Edades en las cuales los pacientes sufrieron el evento: se presentó más en pacientes mayores de 60 años (64%), seguido de pacientes con edades de 21 a 59 años (36%); esto nos da a entender que el accidente se produce en la mayoría en personas de la tercera edad. (Imagen N.3), y que el evento se presentó más en los turnos de noche en 29% y solo en 21% en el turno de mañana y tarde respectivamente

Se pudo evidenciar que el paciente cuando sufre el evento estuvo sólo en 65% de casos, 21 % se encontraba con el equipo de salud y 14% se encontraba acompañado por su familiar

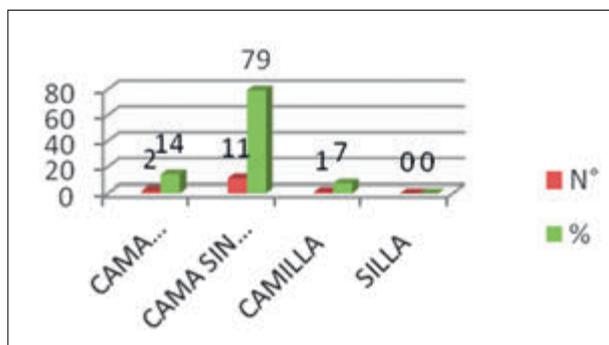
Imagen N° 3
Datos de caídas en enfermos
Hospital Arco Iris por edad,
primer semestre 2012



Fuente: elaboración propia

En cuanto al evento sufrido por el paciente, en cuanto a la unidad donde se encontraba, se pudo observar que en 79% de casos, el paciente se encontraba en una cama sin barandas, un 14% en una cama con barandas, seguido en 7% por caída de una camilla. (Imagen N.4); asociando con la necesidad de seguridad el 21% necesitaban barandas y el 14% otras sujeciones ($p = 0,0002$, $gI=1$, $X2= 6$).

Imagen N° 4
Datos de caídas en enfermos
Hospital Arco Iris
Caída en reposo primer semestre 2012



Fuente: elaboración propia

En cuanto al momento cuando el paciente sufrió el evento, 71% sucedió cuando se levantaba de su unidad, 22% cuando estaba caminando alrededor de su unidad y 7% durante el cambio de posición. El lugar donde sucedió el evento fue en 79% en su habitación, 14 % en otro servicio que no era el de internación y 7% en el baño.

Analizando el estado de conciencia del paciente cuando sufrió la caída, 86% de los casos se encontraba confuso y 14% se encontraba orientado; de ellos 65% de los pacientes necesitaban ayuda de enfermería, 21% necesitaba apoyo, 7% ayuda total de enfermería y 7% eran pacientes independientes.

En relación al uso fármacos asociados a caídas, 51% no recibían ningún fármaco, 21% analgésicos, 21% otro tipo de fármaco (por ejemplo anti ulcerosos). ($p = 0,0002$, $gI=1$, $X2= 2$)

En cuanto al tipo de lesión, 40% presentaron lesiones en la cabeza, 20% y fue en cara siendo estos últimos los más impresionantes. En cuanto a la comunicación del evento 57% de casos el médico de guardia tenía conocimiento del mismo y 36% la enfermera de turno la cual realiza el reporte inmediato y llenado del formulario de caídas.

DISCUSIÓN

La incidencia de caídas en enfermos hospitalizados, tomando en cuenta todos los valores y datos obtenidos, son una situación adversa. Los pacientes ancianos son de mayor riesgo para sufrir caídas, siendo que el 64% ocurren en pacientes mayores de 65 años. En los servicios de Neurología Clínica y Medicina Interna, el riesgo para las caídas está relacionado con la edad y con el tipo de patología. Entre los factores de riesgo más importantes en los pacientes neurológicos, la debilidad muscular fue asociada al riesgo de caídas así como a la propia caída.

No obstante, el riesgo para las caídas es mayor en los servicios de cuidados mínimos, por el número de pacientes internados con 38 camas censables y 7 unidades adicionales. En estos servicios los pacientes tienen varios factores de riesgo tales como alteraciones en el nivel de conciencia, movilidad, disturbios vesicales e intestinales, deficiencia sensorial e incluso caídas previas.

Las camas altas y sin barandas, se relacionan con problemas de estructura hospitalaria, lo cual fue solicitado por el personal de enfermería a la Unidad Administración para la prevención de estos eventos.

La investigación que evaluó los factores de riesgo relacionados con la presencia de caídas, mostró que 79% de los pacientes que las sufrieron no tenían las barandas colocadas. Asimismo, 71% de los pacientes que sufrieron la caída fue al levantarse solos, sin pedir la ayuda de enfermería. Del total de pacientes, un 86% estaban confusos durante el evento. En este estudio se evidenció que, además de los factores de riesgo relacionados al paciente, las dificultades encontradas con respecto a estructura y proceso, pudieron haber favorecido su ocurrencia, por ejemplo la falta de barandales.

Para que las caídas puedan ser evitadas, las camas requieren ser substituidas por camas con barandas y con adaptador de altura. Las medidas durante la admisión hospitalaria, es necesario que exista la evaluación del riesgo para caídas, que determina las acciones de prevención durante la internación lo cual se implementó para el segundo semestre de la gestión 2012. Además, resalta la importancia de realizar Educación Continua en el hospital y educación del equipo de enfermería.

CONCLUSIONES

De este estudio podemos extraer las siguientes conclusiones:

- Las caídas son situaciones de gran complejidad en las instituciones de salud, ya que generan un daño adicional para el paciente y en ocasiones alteran su proceso de recuperación, incrementando su estancia hospitalaria, con los riesgos que esto implica para el paciente.
- Dado que la población de mayor riesgo para presentar caídas está encima de los 60 años, sin ignorar que los pacientes pediátricos tienen igual o mayor factores de riesgo, es fundamental la importancia de un plan de cuidado basado en la valoración permanente del paciente y la implementación de las medidas de prevención.
- La incidencia de caídas en pacientes hospitalizados nos sirve como línea de base para realizar intervenciones en prevención de eventos adversos.
- La mayoría de los casos presentados fueron en el servicio de cuidados mínimos donde se asoció con el hacinamiento creado por la presencia de pacientes de la tercera edad, los mismos que tienen múltiples factores de riesgo y comorbilidades crónicas.

EXPERIENCIA HOSPITAL ARCO IRIS:

Se realizaron las siguientes acciones instrumentales:

- Formulario de reporte inmediato de caídas.
- flujogramas de prevención de caídas, que se encuentra ubicado en todas las estaciones de enfermería
- escala de valoración de riesgo de caídas, con previa capacitación al personal de enfermería de todo el Hospital Arco Iris.
- Hoja de evaluación del riesgo que tiene el paciente a sufrir una caída.
- evaluación en dos áreas: ambiental y clínica, teniendo en cuenta las barreras e impedimentos que rodean al paciente.
- evaluación inicial del paciente, para tener en cuenta el estado funcional de esa persona.

REFERENCIAS

1. Ortega M, Suarez M, "Manual de supervisión de calidad de los servicios de enfermería", editorial medica panamericana, 2da edición, 2009; 104-103.
2. Balderas M, "Administración de los servicios de enfermería"; edición interamericana; 5ta edición; 2009; 153-157.
3. Rodríguez C, Velasco M, Chacón A, "calidad asistencial". 2007; 22(3):128-32 "Caídas en el hospital: registro del año 2005".
4. De-Santillana H, Alvarado M, Medina B, Gómez O, Cortes G. Caídas en el adulto mayor. Factores intrínsecos y extrínsecos. Rev Med IMSS 2002;40(6):489-493.
5. González SRL, Rodríguez FMM, Ferro AMJ, García MJR. Caídas en el anciano, consideraciones generales y prevención. Rev Cubana Medicina General Integral 1999;15(1):98-102.
6. Aranaz JM, Aibar C, Galán A, Limón R, Requena J, Alvarez AE *et al.* La asistencia sanitaria como factor de riesgo: los efectos adversos ligados a la práctica clínica. Gaceta Sanitaria 2006; 20: 41-7.
7. Rodríguez-Rieiro C, Velasco-Gago MC, Chacón-García A, Izquierdo-Membrilla I, Sanchidrián-de Blas C, Rodríguez-Pérez P. Rev Calidad Asistencial. 2007; 22:128-32 "Caídas en el hospital: registro del año 2005".
8. Caídas en hospitales. Best Practice 1998, 2:1-6. (Actualizada: 15-3-2007). The Joanna Briggs Institute.
9. Generalitat de Catalunya. Evaluación externa de calidad de los centros del ICASS (Institut CATALA d Assistència Serveis Socials). Indicadores de evaluación de la calidad. 1999. [acceso 23 Nov 2009].
10. Andrés Pretel F, Navarro Bravo B, Párraga Martínez I, De la Torre García MA, Del Campo del Campo JM y López-Torres Hidalgo J. Adherencia a las recomendaciones para evitar caídas en personas mayores de 64 años Albacete, 2009. Rev Esp Salud Pública [revista en Internet] 2010 Julio-Agosto. [acceso 10 de febrero de 2011] 84 (4): 431 - 439.
11. Fernández Moya OM^a, García - Matres Cortés L, Gabriel Hernández P y González Jiménez C. Caídas de pacientes en una Unidad hospitalaria de Medicina Interna: validez de los registros de enfermería de detección del riesgo. [Acceso 12 de febrero de

2011]. Disponible en:http://www.codem.es/Docs/Noticias/caidas_pacientes_unidad_hospitalaria.pdf

12. Silva Gama da ZA, Gómez Conesa A, Sobral Ferreira M. Epidemiología de caídas de ancianos en España. Una revisión sistemática, 2007. Rev Esp Salud Pública 2008; 82: 43-56.
13. Sebastián – Viana T, García-Martín MR, Núñez-Crespo F, Velayos-Rodríguez EM, Martín -Merino G, González-Ruiz JM et al. ¿Cuál es la incidencia real de caídas en un hospital . Enfermería Clínica. 2011; 21: 271 - 274.
14. Minaya - Sáiz J, Lozano - Menor A, Salazar - de la Guerra RM. Abordaje multidisciplinar de las caídas en un hospital de media estancia. Revista de Calidad Asistencial. 2010; 25: 106 - 111.
15. Rothschild J, Bates D, Leape L. Preventable Medical Injuries in Older Patients. Arch Intern Med. 2000; 160: 2717
16. Laguna -Parras JM, Arrabal - Órpez MJ, Zafra-López F, García-Fernández FP, arrascosa-Corral RR, Carrascosa-Corral MI et al. Incidencia de caídas en un hospital de nivel 1: factores relacionados. Gerokomos. 2011; 22: 167 -173.

VALORACIÓN DE RIESGO DE CAÍDAS

VALORACIÓN DEL RIESGO DE CAÍDAS	PUNTOS
Limitación física	2
Estado mental alterado	3
Tratamiento farmacológico que implica riesgos	2
Problemas de idioma o socio culturales	2
Pacientes sin factores de riesgo evidentes	1
Total de puntos	10

Fuente: Manual de supervisión de calidad de los servicios de enfermería¹

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO

ESCALA DE CLASIFICACIÓN	PUNTOS	COLOR DE RIESGO
Alto riesgo	4 a 10	Rojo
Mediano riesgo	2 a 3	Amarillo
Bajo riesgo	0 a 1	Verde

Fuente: Manual de supervisión de calidad de los servicios de enfermería¹

	DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA	Nº DE HISTORIA CLÍNICA:.....
	GESTIÓN DE CALIDAD EN ENFERMERÍA	NOMBRE DEL PACIENTE:..... EDAD:.....

DATOS DE CAÍDAS EN ENFERMOS HOSPITALIZADOS

SERVICIO	SALA..... CAMA.....	DIAGNÓSTICO:						
Fecha de caída:	Turno: M - T - N	Laborable	Feriado	Sábado	Domingo			
Hora:								
Paciente: SOLO	Acompañado de: Enfermería	Familiar Enfermería	Edad:	Masculino	Femenino			
CAÍDA EN REPOSO			CAÍDA EN BIPEDESTACIÓN					
Cama con barandilla	camilla	deambulando		Al levantarse				
Cama sin barandilla	Silla	Al ir al servicio		Al acostarse				
Otros:		Otros:						
LUGAR DE LA CAÍDA								
Habitación		Sala de estar						
Servicio		Pasillo						
Baño		Gabinetes						
Otros:								
CONCIENCIA		MOVILIDAD		SEGURIDAD		FÁRMACOS (indicar nombre/dosis)		
Orientado		Independiente		Barandillas		Hipnóticos		
Confuso		Apoyo		Sujeciones		sedantes		
Inconsciente		Ayuda parcial		Otros:		Analgésicos		
Agitado		Ayuda total					Diuréticos	
Otros:		Otros:					Otros:	
ZONA AFECTADA								
Cuello		Cabeza		Cara		Abdomen		
Brazos		Tórax		Caderas		Piernas		
Otros:								
Causa posible de la caída								
Referido por (presenciado):								
Consecuencia de la caída:								
Se comunica a: • Enfermera de turno • Supervisora • Médico de guardia • Otros:								
							FIRMA Y SELLO	

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE PREVENCIÓN DE CAÍDAS



HOSPITAL ARCO IRIS
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

Fecha:		Turno:		Servicio:	
Nº	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SI	NO	TOTAL
1.	El personal de enfermera valora los factores de riesgo de caída (físico, mental y farmacológico).	10			
2.	El personal de enfermería clasifica el riesgo de caídas según colores	10			
3.	Se toma medidas de seguridad en la unidad del paciente: barandales, timbre, gradilla, lámparas de cabecera y mesa de noche cerca.	10			
4.	La enfermera acude rápidamente al llamado del paciente	10			
5.	Verifica que el paciente con secuelas neurológicas o agitación psicomotriz permanezca siempre acompañado.	10			
6.	Realiza el recorrido de las unidades para observar a los pacientes que le han sido asignados cada hora	10			
7.	Permanece cerca del paciente con factores de riesgo, cuando hace uso del orinal, retrete y lo ayuda	10			
8.	Sienta al paciente al borde de la cama antes de ponerlo de pie	10			
9.	Permanece con el paciente antes de bajarlo de la cama	10			
10.	Acompaña al paciente al sanitario y no lo abandona hasta llevarlo a su cama	10			
TOTAL		100 Puntos			

FUENTE: Adaptado manual de evaluación de calidad de los servicios de enfermería autor: María Carolina Ortega¹

1^{er} CONGRESO INTERNACIONAL, 1^{er} CONGRESO NACIONAL DE CALIDAD Y SEGURIDAD EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA HOSPITAL ARCO IRIS - 26, 27 Y 28 DE SEPTIEMBRE 2013



COMITÉ ORGANIZADOR





EL ENTORNO MEDICO HOSPITALARIO
REQUIERE DE PRODUCTOS PRÁCTICOS,
VERSÁTILES Y RESISTENTES.

CYCLOMEDICA SRL.

EQUIPAMIENTO MEDICO Y HOSPITALARIO



Carro de Paro



Carro de Curacion



Cama Hospitalaria



Cuna



Velador

Manilla de Identificacion



Plaza Avaroa Esq. Pedro Salazar y Sanchez lima No 497 Sopocachi

Telf. (591-2) 2426687 Fax. (591-2) 2426979

La Paz - Bolivia

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS

AUDITORÍA EN ENFERMERÍA

Lic. Luz Patiño¹
Lic. Marisol Colque²

RESUMEN

La presente herramienta de Calidad surge con el propósito de dar cumplimiento a la Regla De Oro Del Expediente Clínico, considerando que existen hojas de manejo propio de la enfermera y por la responsabilidad que implica apoyándonos en el Reglamento General de Hospitales Artículo 37 de Manejo del Expediente clínico.

Palabra clave: Auditoria en enfermería, regla de oro del expediente clínico

ABSTRACT

This tool of Quality comes with the purpose of complying with the Golden Rule Of Clinical Record, considering that there are proper management leaves in the nurse procedures and the responsibility involved based on Hospital General Regulations in the main Article 37.

Keywords: Nurse audit, Golden Rule Of Clinical Record

1. Directora de Enfermería Hospital Arco Iris

2. Calidad Y Especialidad en Enfermería – Vigilancia de IAAS Hospital Arco Iris

INTRODUCCIÓN

La presente herramienta se diseñó en el propio hospital con el fin de medir el grado de cumplimiento de la Regla De Oro por servicio. Se vio que nos dio buenos resultados el involucrar, en el Comité de Revisión, al personal de enfermería de diferentes turnos, por el compromiso de cada una de ellas y la reacción en cascada que produjo en la atención de los pacientes.

OBJETIVOS

La presente herramienta tuvo los objetivos de mejorar el manejo de los formularios de enfermería siguiendo las normas de los mismos, la velación de la regla de oro y estimular al personal e enfermería

ORIGEN

La herramienta surgió por iniciativa de dirección de Enfermería y Gestión de Calidad, lo cual recibió el apoyo amplio de la Dirección General y Dirección de Enseñanza e investigación en el Hospital Arco Iris.

RESULTADOS

Los resultados del cumplimiento de la regla de oro muestran porcentajes de conformidad y no conformidad, expresados en gráficos, medida que resultó muy positiva porque se analiza el progreso al cumplimiento y la autoevaluación del personal, provocando una reacción en cadena que facilita el cambio de actitud del personal.

REFERENCIAS

1. Bohigas L. ¿Qué es la acreditación? Rev Calidad Asistencial 1995; 1:5

2. Fernández-León A. Las nuevas normas ISO 9000:2000. ¿Nuevos estándares para la gestión de la Calidad Total? Rev Calidad Asistencial 2001; 16:303
3. Joint Comission on Accreditation of Health Care Organization (JCHAO): Características de los indicadores clínicos. Control de calidad asistencial 1991; 6:65-79
4. Monserrat D, Martínez JR, Alonso M, Meirás O, Franco A, García I, et al. Implantación de un cuadro de mando para seguimiento de los resultados de calidad pactados por los servicios hospitalarios. Rev Calidad Asistencial. 2002;17:93-8
5. Caamaño C, Martínez JR, Alonso M, Sainz A. Un plan de acción para evaluar los objetivos de calidad de enfermería en un hospital. Rev Calidad Asistencial. 2003;18:670-7
6. Urbina Laza O, Otero Ceballos M. Tendencias actuales en las Competencias Específicas en Enfermería. Rev Cubana Educ Med. Sup 2003;17(4):
7. Salas Perea RS. Educación en Salud: Competencia y Desempeño Profesionales. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999.
8. Gimeno Sacristán J. La evaluación en la enseñanza. En: Pérez Gómez AI, Mac Donald B, La evaluación su teoría y su práctica. Caracas. Cooperativa Laboratorio Educativo, 1993. p. 338.
9. Santos S, Cruz M, Chávez M. El estudio de materiales de auto instrucción como estrategia para implementar el cumplimiento de la integración del expediente clínico. Biomédica 2003(4);14:227 – 237.

COMITÉ DE AUDITORÍA EN ENFERMERÍA HOSPITAL ARCO IRIS



HOSPITAL ARCO IRIS

REGISTRÓ DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO... David Linoel Castro
 EDAD... 36... TELÉFONO... PESO... TALLA... HCl... 268871

DATOS PREVIOS

HOJA Nº 1... FECHA 11-6-13... HORA DE ENTRADA... ESPECIALIDAD...

MOTIVO DE LA CONSULTA: CAMINANDO SILLA DE RUEDAS CAMILLA OTROS
 TRAÍDO POR FAMILIARES AMIGOS SOLO AMBULANCIA OTROS

VALORACIÓN INICIAL

DOLOR TIPO... LOCALIZACIÓN...

ALERGIAS NO CONOCIDAS SI A

NECESIDAD	NORMAL	ALTER.
CONCIENCIA	✓	✓
RESPORACIÓN	✓	✓
PIEL	✓	✓
SENSORIAL	✓	✓
MOTILIDAD	✓	✓

DE PUPILAS F. Castro IZO... DER... HORA... 2

VARIABLE	ESCALA DE COMA DE GLASGOW	
	RESPUESTA	PUNTOS
APERTURA OCULAR	ESPONTANEA	4
	AL HABLA	3
	AL DOLOR	2
RESPUESTA VERBAL	NULA	1
	ORIENTADO	5
	CONFUSO	4
	PALABRAS INAPROPIADAS	3
	GRUÑIDOS (ININTELIGIBLES)	2
NULA	1	1
	OBEDECE ORDENES	
	LOCALIZA DOLOR	



DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
 AUDITORÍA INTERNA DE ENFERMERÍA
 EXPEDIENTE CLÍNICO
 SERVICIO.....

REGLA DE ORO		Observaciones	
N°	N° de Historia Clínica	Hoja de signos vitales	Graticado con colores colores Letra legible Sin borrones ni tachad
		Reporte de enfermería	Identificación del pcte Firma y sello
		Administración de medicamentos	Identificación del pcte Medicamento indicado Dosis correcta Vía correcta Firma y sello Canalización de vía per. Firma y sello
N°	N° de Historia Clínica	Ingreso y Egreso	Identificación del pcte. Firma y sello
		Informe de cuidados de enfermería Traslado intra-extra hospitalario	Identificación de pcte. Todos los espacios llen Todos los pctes. transf Firma y sello
		Registro de enfermería en emergencias	Identificación del pcte. Todos los espacios llen Todas los pctes. Emerg. Firma y sello
N°	N° de Historia Clínica	Kardex de enfermería	Identificación del pcte. Letra legible sin errores dx. medico actualizado Indicaciones actualizad
		Tarjeta de tratamiento	Identificación del pcte. Medicación actualizada Letra legible sin errores
		Preparación pre-operatoria	Identificación del pcte. Todos los espacios llen Letra legible sin errores Firma y sello
N°	N° de Historia Clínica	Observaciones	

BRAZALETES DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Lic. Luz Patiño¹
Dra. Yael Cazon²

RESUMEN

La identificación del paciente hospitalizado permite una atención más eficiente y en función a esto mejorar la calidad por supuesto brindar seguridad. Este indicador permite identificar desde el ingreso por emergencia hasta las unidades de internación. El objetivo del presente trabajo es la identificación del paciente hospitalizado basado en colores los cuales permiten atenderlo de acuerdo a su gravedad y patología de base

Palabras clave: Identificación, brazalete

ABSTRACT

The identification of a patient inside a hospital let us bring a quality health service with high levels of security. This indicator shows the identification of a patients since they enter from emergency until they are in beds. The main purpose o this work is the identification of patients with color bracelet

Keywords: identification bracelet

1. Directora de Enfermería

2. Gestora de Riesgos para el paciente

INTRODUCCIÓN

Los pacientes que son atendidos en el Hospital Arco Iris son identificados por el nombre y número de Historia Clínica. Sin embargo se considera también que los pacientes hospitalizados deben ser identificados por el nivel de cuidados que requieren, como ser: cuidados mínimos, intermedios e intensivos ya que una causa importante de incidentes o eventos adversos asociados a la atención, es la inadecuada identificación de los pacientes que ingresan a un establecimiento de salud, de acuerdo al tipo de cuidado que precisan.

En nuestro establecimiento, los pacientes son identificados por el nombre, número de Historia clínica, y están registrados y son identificados por el nivel de cuidados que requieren. Sin embargo, los pacientes que son sometidos a procedimientos ambulatorios, invasivos o transitorios no se los identifica adecuadamente.

Hoy en día, en los establecimientos hospitalarios se promueve el uso de brazalete en los procesos de atención más relevantes, considerado como el elemento más adecuado de identificación inequívoca de los mismos. Es por esta razón que los pacientes en el Hospital Arco Iris cumpliendo con normas internacionales realiza la identificación correcta de pacientes.

DEFINICIÓN

El Brazalete de identificación es una pulsera que contiene el nombre del paciente, historia clínica, carnet de identidad y en el recién nacido se registra el sexo, apellidos de la madre, fecha y hora de nacimiento. Los mismos presentan categorización de colores que permiten identificar al paciente de acuerdo a su gravedad como medida de seguridad en la atención y prestación de salud, basado en metas internacionales de seguridad del paciente.

ORIGEN

El proceso de identificación se inició en mayo del 2011 por la necesidad de incorporar un sistema que permita identificar a los pacientes, ver sus necesidades, mejorar el flujo de atención y procesos de ejecución de cuidados logrando la satisfacción de los mismos.

ACEPTACIÓN DE LA HERRAMIENTA

La herramienta fue aceptada por el personal de enfermería de forma efectiva por la relevancia que tiene en la seguridad del paciente disminuyendo el riesgo de eventos adversos en salas de internación administración de medicamentos de forma adecuada, realización de exámenes, identificación del recién nacido, etc.

MODIFICACIONES

Los brazaletes de identificación no sufrieron modificaciones, y esta herramienta fue implementada hace poco tiempo.

DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA

El brazalete es una cinta de 20 cm de longitud de 3 cm de ancho de diferentes colores los cuales están designados de acuerdo a la clasificación designada en el protocolo de identificación (Ver anexos)

MODO DE USO

Se instala a todo paciente que permanece hospitalizado desde el momento de su ingreso a salas de internación.

Ubicación

Se ubica el brazalete por orden de prioridad:

1. Muñeca de brazo dominante

2. Brazo contrario
3. Tobillo derecho
4. Tobillo izquierdo de acuerdo a necesidad

Responsable de la colocación del brazalete.

1. La responsabilidad es de la enfermera, verificando los datos de identificación
2. Se unirá firmemente los extremos autoadhesivos, permitiendo un suave movimiento rotatorio para evitar accidentes
3. Antes de la colocación del brazalete se explicara al paciente o al acompañante el objetivo del brazalete de identificación

Retiro del brazalete:

1. El brazalete deberá permanecer durante toda la hospitalización
2. El retiro se realizara al alta del paciente
3. En caso de retiro accidental o voluntario durante su hospitalización el brazalete debe ser renovado y reportado con evento adverso
4. El caso de fallecimiento del paciente el brazalete permanecerá hasta que el mismo sea entregado a sus familiares.

Asignación del color del brazalete.

1. **Color rosado** se usara en todo recién nacido de sexo femenino sano
2. **Color celeste** recién nacido de sexo masculino sano
3. **Color rojo**, se usara en todo paciente (sin importar edad o sexo) con patología que implica riesgo en la conservación

de su vida y pacientes en unidades de terapia intensiva.

4. **Color verde** se identificará con este color a todo paciente que requiere cuidado por dependencia para su movilización como pacientes ancianos, niños comprendidos entre 1 a 5 años, pacientes con capacidades diferentes, mujeres embarazadas de alto riesgo y pacientes policontusos
5. **Color azul** pacientes que no requieren más que el cuidado básico como los de post operatorios, en periodo de convalecencia, pacientes en puerperio fisiológico y quirúrgicas

FUNCIÓN

Los brazaletes cumplen la función de identificación correcta de los usuarios en cada uno de los servicios de atención hospitalaria.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

Todos los servicios de atención de pacientes hospitalizados en todas de las unidades por cuidado progresivo

REFERENCIAS

1. Martínez Ochoa, Eva M; Cesta fe Martínez, Adolfo; Martínez Sáenz, M Soledad; Belío Blasco, Cristina; Caro Berguilla, Yolanda; Rivera Sanz, Félix. Evaluación de la implantación de un sistema de identificación inequívoca de pacientes en un hospital de agudos. MedClin. 2010; 135: 61-66
2. Menéndez, M Dolores; Rancaño, I; García, V; Valina, C; Herraz, V; Vázquez, F. Uso de diferentes sistemas de notificación de eventos adversos; 2010;25(4):232-236

3. Tomás, S; Gimena, I. La seguridad del paciente en urgencias y emergencias. *An.Sist.Sanit.Navar.* 010;33:131-148
4. Martínez a, Laura; Gimeno, Victoria; Anglès, Roser; Bañeres, Joaquim; Torralba, Lluís; Manzanera, Rafael. Sistemas de identificación de pacientes en hospitales de Cataluña. *Rev. Calidad Asistencial.* 2008; 23: 158-63
5. Soluciones para la Seguridad del Paciente, "Identificación de pacientes", The Joint Commission, 2007.
6. Alerta de Seguridad en Atención Sanitaria: Alerta número 1: Inadecuada Identificación de Pacientes (Disponible en el área de Seguridad Clínica de la página Web de la Fundación Avedis Donabedian: www.fadq.org)
7. Plaza G. Motivación y política de incentivos para médicos dedicados a la atención hospitalaria del sistema nacional de salud: opinión de un grupo de experto. *Rev Calidad Asistencial* 2001; 16:739-744
8. Carrasco G. Calidad asistencial y satisfacción de los profesionales: de la teoría a la práctica. *Rev Calidad Asistencial* 1999; 14: 649-650.
9. Ruiz P, Carrasco I. Liderazgo en la seguridad del paciente. *Rev Cal Asist.* 2010; 25(2):55-57.
10. The Joint Commission: Improving America's hospitals: The joint commissions reports on quality and safety. 2007. Sentinel event root cause and trend data sections. 45-48.

COLORES DE BRAZALETE

Rosado
femenino

Celeste
masculino

NARANJADO

Recién Nacido Vivo

Pacientes de la Unidad
Terapia Intermedia
Unidad de Terapia Intensiva.
Unidad de Cuidados
Intensivos Neonatal.

ENFERMERÍA CONSULTA EXTERNA HOSPITAL ARCO IRIS



COLORES DE BRAZALETE

Verde

Pacientes ancianos.
Niños comprendidos entre 1 mes y 5 años.
Niños y personas con capacidades diferenciadas.
Mujeres con embarazos de Alto Riesgo.
Paciente politraumatizado quirurgicos

Púrpura

Convenios Sociales, (niños de la calle, niños de hogares)
Relacionamiento político.
Convenios Interinstitucionales (CONALCAM, NAS, Pueblos Originarios de tierras Altas y Tierras bajas).

Celeste

Puérperas (fisiológicas y quirúrgicas).
Niños mayores a los 6 años (masculinos y femeninos).
Pacientes con cuidados minimos.

ENFERMERÍA TERAPIA INTERMEDIA ADULTOS



- Servicio de Terapia Intermedia, brinda atención integral a los pacientes críticos, que necesiten monitorización continua.
- Ofrecemos atención, basados en procesos que permitan atender al paciente con calidad y seguridad.
- Atención de enfermería las 24 horas.

GUÍAS DE ENFERMERÍA

Lic. Luz Patiño¹

RESUMEN

Las presentes guías, nos permiten estandarizar los procedimientos de forma visual mostrando el flujo en la realización de actividades cotidianas de enfermería, lo cual brindara seguridad en el trabajo profesional.

Palabras clave: guías, procedimiento

ABSTRACT

The present guide let us know realized from a visual form the procedures and nursery usual activities and with that we can bring security to the professional work of the nurses

Keywords: guides, procedure

1. Directora de Enfermería Hospital Arco Iris

INTRODUCCION

En la actualidad, las enfermeras trabajan en un entorno de atención de salud dinámico. Sus responsabilidades y funciones están en constante evolución y cambio en respuesta a las necesidades de los pacientes y de los servicios, por ejemplo la escasez de personal, los problemas ligados a las competencias laborales requeridas y las limitaciones presupuestarias. Si las enfermeras no reciben apoyo para toma de decisiones en relación con el ámbito de práctica podría tener repercusiones en la atención médica negativas tanto en la calidad de la atención al paciente como en la propia profesión de enfermería.

Las presentes Guías Prácticas forman parte de un conjunto de materiales didácticos que describen el marco de procedimiento. En este sentido, los estudios de Enfermería tratan de cumplir con rigor la atención con calidad.

El personal de enfermería que asegure una mejora continua de la calidad asistencial, basado en procedimientos estandarizados asegura la adquisición de competencias de los profesionales nuevos que requieren entrenamiento inmediato sobre los procedimientos.

El objeto de las guías es potenciar y convertirse en una herramienta de mejora de la calidad en la atención de enfermería.

Existe consenso y evidencia científica acerca de la potencial capacidad de las Guías de Práctica Clínica Enfermería (GPCE) para mejorar la atención asistencial.^{2,3,4}

A medida que se profundizó el tema de evidencia científica y su incorporación a la práctica de enfermería, junto con la investigación cuantitativa y cualitativa se ha observado que la práctica de enfermería se nutre de la reflexión crítica y conocimiento para encontrar nuevas respuestas que mejoren el cuidado del paciente.^{5,6}

Las GPCE marcan un nuevo paradigma en la atención de enfermería. Las GPCE son una herramienta útil para apoyar a la profesional de enfermería en toma de decisiones sobre las intervenciones más efectivas en cuidado del paciente. Los profesionales de enfermería deben fortalecer la credibilidad y efectividad de su tarea en incorporar la evidencia a su rutina de trabajo. Asimismo, deben buscar sinergias con el colectivo médico entendiendo que el proceso asistencial es único y con el ámbito de la gestión que debe propiciar el medio organizativo adecuado.

REFERENCIAS

1. Rice K. Medición de la presión arterial. *Nursing*. 2000; 18:32-33
2. Observatorio de Enfermería Basada en la Evidencia. Introducción a la EBE. [En línea] <http://www.index-f.com/oebe/introebe.php> [Consultado 16/04/2011]
3. González Iglesias ME. Interiorizar la EBE, asumir la práctica basada en evidencias. *Evidencia*. 2005;2. [En línea] <http://www.index-f.com/evidencia/n4/101articulo.php> [Consultado 09/07/2010]
4. Ledesma Pérez M.C. "Fundamentos de enfermería". Editorial Limusa, grupo Noriega Editores. 2002, segunda reimpresión. Pag. 103-117
5. Recomendaciones prácticas para procesos de esterilización en Establecimientos de salud. Guía elaborado por enfermeros. 9 -15. (Brasil, 2000).
6. Varios Autores Norma técnica para prevención de infecciones de tracto urinaria asociadas a uso de catéter Urinario permanente en adultos. Ministerio de salud Chile; 2007.

Imagen N° 1

GUIA DE ENFERMERIA Nro. I

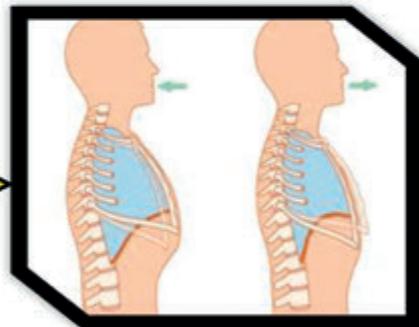
CONTROL DE SIGNOS VITALES



MATERIALES



**DESINFECCION DEL TERMOMETRO
CON ALCOHOL AL 70%**



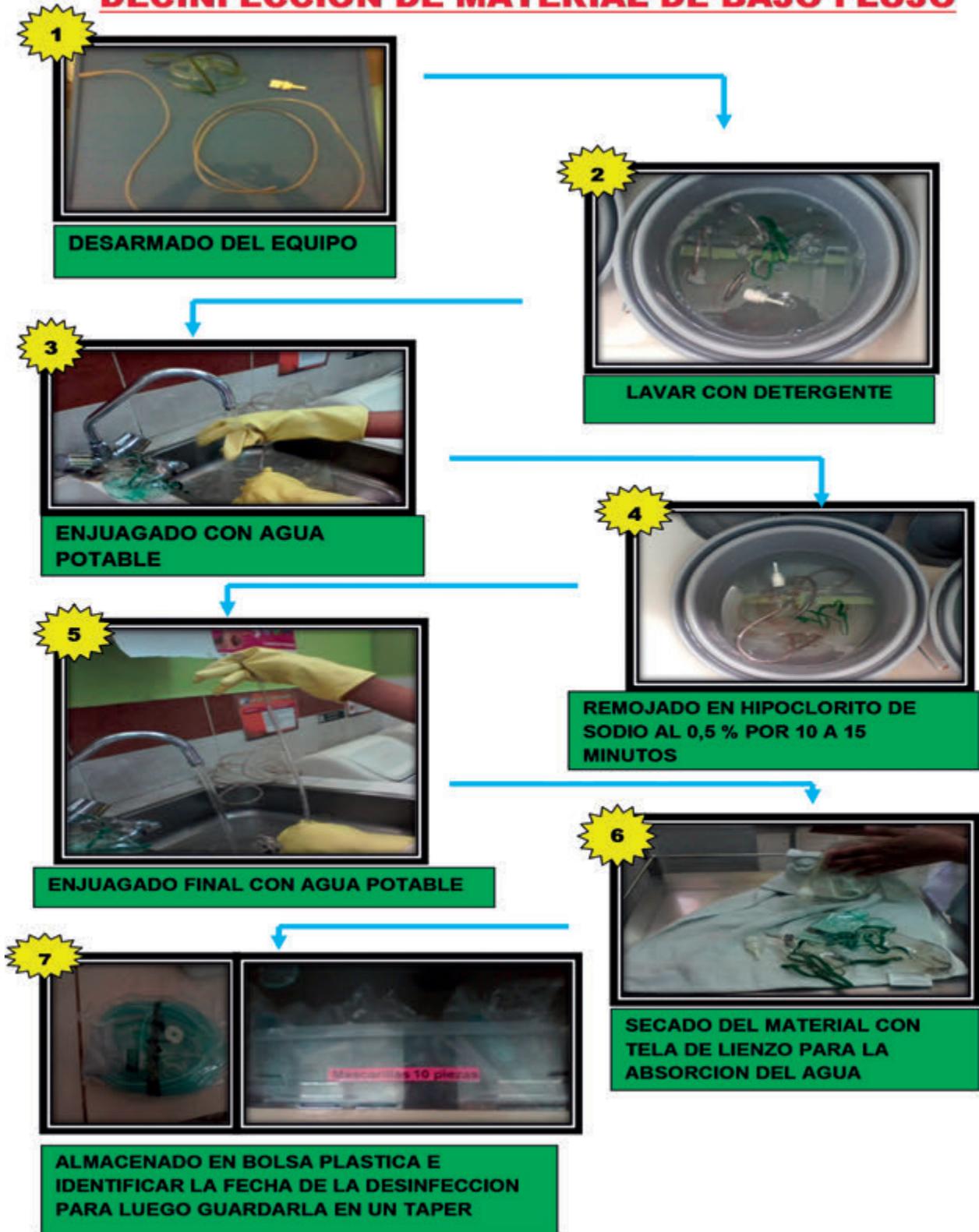
CONTROL DE FRECUENCIA CARDIACA Y LA FRECUENCIA RESPIRATORIA



**CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL Y LA
DESINFECCION**

GUIA DE ENFERMERIA II

DECINFECCION DE MATERIAL DE BAJO FLUJO



GUIA DE ENFERMERIA III



CIRCUITO CERRADO



LAVADO DE MANOS ESTRICTO PARA LA CONECCION Y EL MANEJO DE CIRCUITO CERRADO



PREPARADO DE MATERIAL ESTERIL CON TECNICA ASEPTICA



CONEXION CON EL CIRCUITO CERRADO DEJAR UN ESPACIO HASTA EL SITIO DE FIJACION



POSTERIORMENTE SE REALIZA LA CONECCION A CAIDA LIBRE POR DEBAJO DEL PACIENTE PARA EVITAR REFLUJO URINARIO QUE LLEVARIA A INFECCION



FORMA DE FIJACION DE LA SONDA VESICAL PARA FACILITAR EL MOVIMIENTO DEL



EDUCACIÓN CONTINUA DIRIGIDO AL PERSONAL DE ENFERMERÍA ENFOCADO A LA CALIDAD Y SEGURIDAD



HOJA DE CONTROL DE VENOPUNCIÓN PARA NEONATOLOGÍA

Lic. Luz Patiño¹
Lic. Ana Rada²

RESUMEN

Se presenta un instrumento sobre registro de venopunciones en el Hospital Arco Iris ya que todas las instituciones de salud se intenta realizar el control de las mismas, considerando que es un proceso invasivo del cual pueden derivar infecciones asociadas a catéter periférico, aun más en un servicio donde las condiciones de los pacientes son un factor de riesgo, como es la neonatología.

Palabras clave: venopunciones

ABSTRACT

We present an instrument about venous access At Arco Iris Hospital because In all health institutions is attempted venous access control is considering an invasive procedure which can produce peripheral catheter-associated infections, even in a service where the conditions of the patients are a risk factor such as neonatology .

Keywords: venous access

1. Directora de Enfermería Hospital Arco Iris
2. Supervisora Neonatología Hospital Arco iris

INTRODUCCIÓN

El uso de esta herramienta de calidad nos permite la verificación de las venopunciones periféricas y la detección de eventos adversos relacionados con las canalizaciones. Es nuestro propósito mejorar los procesos mediante el cumplimiento de protocolos y así disminuir el riesgo de infecciones asociadas a catéter venoso periférico como el control de insumos dispuestos para cada paciente

DEFINICIÓN

La hoja de control de venopunción es un formulario que permite el control de las instalaciones de catéteres periféricos realizados por la licenciada en enfermería, la frecuencia de punciones y el sitio específico de punción.

ORIGEN

El formulario se originó el año 2008 por la necesidad de contar con un instrumento de control, por incremento de infecciones asociadas a catéteres venosos periféricos dando responsabilidad a la profesional en enfermería de turno, motivando de esta manera la buena práctica del procedimiento de acuerdo a normativa del servicio, especificando el lugar de punción y número de intentos.

ACEPTACIÓN DE LA HERRAMIENTA

Inicialmente existió mucha susceptibilidad por parte del personal de enfermería debido a tendría un carácter punitivo y no el carácter preventivo para el cual estaba diseñado; posteriormente el formulario fue asimilado por todos por la importancia que tenía en la prestación de cuidados y la prevención de infecciones que actualmente están disminuyendo en forma considerable.

MODIFICACIONES

El formulario no sufrió modificaciones; se mantiene el tamaño carta al igual que las mismas variables

DESCRIPCIÓN DE LA HERRAMIENTA

El formulario es de tamaño carta impreso en una sola plana con las siguientes partes:

Parte superior

- Identificación de servicio y el propósito
- Identificación del paciente
- Fecha de nacimiento
- Número de la historia Clínica

Parte media

- Cuenta con la grafica de un recién nacido identificando los sitios de punción, mediante fechas, realizadas en relación céfalo caudal

Parte media inferior

- Cuenta con una planilla donde se identifica de izquierda a derecha:
 1. Fecha: día en que se instalo la línea venosa
 2. Acceso venoso: Descripción del sitio de punción localizado en forma anatómica.
 3. Lic. Enfermería: Casilla en que debe registrase el nombre de la enfermera que realiza el procedimiento, tanto de canalización como el retiro de la vía anterior.
 4. N° de intentos: En el cual se describe el número de intentos realizados en el paciente antes de cumplir el objetivo (evento Adverso)

5. Observaciones: Se registra eventos encontrados en el momento de realizar la canalización. Por ejemplo: Infiltraciones, flebitis, quemaduras químicas etc.
6. Cultivo si/no: casilla que se identifica si se lleva a cultivo la punta del catéter, tomando en cuenta el tipo de paciente (condición clínica), procedencia del paciente (cuando recibimos transferencia de otros centros hospitalarios)

FUNCIÓN

Ayuda a revisar de forma continuada el lugar, la frecuencia y la persona responsable de la canalización, con el fin de identificar de forma oportuna eventos adversos, para darle tratamiento correctivo y preventivo, minimizando el riesgo de infecciones asociadas a catéter venoso periférico y central.

USO

De carácter obligatorio, el personal de enfermería aplica el formulario a todos los expedientes clínicos de los pacientes internados con indicación de vía periférica y/o central con ámbito de aplicación en la unidad de neonatología

REFERENCIAS

1. Logan PW. Venepuncture versus heel prick for the collection of the newborn screening test. Aust J Adv Nurs. 1999;17:30-6.
2. Shah V, Ohlsson A. Venopunción versus punción del talón para tomar muestras de sangre en recién nacidos a término (Revisión Cochrane traducida). En: La Biblioteca Cochrane Plus, 2007 Número 1. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de

The Cochrane Library, 2007 Issue 1. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

3. Barría, M. y Santander, G. (2006). Cateterismo venoso central de inserción periférica en recién nacidos de cuidado intensivo. Rev. Chil. Pediatr. 77, 139-146.
4. Procedimiento. Elección de la vena en un acceso venoso periférico (código TIV 01). [Http://www.index-f.com/evidentia/n9/221_articulo.php](http://www.index-f.com/evidentia/n9/221_articulo.php). ISSN: 1697 – 638 X
5. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Evidencia 2006; 3(9) ISSN: 1697- 638X. <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-Aup.pdf>
6. Romä Ferri M.T. Recomendaciones para mejorar la calidad de información de enfermería en la Web .Enfermería. Clínica 2003; 13(4): 327 – 45.



Imagen N° 1



SERVICIO DE NEONATOLOGIA - PEDIATRIA ACCESO VENOSO

Nombre del Paciente:

Fecha de Nacimiento:

N° HCL.:



Fecha	Acceso Venoso	Licenciada	Nº Intentos	Cultivo si/no	Observacion

HOJA DE CONTROL Y VALORACIÓN DE ENFERMERÍA EN PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

Lic. Luz Patiño¹
Lic. Marisol Colque²

RESUMEN

El presente tema recopila la importancia, ventajas, características y etapas del Proceso de Atención de Enfermería, constituyéndose una herramienta que permite al profesional de enfermería garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al individuo, la familia y la comunidad.

Palabras clave: proceso de atención en enfermería

ABSTRACT

We present the importance of nurse processes about the advantages, parts and stages that let the nurse professional give quality medical attention to the patient, community and family.

Keywords: nurse processes

1. Directora de Enfermería Hospital Arco Iris

2. Calidad Y Especialidad en Enfermería – Vigilancia de IAAS Hospital Arco Iris

INTRODUCCIÓN

A partir de la segunda mitad del siglo pasado, con el reconocimiento de la enfermería como ciencia constituida con su propio cuerpo teórico conceptual y su método de actuación (Proceso de Atención de Enfermería - PAE), la profesión elevó su rango académico y al alcanzar el nivel universitario, se vinculó, en un plano de igualdad, con otras profesiones, para la atención de pacientes, familias y comunidades, en el proceso de salud - enfermedad.

El Proceso de Atención de Enfermería es considerado una valiosa herramienta en el desempeño del profesional, que permite prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática, para obtener información e identificar los problemas del individuo, la familia y la comunidad, con el fin de planear, ejecutar y evaluar el cuidado de enfermería.

Además, permite definir el ejercicio profesional, garantizar y asegurar la calidad de los cuidados al sujeto de atención y proporciona las bases para el control operativo y así sistematizar e investigar el trabajo en enfermería.

El proceso de atención de enfermería, ha sido concebido a partir del conocimiento científico y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería, en los diferentes niveles de atención y servicios, donde la enfermera proporciona cuidados al individuo, familia y comunidad.

DEFINICIÓN

Proceso de Atención de Enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando fue considerado como un proceso, esto ocurrió con Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961)

y Wiedenbach (1963), considerando un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro etapas (valoración, planificación, realización y evaluación) y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales, al añadir la etapa *diagnóstica*.

Con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras comenzaron a tener un lenguaje común, lo cual facilitó el poder compartir aspectos de la práctica; cuando las enfermeras comenzaron a compartir las experiencias de proporcionar cuidados, el enfoque procedimental cambió hacia el de práctica basada en el conocimiento científico.

El Proceso de Atención de Enfermería es un método que ayuda a los profesionales emplear sus conocimientos, solucionar problemas, desarrollar su creatividad y tener presente el aspecto humano de su profesión.

Este método tiene como objetivo proporcionar cuidados de enfermería individualizados, y permitir la interacción con el sujeto de cuidado en forma holística, es decir, en todas sus dimensiones: biológica, psicológica, socio cultural y espiritual.

Ventajas del proceso de enfermería

- Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.
- Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la

recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.

- El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería, organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.
- Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo

Características del proceso de enfermería

- Tiene una *finalidad*: se dirige a un objetivo
- Es *sistemático*: implica partir de un planteamiento organizado, para alcanzar un objetivo.
- Es *dinámico*: responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente.
- Es *interactivo*: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.
- Es *flexible*: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una *base teórica*: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica, al implementar el

método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de enfermería.

El proceso se organiza en cinco etapas cíclicas interrelacionadas y progresivas: (i) *valoración*, (ii) *diagnóstico de enfermería*, (iii) *planeación*, (iv) *ejecución intervención* y (v) *evaluación*.

Etapas del proceso de atención de enfermería

(i) Primera etapa: valoración

La primera etapa es la recolección de datos en forma organizada y sistemática, lo cual es necesario para realizar el diagnóstico de enfermería.

Esta fase ayuda a identificar los factores y las situaciones que guían la determinación de problemas presentes, potenciales o posibles, reflejando el estado de salud del individuo.

Para su realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Recolectar la información de fuentes variadas (individuo, familia, personal del equipo de salud, registros clínicos, anamnesis, examen físico y laboratorio y otras pruebas diagnósticas).
2. Realizar y registrar la valoración de acuerdo con el modelo conceptual adoptado.
3. Realizar la valoración del estado de salud del paciente de forma sistemática.
4. Analizar los datos obtenidos que son:
 - *subjetivos*: son las percepciones de los clientes sobre sus problemas de salud; estos datos no se pueden medir ya que son propios del paciente. Solamente

el afectado los describe y verifica (sentimientos).

- *objetivos*: son observaciones o mediciones realizadas por quien obtiene los datos, se pueden medir por cualquier escala o instrumento.
- *histórico - antecedentes*: aquellos hechos que se han ocasionado con anterioridad y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas, patrones y pautas de comportamiento que ayudan a referenciar los hechos en el tiempo.
- *actuales*: son datos sobre el problema de salud actual; se refiere a situaciones que presenta la persona, familia o comunidad en el momento de la valoración.

Es importante que durante la valoración la enfermera siga un orden, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible para la valoración de enfermería.

La metodología puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de "cabeza a pies" o cefalocaudal: sigue el orden de valoración de los diferentes órganos del cuerpo humano, comenzando por el aspecto general desde la cabeza hasta las extremidades, dejando para el final la espalda.
- Criterios de valoración por "sistemas y aparatos": se valora el aspecto general y las constantes vitales y a continuación cada sistema o aparato de forma independiente, comenzando por las zonas más afectadas.
- Criterios de valoración por "patrones funcionales de salud": la recolección de datos, pone de manifiesto los hábitos

y costumbres del individuo/familia, determinando el funcionamiento positivo, alterado o en situación de riesgo, con respecto al estado de salud.

(ii) Segunda etapa: diagnóstico de enfermería

La segunda fase del PAE es el diagnóstico. En la Novena Conferencia de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) fue aprobada la siguiente definición: "un diagnóstico de enfermería es un juicio clínico sobre las respuestas del individuos, familia o comunidad a problemas de salud, procesos vitales reales o potenciales". El diagnóstico de enfermería proporciona la base para la selección de actuaciones de enfermería.⁹

Los diagnósticos se clasifican de acuerdo con sus características; se definen cinco tipos de diagnósticos en enfermería: *reales*, de *alto riesgo* (designados hasta 1992 como potenciales), de *bienestar*, *posibles* y de *síndrome*.

- *Diagnóstico Real*: describe la respuesta actual de una persona, familia o comunidad ante una situación de salud o a un proceso vital. Su identificación se basa en características (datos objetivos y subjetivos) que indican su presencia en el momento de la valoración. Consta de tres partes, : *Problema (P) + Etiología*, factores causales o contribuyentes (E) + *Signos/ Síntomas (S)*. Estos últimos son los que validan el Diagnóstico.

Ejemplo: desequilibrio de la nutrición por exceso relacionado con (r/c) consumo excesivo de hidratos de carbono y grasas y sedentarismo, manifestado por (m/p) un sobrepeso de 23%

- *Diagnóstico de Alto Riesgo*: describe respuestas humanas a situaciones de salud que pueden desarrollarse en un futuro próximo en una persona, familia

o comunidad. Su identificación se apoya en la presencia de factores de riesgo que contribuyen a aumentar la vulnerabilidad. En este caso, se escribirá sólo con dos partes, formato PE: *Problema* (P) +

Etiología (causa, factor de riesgo) (E).

Puesto que no existen las características definitorias del problema (datos objetivos y subjetivos que, de haberlos, convertirían el problema en real), al inicio del diagnóstico debe incluirse la frase "Riesgo de".

Ejemplo: riesgo de traumatismo relacionado con (r/c) marcha inestable y pérdida de la agudeza visual

- *De salud o de bienestar:* es un diagnóstico real que se formula cuando la persona, familia o comunidad goza ya de un nivel aceptable de salud o de bienestar, pero puede y quiere alcanzar un nivel mayor. Son enunciados de una parte, conteniendo sólo la denominación y no contienen factores relacionados. *Ejemplo: disposición para mejorar el bienestar espiritual, Lactancia materna eficaz*
- *Posible:* diversos autores identifican, además de los diagnósticos reales, de alto riesgo y de salud, un cuarto tipo, "diagnóstico posible" y lo definen como aquellas situaciones en las que la enfermera sospecha que puede haber un problema pero no está segura de su existencia. Es decir, cuando durante la valoración detecta claves que podrían indicar su presencia, pero faltan datos que permitan afirmarla o negarla con certeza.
- *De Síndrome:* usado cuando un grupo de diagnósticos de enfermería son observados juntos. En la actualidad se encuentran en la lista de la NANDA seis diagnósticos de síndrome. Por ejemplo, los pacientes confinados en cama durante largo tiempo pueden experimentar Riesgo de síndrome

por desuso. Los grupos de diagnóstico asociados con este síndrome son: deterioro de la movilidad física, Riesgo de deterioro de la integridad tisular, Riesgo de intolerancia a la actividad, Riesgo de estreñimiento, Riesgo de infección, Riesgo de lesión, Riesgo de impotencia, Déficit de intercambio gaseoso, etc.

Para elaborar un diagnóstico de enfermería se deben tener en cuenta las siguientes directrices:

- Unir la primera parte con la segunda utilizando "relacionado con"
- Escribir el diagnóstico como respuesta o problema del sujeto de atención.
- Escribir el Diagnóstico sin emitir juicios de valor, supuestos o deducciones, sino basarse en datos objetivos y subjetivos que se hayan recogido y validado con el usuario.
- Evitar invertir el orden de las partes del Diagnóstico, puede llevar a un enunciado confuso.
- No mencionar signos y síntomas en la primera parte del Diagnóstico.
- No indique el Diagnóstico de Enfermería como si fuera un Diagnóstico médico.
- No indique dos problemas al mismo tiempo, dificulta la formulación de los objetivos.

(iii) Tercera etapa: planeación

Esta tercera etapa del proceso de atención de enfermería contempla el desarrollo de estrategias determinadas para prevenir, minimizar o corregir los problemas identificados en el diagnóstico, lo cual lleva a la toma de decisiones y la resolución de problemas.

En la planeación intervienen el profesional de enfermería, el paciente, las personas de apoyo y otros cuidadores.

La planeación incluye las siguientes etapas:

1. Establecimiento de prioridades entre los diagnósticos de enfermería, cuando un paciente tiene varios problemas.
2. Determinación de objetivos o metas esperadas. Es el resultado que se espera de la atención de enfermería; lo que se desea lograr con el paciente. Las metas se derivan de la primera parte del diagnóstico de enfermería o problema.

Los resultados o metas, deben estar centrados en el comportamiento del paciente atendido; ser claros, concisos, observables y medibles. Abarcan múltiples aspectos de la respuesta humana (como el aspecto físico y funcional del cuerpo), síntomas, conocimientos, habilidades psicomotrices y los estados emocionales.

En el *diagnóstico de enfermería real* los objetivos van encaminados a reducir o eliminar factores contribuyentes, promover mayor nivel de bienestar y controlar el estado de salud; en el *diagnóstico de enfermería de alto riesgo*, los objetivos se encaminan a reducir o eliminar los factores de riesgo, prevenir que se produzca el problema y controlar el inicio del mismo; en el *diagnóstico de enfermería posible* los objetivos se enfocan en recoger datos adicionales que ayuden a confirmar o excluir un diagnóstico, y en los *diagnósticos de enfermería de bienestar*, el objetivo se dirige a enseñar conductas que ayuden a conseguir mayor nivel de bienestar.

3. Selección de las intervenciones y actividades de enfermería. Son las acciones que el profesional de

enfermería planea para alcanzar los objetivos y lograr las metas del cuidado.

Se enfocan en la parte etiológica del problema o segunda parte del diagnóstico de enfermería. Por tanto, van dirigidas a eliminar los factores que contribuyen al problema. Las intervenciones de enfermería reciben nombres diversos: *acciones, estrategias, planes de tratamiento y órdenes de enfermería*.

Para la realización se deberá considerar lo siguiente:

1. Adaptar o diseñar un plan de cuidados basados en conocimientos actualizados de las ciencias de enfermería, biológicas, sociales, físicas y compartimentales.
2. Por cada diagnóstico de enfermería identificado, establecer objetivos pactados con el paciente, definidos de forma realista y mensurable, congruente con el resto de tratamientos planificados que especifiquen el tiempo de consecución y dirigidos a maximizar la autonomía del paciente.
3. Prescribir y priorizar las intervenciones dirigidas a conseguir los objetivos pactados o establecidos y a favorecer la participación del paciente.
4. Prescribir y priorizar estas intervenciones con base en la aplicación de los resultados de la valoración y de los conocimientos científicos vigentes.
5. Prescribir las intervenciones con base en el servicio de enfermería que se requiera.
6. Revisar y actualizar el plan de cuidados para adaptarlo a la evolución del estado de salud del paciente.
7. Determinar las áreas de colaboración con otros profesionales.

(iv) Cuarta etapa: ejecución

En el proceso de enfermería, la ejecución es la etapa en la cual el profesional de enfermería ejecuta las intervenciones, para lograr los resultados definidos en la fase de planeación.

La ejecución, implica las siguientes actividades enfermeras:

- Continuar con la recogida y valoración de datos.
- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.
- Existen diferentes formas de hacer anotaciones, como son las dirigidas hacia los problemas.
- Dar los informes verbales de enfermería.
- Mantener el plan de cuidados actualizado.

El enfermero tiene toda la responsabilidad en la ejecución del plan, pero incluye al paciente y a la familia, así como a otros miembros del equipo. En esta fase se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas (diagnósticos enfermeros y problemas interdependientes) y las necesidades asistenciales de cada persona tratada.

De las actividades que se llevan a cabo en esta fase quiero mencionar la continuidad de la recogida y valoración de datos, esto es debido a que por un lado debemos profundizar en la valoración de datos que quedaron sin comprender, y por otro lado la propia ejecución de la intervención es fuente de nuevos datos que deberán ser revisados y tenidos en cuenta como confirmación diagnóstica o como nuevos problemas.

(v) Quinta etapa: evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado

de salud del paciente y los resultados esperados.

Evaluar, es emitir un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios.

Los dos criterios más importantes que valora la enfermería, en este sentido, son: la eficacia y la efectividad de las actuaciones, Griffith y Christensen (1982). El proceso de evaluación consta de dos partes:

- Recogida de datos sobre el estado de salud/problema/diagnóstico que queremos evaluar.
- Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente hacia la consecución de los resultados esperados.

La evaluación es un proceso que requiere de la valoración de los distintos aspectos del estado de salud del paciente. Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados (criterios de resultado), son según las siguientes áreas:

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

A la hora de registrar la evaluación se deben evitar los términos ambiguos como «igual», «poco apetito», etc., es de mayor utilidad indicar lo que dijo, hizo y sintió el paciente. La documentación necesaria se encontrará en la historia clínica, Una característica a tener en cuenta en la evaluación es, que ésta es continua, así podemos detectar como va evolucionando el cliente y realizar ajustes o introducir modificaciones para que la atención resulte más efectiva.

REFERENCIAS

1. Durán de Villalobos MM. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan 2005; 5:86-95.
2. ATS/DUE SAS Temario 1. Centro de Estudios Adams. Ediciones Valbuena S.A., Madrid. ISBN 84-8303-225-2.
3. Pérez Hernández. MJ. Operacionalización del proceso de atención de enfermería. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 2002;10:62-6.
4. Iyer P TB. Proceso de enfermería y diagnóstico de enfermería. México: Ed. Interamericana McGraw-Hill; 1993;13.
5. Reyes L. Adherencia de las enfermeras/os a utilizar un modelo teórico como base de la valoración de enfermería. Revista Ciencia y Enfermería 2007; 13:45-57.
6. Roldan A. Proceso de atención de enfermería. Revista Investigación y Educación en Enfermería 1999;17.
7. González Linares R.M., La estandarización de cuidados en la gestión del proceso asistencial. Revisión de Calidad Asistencial 1999;14:273-278.
8. Duarte Climents G., Montesinos Alfonso N. El consenso como estrategia de implementación del diagnóstico enfermero, valoraciones estandarizadas y selección de etiquetas diagnósticas. Enfermería Clínica 1999. Vol 9 : 12-20.
9. Tilquin C, Saulnier D., Vanderstraeten G. El método PRN. Rol de enfermería. 1988; XI (119-120): 41-46.
10. Ferrús L., Portella E., Mata R. Determinación de estándares sobre cuidados enfermeros. Rol de enfermería 1991. XIV (153): 37-42.
11. Ferrús L., Honrado G., Pintado D. GRD e intensidad de cuidados en enfermería: estudio descriptivo. Enfermería Clínica 2000. Vol 10 (5): 192-199.
12. Ferrús L., Tilquin C., Gil M.E., Honrado G. La medida del producto hospitalario: el PRN como herramienta complementaria a los GRD. Enf. Clínica Vol 9 (5): 213-216.

ENFERMERÍA SALAS PRIVADAS



- ATENCIÓN PERSONALIZADA BASADOS EN PROCESOS DIRIGIDOS A LA ATENCIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD.



**VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO
DATOS GENERALES**

Nombre del paciente.....		fecha de nacimiento.....		edad.....	
Fecha de ingreso al servicio.....		Hora.....		Persona de referencia.....	
Telf.....		Procedencia: Admision <input type="checkbox"/> Emergencia <input type="checkbox"/> Otro <input type="checkbox"/>			
Forma de llega <input type="checkbox"/> : Ambulatoria <input type="checkbox"/> Silla de rueda <input type="checkbox"/> Camilla <input type="checkbox"/>					
Peso: <input type="checkbox"/> Estatura.....		P.A.....		F.C.....	
Fuente de informacion : Pacient <input type="checkbox"/> Familia / amigo <input type="checkbox"/> Otros.....		Dx medico.....		T°.....	

VALORACION SEGÚN PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

PATRON PERCEPCIONAL – CONTROL DE SALUD

- **Antecedentes de enfermedad y quirurgicas:**
HTA.....DM..... Gastritis/ ulcera..... Asma..... TBC..... Cirugias..... Si... No.... Otro..... Sin problemas.....
- **Intervenciones quirurgicas/ procedimiento (fecha)**

• **Alergias y otras reacciones**

Farmacos _____ Signos , sintomas _____ Alimentos _____
Otros _____

• **Factores de riesgo**

Uso de tabaco Si..... No..... Can/Frec..... Uso de alcohol Si No..... Can/ Frec.....

• **Medicamentos(con o sin indicacion medica)**

¿Qué toma actualmente?	Dosis/Frecuencia	Ultima dosis	Habitos de higiene
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

• **¿ Que sabe usted sobre su enfermedad actual?**

PATRONES DE RELACIONES –ROL (ASPECTO SOCIAL)

Ocupacion _____
Estado civil Soltero.... Casado..... Conviviente... divorciado/a....
¿ Con quien vive? Solo... Con su familia Otros Fuente de apoyo: Familia..... Amigos..... Otros.....
Comentarios adicionales _____

PATRONES VALORES – CREENCIAS

Religion : _____ Restricciones religiosas: _____ Solicita visita de Capellan: _____ Comentarios adicionales: _____

PATRON AUTOPERCEPCION AUTOCONCEPTO TOLERANCIA A LA SITUACION Y AL ESTRÉS

- Estado emocional: Tranquilo..... Introverso.... Negativo..... Temeroso..... Irritable..... Indiferente....
- Preocupaciones principales con respecto a la hospitalización o enfermedad (económicas- autocuidado)

Comentarios adicionales _____

PATRON DE DESCANSO SUEÑO

Hora de sueño _____
Problemas para dormir :
Ninguno... Se despierta temprano..... Insomnio..... Pesadillas..... ¿Usa algún medicamento para dormir? _____
Comentarios adicionales _____

PATRON PERCEPTIVO – COGNITIVO

- Orientado: Tiempo..... Espacio.... Persona..... Presencia de anomalías en ;
Audición: _____ Visión: _____ Habla/ lenguaje: _____
- Dolor molestias : Si..... No.....

MONITORIZACION DIARIA DE LOS DIAGNOSTICOS IDENTIFICADOS EN EL REGISTRO DEL PAE

PACIENTE:

DX MEDICO:

Nº DE CAMA

TURNO MAÑANA	TURNO TARDE	TURNO NOCHE
DIAGNOSTICO Nº1 S..... O..... A..... P..... I..... E.....	DIAGNOSTICO Nº1 S..... O..... A..... P..... I..... E.....	DIAGNOSTICO Nº1 S..... O..... A..... P..... I..... E.....
DIAGNOSTICO Nº2 S..... O..... A..... P..... I..... E.....	DIAGNOSTICO Nº2 S..... O..... A..... P..... I..... E.....	DIAGNOSTICO Nº2 S..... O..... A..... P..... I..... E.....
DIAGNOSTICO Nº3 S..... O..... A..... P..... I..... E.....	DIAGNOSTICO Nº3 S..... O..... A..... P..... I..... E.....	DIAGNOSTICO Nº3 S..... O..... A..... P..... I..... E.....

Nombre de Enf.

Firma.....Fecha.....

Observaciones.....

.....

Nombre de Enf.

Firma.....Fecha.....

Observaciones.....

.....

Nombre de Enf.

Firma.....Fecha.....

Observaciones.....

.....

INSTALACIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL Y PERIFÉRICO EN PACIENTE HOSPITALIZADO

Lic. Luz Patiño¹
Lic. Marisol Colque²

RESUMEN

El cateterismo venoso central y periférico es una habilidad y una responsabilidad fundamental del personal de salud y actualmente es considerado como uno de los procedimientos invasivos más usados en pacientes internados sobretodo en salas de emergencias, Unidades de Terapia Intensiva (UTI) y en Unidades Quirúrgicas. La instalación del mismo permite determinar la presión venosa central, infusión rápida de líquidos para reanimación y administración segura de ciertos agentes como sustancias vaso activas (calcio, potasio, etc) soluciones para alimentación, monitoreo de la actividad hemodinámica entre otras. En el presente trabajo se describen los cuidados que se deben tener en la instalación de una vía periférica o central, sus indicaciones, técnicas y los riesgos de la canalización venosa central al igual que las ventajas, desventajas y sugerencias para evitar ciertas complicaciones por el presente dispositivo.

Palabras clave: Catéter venoso central, catéter venoso periférico

ABSTRACT

Central and peripheral venous catheters are a skill and a fundamental responsibility of medical staff in our days and is considered one of the most invasive procedures specially at emergency rooms and intensive care units. The presence of these catheters let us know central venous pressure, fluid infusion for reanimation, safe administration of certain agents (calcium, potassium, etc.), general solutions and hemodynamic monitoring. The principal purpose of this article is describe the installation of a peripheral or central catheters, the indications, techniques and risks of central venous access and also the advantages, disadvantages and suggestions for avoiding certain mechanical complications

Keywords: Central catheter, peripheral catheter

1 Directora de Enfermería Hospital Arco Iris

2 Calidad y Especialidad en Enfermería – Vigilancia de IAAS Hospital Arco Iris

INTRODUCCIÓN

La instalación de vía venosa periférica o central Como toda técnica invasiva tiene sus riesgos y complicaciones alterando en algunos casos la evolución del paciente y prolongando la estancia hospitalaria dando un incremento en el costo de atención.¹

Los avances en los últimos veinte años dieron como resultado la introducción de materiales que causan menor reacción a nivel local, disminución de colonización de microorganismos y reducción en el calibre de cánula periférica.^{1,2}

Los riesgos específicos diarios aumentan significativamente a partir de las 24 horas posteriores a la instalación y permanecen constantes al 2do a 6to día de instalación del mismo.³

DEFINICIÓN

La instalación del catéter venoso central es un procedimiento universal que realiza el(la) profesional de enfermería en una unidad hospitalaria; se lo puede considerar un medio que se constituye en un indicador de la calidad de atención.⁴

El Center for Disease Control and Prevention (CDC) es el centro de control e investigación de Atlanta que tiene gran relevancia a nivel internacional, ya que marca las pautas a seguir referente al uso adecuado de accesos vasculares y prevención de complicaciones potenciales.

Sus recomendaciones tienen varias categorías dependiendo de la evidencia científica en la que se basan:

- **Categoría IA.** Fuertemente recomendado para la implantación y ampliamente demostrado por estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos bien diseñados.

- **Categoría IB.** Fuertemente recomendado para la implantación y soportado por algunos estudios experimentales, clínicos o epidemiológicos, así como por un sólido razonamiento teórico.
- **Categoría IC.** Requerido por las reglamentaciones, normas o estándares estatales o federales.
- **Categoría II.** Sugerido para la implantación y soportado por estudios sugestivos clínicos o epidemiológicos, o por algún razonamiento teórico.
- **Sin recomendación.** Representa un punto controvertido, en el que no existe prueba suficiente ni consenso en cuanto a la eficacia

Formación y entrenamiento del personal sanitario

- Asegurar la formación y entrenamiento del personal sanitario sobre el uso de catéteres intravasculares (CIV), los procedimientos adecuados para la inserción, mantenimiento de los mismos y las medidas de control apropiadas para prevenir las infecciones relacionadas con los catéteres (Cat. IA).
- Evaluar periódicamente el cumplimiento de las recomendaciones por parte de los profesionales que insertan y manejan dispositivos intravasculares (Cat. IA).

Directrices para la Prevención de infecciones asociadas a catéter Intravascular

- Designar al personal entrenado sólo si demuestra competencia para la inserción y mantenimiento de catéter Intravascular periférico (CVP) y vascular central (CVC). (Categoría IA)

- Asegurar una correcta asignación de pacientes por enfermeras en unidades de cuidados intensivos (Categoría IB).
- Programar la inspección de la zona de inserción del catéter visualmente o por palpación a través del apósito intacto de forma reglada.
- La frecuencia de la inspección se establecerá de forma individualizada.
- Si el paciente tiene sensibilidad en la zona de inserción, fiebre de origen desconocido o cualquier otra manifestación que sugiera infección local o bacteriemia, se debe levantar el apósito para examinar la zona de inserción (Categoría. IB).
- Animar a los pacientes para que informen a su enfermera de cualquier cambio referente a su catéter o cualquier sensación de falta de confort (Categoría. II).
- Anotar el nombre del profesional, fecha y hora de la inserción y retirada del catéter y cambios de apósito en una ficha estandarizada (Categoría. II).
- No enviar los catéteres para cultivo microbiológico de forma rutinaria (Categoría. IA).

Selección y cambios del catéter intravenoso

- Seleccionar el catéter, la zona y la técnica de inserción que presente el menor riesgo de complicaciones, infecciosas o no infecciosas, teniendo en cuenta la duración y tipo de tratamiento intravenoso (Categoría IA).
- Retirar el catéter IV cuando no sea necesario (Categoría. IA).
- No realizar cambios rutinarios de los CVC ni de los arteriales con el único

propósito de reducir el riesgo de infección (Categoría IB).

- Cambiar los catéteres venosos periféricos (CVP) cada 96 hrs. en adultos para prevenir la aparición de flebitis (Categoría IB). En niños, no cambiar los CVP hasta que no concluya el tratamiento intravenoso a no ser que surjan complicaciones (Categoría IB).
- Cambiar catéteres insertados en condiciones de urgencia en un plazo de 48 h, cuando no se hayan respetado las condiciones de asepsia en la inserción (Categoría II).
- Basar en criterios clínicos la decisión de cambio de catéter que puede ser causa de infección. Por ejemplo, no cambiar sistemáticamente los catéteres en pacientes que presenten únicamente fiebre. Los catéteres venosos no deben ser necesariamente reemplazados de forma rutinaria en pacientes que tienen bacteriemia o infección por hongos, si no hay constancia de que la fuente de infección sea el catéter (Categoría II).
- Cambiar todos los CVC si el paciente se encuentra hemodinámicamente inestable y se sospecha bacteriemia relacionada con el catéter (Categoría. II).
- No reemplazar un catéter por otro nuevo en el mismo emplazamiento utilizando una guía si se sospecha de bacteriemia relacionada con el catéter (Categoría IB).

Selección del lugar de inserción

- Valorar, a la hora de seleccionar el lugar de inserción de la CVC, la necesidad de minimizar el peligro de infección frente a los riesgos de complicación mecánica (neumotórax, punción de la arteria subclavia, rotura de la vena subclavia, estenosis de la vena subclavia,

hemotórax, trombosis, embolia pulmonar, etc.) (Categoría IA).

- Para reducir el riesgo de infección, utilizar la vena subclavia para los CVC no tunelizados con preferencia sobre la vena yugular o la femoral (Categoría IB).
- Los catéteres para hemodiálisis y aféresis han de colocarse en la vena yugular o en la femoral, con preferencia sobre la vena subclavia para evitar la estenosis de la vena y tenerla disponible (Categoría IA)

Precauciones de barrera durante la inserción de CVC

- Realizar la técnica manteniendo las condiciones de esterilidad y máxima asepsia, incluyendo el uso de gorro, mascarilla, bata, guantes estériles y sábana grande estéril para la inserción de CVC o cambio de CVC mediante una guía (Categoría IA)
- Utilizar una funda estéril para proteger los catéteres arteriales pulmonares durante su inserción (Categoría IB).

Cambio de catéter

- No reemplazar rutinariamente los CVC o PICC como método para disminuir el riesgo de infección (Categoría IB).

Recomendaciones generales para el uso de catéteres intravasculares

- No reemplazar rutinariamente los CVC para hemodiálisis como método para disminuir el riesgo de infección (Categoría IB).
- No reemplazar los catéteres arteriales pulmonares con una frecuencia mayor de siete días como medio para disminuir el riesgo de infección (Categoría IB).
- No retirar los CVC o los PICC a causa de la existencia de fiebre.

- Utilizar criterios clínicos para intentar conservar un catéter cuando el origen de la fiebre puede ser por otra causa (Categoría II).

Cambio de catéter a través de una guía

- No utilizar el método de cambio a través de una guía de forma rutinaria para reemplazar catéteres no tunelizados (Categoría IB).
- Usar una guía para reemplazar un catéter no tunelizado cuando funciona si no hay evidencia de infección y el riesgo de insertar un catéter en un nuevo emplazamiento es inaceptablemente alto, por ejemplo, obesidad, coagulopatía, etc. (Categoría IB).
- Cambiar los guantes estériles por otros nuevos después de haber extraído el catéter viejo a través de la guía y antes de insertar el nuevo (Categoría II).

Cuidados del catéter y de la zona de inserción

- Medidas generales: en catéteres de más de una luz, designar una exclusivamente para nutrición parenteral (Categoría IA).
- No utilizar rutinariamente tapones impregnados con soluciones antibióticas como método de reducir la IAC. Emplearlos solamente en circunstancias especiales (catéteres de larga duración o conexiones con antecedentes de múltiples infecciones a pesar de observar la técnica aséptica en su manejo) (Categoría II).

Cambio de apósitos

- Cambiar el apósito cuando esté suelto, mojado, sucio o cuando la inspección de la zona lo indique (Categoría IA).

- Cambiar el apósito de los catéteres de corta duración cada dos días, si son de gasa, y cada siete, si son semipermeables.

Higiene de las manos

- Mantener una higiene adecuada de las manos con el lavado de las mismas con jabón antiséptico y agua, o con soluciones antisépticas en forma de gel o espuma. Higienizar las manos antes y después de palpar la zona de inserción del catéter, antes y después de insertar, cambiar o poner un apósito sobre el dispositivo intravascular (Categoría IA).
- El uso de guantes no significa que no se deban lavar las manos (Categoría IA).

Asepsia durante la inserción de un catéter y su mantenimiento

- Mantener la asepsia en todas las técnicas de inserción y cuidados de los dispositivos intravasculares (Categoría IA).
- catéter periférico, si se mantiene la asepsia durante el procedimiento. Es obligatorio ponerse guantes estériles para la inserción de los catéteres venosos centrales (CVC) y para los arteriales (Categoría IA).
- Utilizar guantes limpios o estériles para proceder al cambio de apósito de los dispositivos intravasculares (Categoría IC).

Principios básicos de la terapia intravenosa y recomendaciones

- Reemplazar el apósito de los catéteres tunelizados o en los implantados con una frecuencia no mayor de una vez por semana hasta que el punto de inserción esté cicatrizado (Categoría IB). La frecuencia de cambio de apósito en los puntos de inserción bien cicatrizados es un tema no resuelto.

- No hay recomendación sobre el uso de apósitos de clorhexidina para reducir la incidencia de infección.

- No utilizar apósitos de clorhexidina en neonatos menores de siete días o en gestantes de menos de veintiseis semanas (Categoría II).

- Asegurarse de que los cuidados que se realizan en la zona de inserción son compatibles con la composición del catéter (Categoría IB).

- Utilizar la funda estéril para todos los catéteres arteriales pulmonares (Categoría IB).

REFERENCIAS

1. Ortega M, Suarez M, "Manual de supervisión de calidad de los servicios de enfermería", editorial medica panamericana, 2da edición, 2009; 181-187.
2. Balderas M, "Administración de los servicios de enfermería"; edición interamericana; 5ta edición; 2009; 153-157.
3. Gree DC, Govid DG. Prevención de las complicaciones de la cateterización venosa central. N Engl J Med 2003, 348 (12): 1123-33.
4. Intravenous-catheter-related infection. Lancet 1998; 351:893-8
5. Digiovine B, Chenoweth C, Watts C, Higgins M. The Attributable Mortality and Costs of Primary Nosocomial Bloodstream Infections in the Intensive Care Unit Am. J. Respir. Crit. Care Med., Volume 160, Number 3, September 1999, 976-981.

6. Gail Egan, Sansivero. "¿Por qué escoger un catéter central periférico?". Revista Nursing. Febrero 1.996. Pág. 17 a 23.
7. Marin Vivó, Gemma y Mateo Marin. Emilia. "Catéteres venoso de acceso periférico". Revista Rol. N° 229. Pág. 67 a 92.
8. Carey W. Cuidados intensivos en enfermería. Nursing Photobook. Barcelona; Doyma, 1986; p.90-3.
9. Esteban de la Torre A. editor. Técnicas de enfermería. Segunda edición. Barcelona; Rol, 1988; p. 127.
10. Gray M. Trastornos respiratorios (Serie Mosby de enfermería clínica). Barcelona: Doyma, 1993: p.42-4.
11. Vicent Cobet J. Pruebas de laboratorio, exploraciones y diagnósticos de enfermería. Barcelona: Doyma, 1990: p. 158-64.
12. Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades coronarias. Enfermería Intensiva 2004; 15 (3): 123-134.

ENFERMERÍA TERAPIA INTENSIVA ADULTOS



- ⚙️ SERVICIO QUE BRINDA CON TECNOLOGÍA DE PUNTA.
- ⚙️ BRINDAMOS ATENCIÓN ESPECIALIZADA POR PROFESIONALES ENFERMERAS.

INSTALACIÓN CATÉTER VENOSO CENTRAL



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA INSTALACIÓN DEL CATÉTER VENOSO CENTRAL

		HOSPITAL ARCO IRIS DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ENFERMERÍA			
Fecha:		Turno:		Servicio:	
Nº	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SI	NO	OBSV
1.	Informar al Paciente sobre el procedimiento y solicitar su colaboración	10			
2.	Realizar la higiene de manos según la técnica aséptica establecida en el hospital.	10			
3.	Valorar la vía de abordaje tomando en cuenta calibre, posición anatómica, tortuosidad y esclerosis de vaso	10			
4.	Desarrollar el procedimiento de acuerdo al protocolo establecido en el hospital	10			
5.	Llevar a cabo el procedimiento de la toma de muestra sanguínea de acuerdo al estándar establecido	10			
6.	Verificar la permeabilidad del catéter	10			
7.	Conectar correctamente el equipo de venoclisis al catéter	10			
8.	Sin retirarse los guantes colocar el apósito transparente estéril manteniendo técnica aséptica	10			
9.	Al finalizar el procedimiento dejar cómodo al paciente y en orden su unidad	10			
10.	Realizar correctamente las anotaciones que corresponden en la hoja de registro de procedimientos invasivos y microbiológicos y en otros formatos de expediente clínico.	10			
TOTAL		100 Puntos			

Fuente: Adaptación manual de evaluación de calidad de los servicios de enfermería, Maria Carolina Ortega¹

INSTALACIÓN CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO



INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE LA INSTALACIÓN DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO



HOSPITAL ARCO IRIS
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

Fecha:		Turno:		Servicio:	
Nº	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SI	NO	OBSV
1.	Informar al Paciente sobre el procedimiento y solicitar su colaboración	10			
2.	Realizar la higiene de manos y calzado de guantes	10			
3.	Valorar la vena y la vía de abordaje tomando en cuenta calibre, posición anatómica, tortuosidad.	10			
4.	Realizar la asepsia de la piel	10			
5.	Verificar la permeabilidad del catéter periférico	10			
6.	Conectar correctamente el equipo de venoclisis al catéter periférico	10			
7.	Sin retirarse los guantes colocar el pósito transparente estéril manteniendo técnica aséptica	10			
8.	Identificación de la vía periférica.	10			
9.	Al finalizar el procedimiento dejar cómodo al paciente.	10			
10.	Realizar el registro del procedimiento en la hoja de tratamiento.	10			
TOTAL		100 Puntos			

Fuente: Adaptado manual de evaluación de calidad de los servicios de enfermería¹

INSTRUMENTOS DE ENFERMERÍA

Lic. Luz Patiño¹
Lic. Marisol Colque²
Lic. Rosmery Benavidez³

RESUMEN

La implantación de nuevos formularios o instrumentos de enfermería han permitido normatización de los registros. Esto implica que en todos los servicios dispongan de los mismos documentos. Los diversos instrumentos los cuales presentamos ya estos fueron aplicados y validados por todo el personal de enfermería del Hospital Arco Iris con el fin de valorar y evaluar el estado de salud del paciente.

Palabra clave: instrumento , enfermería

ABSTRACT

The application of new nursery documents let us know the regulations about registration; that means that all of the nurse services inside the hospital have the same information and protocols. All of these instruments were presented and applied by nurse personal of the Arco Iris Hospital with the main purpose of evaluate and value the patient health statement

Keywords: instrument, nurse

1. Directora de Enfermería Hospital Arco Iris
2. Calidad Y Especialidad en Enfermería – Vigilancia de IAAS Hospital Arco Iris
3. Supervisora servicio Terapia Intensiva Hospital Arco iris

INTRODUCCIÓN

El alta o transferencia del paciente (cliente) implica un conjunto de acciones que debe llevar a cabo el personal de enfermería para proporcionar una correcta información y a la vez asegura la continuidad de los cuidados que requiera el paciente

OBJETIVO DE LOS INSTRUMENTOS

- Proporcionar información sobre la situación actual del paciente
- Estandarizar criterios de transporte intra y extrahospitalario del paciente para brindar una atención segura y con mínimos riesgos de eventos adversos.
- Proporcionar información a los profesionales de enfermería sobre los procedimientos realizados y el manejo actual del paciente.

JUSTIFICACIÓN

El presente documento nos da una idea global de los procedimientos realizados, el estado y hemodinámica del paciente.

A la hora de realizar un traslado intra o extra hospitalario, es importante seguir pautas para evitar el extravío de información sobre el estado actual del paciente y continuidad de los cuidados y tratamiento terapéutico que el paciente debe continuar recibiendo

DESCRIPCIÓN DEL FORMULARIO

1. Encabezamiento

- N° de historia clínica.- se registrará el número que nos proporciona el Servicio de Admisión.
- Nombre y apellidos.- se registra el nombre completo del paciente o cliente.

- Edad.- se anota los años que tiene el paciente.
- Sexo.- se anota el sexo del paciente.

2. Diagnósticos

- Se registra el diagnóstico de ingreso del paciente, así como el diagnóstico de egreso del servicio en el que fue atendido.

3. Signos vitales

- Se registra los signos vitales con los que esta egresando el paciente, PA, PAM, FC. FR, T° y Sat O2.

4. Dieta

- Se registra el tipo de dieta que recibe el paciente, si es por sonda nasogástrica, sonda oro gástrica o por vía oral, se anota el número de sonda que tiene el paciente, la fecha de instalación, fecha de cambio y el volumen de dieta que está recibiendo el cliente.

5. cuidados de sonda vesical

- Se registra el número o calibre de la sonda Foley, la fecha que se instaló y la fecha que se realizó el cambio.

6. Administración de oxigenoterapia

- Se registra si el paciente está recibiendo aporte de oxígeno-terapia, la modalidad que está recibiendo sea por bigotera, mascarilla; también se registra la concentración de oxígeno que está recibiendo el paciente; si el paciente esta con ventilación mecánica, se anotara el número de Tubo endotraqueal que porta, fecha de intubación y con cuanto de flujo de O2 está el paciente.
- Si el paciente fuera portador de traqueotomía se debe registrar el número

de tubo de traqueotomía, la fecha de instalación y fecha de curación.

7. Cuidados de vías venosas

- En este acápite se registrara el tipo de catéter que porta el paciente sea vía periférica o central; se registra el número de catéter periférico (Bránula N°), el número de catéter central (certofix, DUO, TRIO) localización (SCD, SCI, Yugular, MSI, MSD)
- Se registrara la fecha de instalación, fecha de curación, fecha de cambio de equipos de venoclisis, de micro gotero, llave de tres vías y la fecha de la última curación que se realizó.

8. curas y drenajes

- Se reportara el tipo de lesión, la localización de la herida, la presencia de drenajes y las características de los débitos.

9. Cuidados de ostomias

La localización y las características del débito que presente.

- se registra si le paciente es portador de alguna ostomias, si la tuviera se registrara el lugar.

10. Escala de Glasgow

- se realizara la valoración neurológica del paciente teniendo un valor normal de 15/15.

A la vez se valorar las pupilas, diámetro que va desde 2 mm hasta 10mm, y la reactividad a la luz.

11. Movilidad del paciente

- se registrara la movilidad del, paciente que podrá ser activa, pasiva con ayuda

o sola, a la vez se valora y se registra la presencia de zonas de presión o la predisposición de presentar escaras en el paciente.

12. Dolor

- se registra la presencia de dolor en el paciente: SI o NO dando una puntuación de acuerdo a la escala analógica del 1 al 10.

13. Medicación

- se reporta el tratamiento de antibióticos, fecha de inicio, duración, etc.
- se reportara el esquema de soluciones que está recibiendo.

14. Observaciones

- en este acápite se registra, si es un traslado intrahospitalario, el reporte de todas las películas radiográficas, u otras, medicación, e historia clínica completa; a la vez se registra si los cultivos realizados en el paciente fueron positivos, el tipo de germen identificado.
- si es un traslado extra hospitalario, se registrara si se está remitiendo con la hoja de transferencia hospitalaria, tratamiento que deberá recibir, las fotocopias de laboratorios o películas de radiografías u otras que se entregaron a familiares.

15. Licenciada de referencia

- al finalizar la hoja se reportara con sello y firma la licenciada que está realizando la transferencia.

UTILIDAD

- La iniciativa de la realización del presente formulario, es por la necesidad que se observó a la llegada de pacientes trasferidos de otros centros a nuestro

Hospital, donde llegaron sin contar con alguna información de los procedimientos y tratamientos realizados, si fueron invasivos o no, y la situación hemodinámica, así como de su estado neurológico.

- Las modificaciones que se realizaron al formulario original, se hicieron según la necesidad que se vio en el transcurso de la aplicación del formulario.
- La utilidad que se observó fue grande, ya que la presentación del mismo es una idea global de los procedimientos realizados, el estado hemodinámico y general del paciente.
- Los resultados son positivos porque el formulario da a conocer el trabajo del personal profesional

Estado hemodinámico y general del paciente

- Los resultados son positivos porque el formulario da a conocer el trabajo profesional en su totalidad

REFERENCIAS

1. Arpenito L J. Planes de cuidados y documentación clínica en enfermería. Madrid: McGraw- Hill Interamericana, 2005
2. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma.S.A. Barcelona. 1988.Pág. 5.
3. Knight Macheca, M. K. Traslado de los clientes .En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 13 - 16.
4. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica. 3ª Ed.. Editorial Mosby S.A..Madrid. 1994. Pág. 331,332.
5. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermería. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág.7.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9-40.
10. Rodríguez Rodríguez J .P., Sastre Barceló J., Pérez Cascales C.I., Ibarra Sánchez J.M. Diseño de un sistema de evaluación de a calidad formal de a historia clínica. Todo Hosp 1994; 109:49.
11. añudo García S ., Canga Villegas E. La historia clínica. En: López Domínguez O. editor. Gestión de pacientes en el hospital. El servicio de Admisión y Documentación Clínica. Madrid: Olalla, 999; 39-80.



ENFERMERIA

Nº H.C.....
Nombre.....
Apellidos.....
Edad..... Sexo.....

INFORME DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

Traslado Intra – extra hospitalaria

Dx. De Ingreso Dx. De Egreso

1. Signos Vitales:

P.A.mm/Hg F.C.Lat./min. F.R.....resp./min. Tº.....°C Sat. O2.....%

2. DietaSNG Nº SOG
 Volumen..... Fecha de Instalación...../...../.....

3. Cuidados de sonda Vesical Nº de sonda..... Fecha de Instalación...../...../.....
 Fecha de cambio/...../.....

4. Oxigenoterapia Modalidad: Puntas Nasales Mascarilla
 Tubo en T Ventilación Mecánica Concentración
 Nº de TET..... Fecha de Intubación...../...../..... Traqueostomía
 Nº de tubo de Traqueotomía..... Fecha de instalación...../...../..... Fecha de curación/...../.....

5. Cuidado de vías venosas: Tipo de catéter..... Nº de catéter.....
 Localización..... Fecha de Instalación...../...../..... Fecha de curación...../...../.....
 Fecha de cambio de equipos/...../..... llave de 3 vías/...../.....

6. Curas y drenajes (tipo de heridas, localización, frecuencia de curación, cuantos drenajes, características de debito)
 Integridad de la piel

7. Cuidados de osteomía Colostomía ileostomía Urostomía

Localización: FID FIL Transverso
 Debito Liquidas Pastosas Normal

8. Escala de Glasgow..... Pupilas D/I

9. Movilización..... Escala de Norton

10. Dolor..... Puntuación

11. Medicación

Medicamento	Fecha de Inicio	Soluciones

12. Observaciones

Lic. Enfermería / de referencia Fecha...../...../.....

Firma



REGISTRÓ DE ENFERMERÍA EN EMERGENCIAS

NOMBRE Y APELLIDO
 EDAD TELÉFONO HCl.....

DATOS PREVIOS

HOJA Nº..... FECHA..... HORA DE ENTRADA..... ESPECIALIDAD.....
 MOTIVO DE LA CONSULTA.....
 MODO DE INGRESO: CAMINANDO SILLA DE RUEDAS CAMILLA OTROS.....
 TRAÍDO POR FAMILIARES AMIGOS SOLO AMBULANCIA OTROS.....

VALORACIÓN INICIAL

DOLORES TIPO..... LOCALIZACIÓN.....
 ALERGIAS NO CONOCIDAS SI A.....

NECESIDAD	NORMAL	ALTER.
CONCIENCIA		
RESPIRACIÓN		
PIEL		
SENSORIAL		
MOTILIDAD		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW		
VARIABLE	RESPUESTA	PUNTO
APERTURA OCULAR	ESPONTANEA	4
	AL HABLA	3
	AL DOLOR	2
RESPUESTA VERBAL	NULA	1
	ORIENTADO	5
	CONFIOSO	4
	FRASES INAPROPADAS	3
	GUÑIDOS (MIMETISMO)	2
RESPUESTA MOTORA	NULA	1
	OBEDIENCIA	6
	LOCALIZACIÓN	5
	RESPUESTA AL DOLOR	4
	REFLEJOS	3

VALORACIÓN DE PUPILAS..... EQ..... DEF.....
 GLASGOW HORA..... HORA..... HORA.....
 OTROS SIGNOS Y SÍNTOMAS.....
 NECESITA AYUDA SOCIAL NO SI POR.....
 RETIENE OBJETOS PERSONALES SI NO
 ENTREGADO A.....
 SIGNOS VITALES Y OTROS HORA.....

MEDICACIÓN Y SOLUCIONES

HORA				
FC.				
P.A.				
F.R.				
Tº				
NAUSEAS				
VÓMITOS				
DIURESIS				
DEPOSICIÓN				

PRUEBAS DIAGNOSTICAS

HEMOGRAMA HEMOCULTIVO RX. TÓRAX.....
 BIOQUÍMICA..... E.C.G.....
 PARCIAL DE ORINA..... ENDOSCOPIA.....
 UROCULTIVO..... VAL. XOTRA ESPECIALIDAD.....
 GASOMETRÍA..... ECOGRAFÍA ABDOMINAL.....
 HORA.....
 GLICEMIA.....

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA Y OTROS

O2..... SAT..... ADMINISTRADO POR: PUNTAS NAALES MASCARILLA OTROS.....
 NEBULIZACIÓN.....
 S.N.G..... MOTIVO..... LAV. GÁSTRICO/CARACTERÍSTICAS..... D/C.....
 SONDAJE VESICAL..... MOTIVO..... ORINA CARACTERÍSTICAS.....
 CURACIÓN PLANA DEBRIDACIÓN ZONA..... VENDAJE.....
 SUTURA SIMPLE POR PLANOS ZONA..... VENDAJE.....
 OTROS.....

PREPARACIÓN QUIRÚRGICA

ÚLTIMA INGESTA SÓLIDA HORA..... ÚLTIMA INGESTA LÍQUIDA HORA..... OTROS.....
 RETIRA: ÚTILES MÓVILES OBJETOS PERSONALES ENTREGADO A.....
 PREPARACIÓN DE ZONA RASURADO

 FIRMA EMERGENCIAS

 AUX. EMERGENCIAS



SERVICIO DE EMERGENCIA

Nº.....
 HORA.....
 FECHA.....

APELLIDOS Y NOMBRES.....
 INSTITUCIONAL S.U.S SOAT CALLE EDAD.....
 AMBULATORIO TRANSFERIDO INTERNADO SEXO F M

OCCUPACIÓN:..... FECHA DE NACIMIENTO:.....

DIRECCIÓN:..... C.I.:..... TELÉFONOS:.....

TIPO DE URGENCIA: I. Crítico II. Grave III. Moderado IV. Leve V. Rutinario

CAUSA DEL INGRESO: Lesión por Agresión Acc. De Tránsito Enf. Profesional Acc. de Trabajo
 Autoinflingidad Maltrato Infantil Enf. Común Violencia intrafamiliar
 Otros.....

MOTIVO DE LA CONSULTA:.....

ENFERMEDAD ACTUAL:.....

ANTECEDENTES:.....

EXAMEN FÍSICO:.....

SIGNOS VITALES: Peso..... Saturación de O₂..... P.A..... Pulso:..... FR:..... Temp.....

GLASGOW:	Apertura de ojos:	Respuesta Motora:	Respuesta Verbal:
*	Espontánea 4.....	* Obedece órdenes 6.....	* Orientada 5.....
*	A la voz 3.....	* Localiza dolor 5.....	* Confusa 4.....
*	Al dolor 2.....	* Movim. Retirada 4.....	* Incoherente 3.....
		* Elevación normal 3	

EXÁMENES COMPLEMENTARIOS: SI NO CUALES.....

DIAGNÓSTICO:.....

TRATAMIENTO:.....

VALORACIÓN POR MÉDICO ESPECIALISTA SI..... NO..... PRESENCIAL..... TELÉFONO.....
 SERVICIO: G.O. PED. MED. CIR. TR. OTROS.....

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
SIGNOS VITALES

HORA	MEDICACIÓN Y SOLUCIONES			
F.C.				
P.A.				
F.R.				
T°				Observaciones
Otros				

O₂.....SAT.....%ADMINISTRADO POR: PUNTAS NAALES MASCARILLA OTROS.....
 NEBULIZACIÓN.....
 S.N.G.....MOTIVO.....LAV. GÁSTRICO/CARACTERÍSTICAS.....D/C.....
 SONDAGE VESICAL.....MOTIVO.....ORINA CARACTERÍSTICAS.....
 CURACIÓN PLANA DEBRIDACIÓN ZONA.....VENDAJE.....

 FIRMA Y SELLO
 MEDICO ESPECIALISTA

 FIRMA Y SELLO
 MEDICO DE EMERGENCIA

 FIRMA Y SELLO
 ENFERMERA



ACTIVIDADES Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

HOJA DE OBSERVACIONES

NOMBRE		SERVICIO		fecha	
N° Historia Clínica					
N° Cama					
Control signos vitales.					
Control peso.					
Control estado de conciencia.					
Administración de oxígeno.					
Aspiración de secreciones.					
Nebulización.					
Control de la SNG.					
Aseo bucal.					
Beflo.					
Cambio de ropa.					
Aseo perineal.					
Cambio de posición.					
Levantar a la silla.					
Dieta.					
Asistencia alimentación.					
Medidas de seguridad - caídas.					
Control de micción.					
Control de Sonda Foley.					
Control de deposiciones.					
Recolección de muestra.					
Recejo de estudios de gabinete.					
Traslado de paciente.					
C post mortem.					
Curación.					
Nausea.					
Vómitos.					
Deposiciones.					
Dolor.					
Ansiedad.					
Fiebre.					
Secreciones.					
Visita médico tratante.					
Interconsulta.					
Junta Médica					
Información al paciente.					
Información a la familia.					
Evento adverso.					



REGISTRO DE ENFERMERÍA DE LA PREPARACIÓN PRE-OPERATORIA

FECHA: / /

AP. PATERNO AP. MATERNO NOMBRES EDAD SEXO ALERGIAS

DIAGNOSTICO PRE OPERATORIO CIRUGÍA

VISITA PRE OPERATORIA SI Fecha: / / hora realizado por

por anestesiología NO Especificar motivo

<p style="text-align: center;">AYUNAS</p> <p>Si <input type="checkbox"/> Tiempo</p> <p>No <input type="checkbox"/> Por que</p>	<p>Información previa a la cirugía brindada por</p> <p>Estado emocional:</p> <p>Tranquilo <input type="checkbox"/> Ansioso <input type="checkbox"/></p> <p>Estresado <input type="checkbox"/> Hos I <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">ENEMA DE LIMPIEZA</p> <p>Si <input type="checkbox"/> Efecto <input type="checkbox"/></p> <p>No <input type="checkbox"/> Por que</p>	<p style="text-align: center;">NIVEL DE CONCIENCIA</p> <p>Consciente y orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/></p> <p>Obnubilado <input type="checkbox"/> Estuporoso <input type="checkbox"/></p> <p>Inconsciente <input type="checkbox"/></p> <p>Causa</p>
<p style="text-align: center;">HIGIENE</p> <p>Baño de ducha <input type="checkbox"/> Baño de esponja <input type="checkbox"/></p> <p>Ninguna <input type="checkbox"/> Por que</p>	<p style="text-align: center;">ANTECEDENTES PATOLÓGICOS IMPORTANTES</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial <input type="checkbox"/></p>
<p style="text-align: center;">PREPARACIÓN DE LA ZONA OPERATORIA</p> <p>Tricotomía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Zona</p> <p>Lavado con</p>	<p style="text-align: center;">MEDICAMENTO QUE RECIBE</p> <p>Anticoagulante <input type="checkbox"/> (especificar)</p> <p>An hipertensores <input type="checkbox"/> (especificar)</p> <p>Hipoglicemiantes <input type="checkbox"/> (especificar)</p> <p>Otros</p>
<p>Micción antes de la cirugía Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Prótesis retirada Si <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/></p> <p>Tipo de prótesis</p> <p>Depositado en</p> <p>Entregado a</p>	<p style="text-align: center;">OBJETOS DE VALOR</p> <p>Especificar que</p> <p>Depositadas en</p> <p>Entregados a</p>
<p style="text-align: center;">EXPEDIENTE CLÍNICO</p> <p>Historia clínica completa si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Hemograma: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Coagulograma: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Glicemia: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> valores:</p> <p>EGO: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Valoración cardiológica: si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/></p> <p>Otros estudios: RX <input type="checkbox"/> EGC <input type="checkbox"/> Tomografía <input type="checkbox"/></p> <p>Ecografía <input type="checkbox"/> Resonancia magnética <input type="checkbox"/> Biopsias <input type="checkbox"/></p>	<p style="text-align: center;">PACIENTE VAA CIRUGÍA CON:</p> <p>SNG <input type="checkbox"/> Sonda rectal <input type="checkbox"/> S. vesical <input type="checkbox"/></p> <p>Canalizado <input type="checkbox"/> Via perif. <input type="checkbox"/> Via central <input type="checkbox"/></p> <p style="text-align: center;">SIGNOS VITALES</p> <p>FC P/A RESP T°</p>
<p>Consentimiento firmado si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> por que</p> <p>Para la cirugía si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> por que</p> <p>Para la anestesia si <input type="checkbox"/> no <input type="checkbox"/> por que</p>	<p>Profilaxis Antibiótica</p> <p>Premedicación</p>

OBSERVACIONES:

.....
Firma Licenciada en Enfermería

.....
Firma Auxiliar en Enfermería

ENFERMERÍA CUIDADOS MÍNIMOS HOSPITAL ARCO IRIS



ENFERMERÍA EMERGENCIAS HOSPITAL ARCO IRIS



LISTA DE COTEJO PARA RECLUTAMIENTO DE PERSONAL DE ENFERMERÍA

Lic. Luz Patiño¹

RESUMEN

La implementación de este instrumento de calidad está dirigido a todo el personal de enfermería de nuevo ingreso a la institución, permitiendo a la Dirección de Enfermería contar con un instrumento de bienvenida al personal, otorgando manuales de procesos y procedimientos propios de la institución, posteriormente servirá para la evaluación del personal

Palabras clave: calidad, instrumento, evaluación

ABSTRACT

The implementation of this quality instrument is intended for all new nurses entering the institution, allowing the Nursing have a welcoming staff instrument, granting process manuals and procedures of the institution, then serve for staff evaluation

Keywords: quality, instrument, evaluation

1. Directora de Enfermería Hospital Arco Iris

INTRODUCCIÓN

En el presente instrumento se considera la carta de bienvenida para el personal de nuevo que incluye la entrega de una serie de información que le servirá para el desarrollo de su trabajo.

Entre los documentos entregados figura el manual de normas del servicio, funciones, código de Ética institucional, Reglamento interno. Se incluye también la descripción del puesto de trabajo, la presentación a sus compañeros y jefes inmediatos superiores.

ORIGEN

El presente instrumento tiene origen posterior a una revisión de documentos de Reclutacion e inducción de personal realizado generalmente por RRHH; se reajustó conforme a las necesidades del Hospital.

PARTES DEL INSTRUMENTO

El instrumento está formado por una serie de pasos que se debe verificar en los requisitos que enmarca.

1ra parte.

Datos generales del funcionario, fecha de ingreso al hospital y las fechas de inducción en el servicio

2da parte.

Consta de una lista de chequeo en la que agrupan 9 puntos en la que se consta si el personal de enfermería nuevo recibió la orientación requerida durante el periodo de inducción en el servicio, permitiéndonos marcar el "si" o el "no"

- Familiarización que consiste en que el nuevo funcionario fue presentado al

jefe inmediato superior en una primera entrevista.

- Presentación a la enfermera de forma formal a todo el personal con el cual tendrá que trabajar
- Si se realizó la orientación respectiva sobre los horarios de trabajo, uniforme, permisos, vacaciones, documentación
- Se da a conocer la misión, la visión, la organización del hospital en forma general y del departamento de enfermería.
- De la documentación entregada si se entregó de forma física el manual de normas, funciones y procedimientos documento importante que debe conocer la enfermera para regir su actividad asistencial o administrativa.
- Código de Ética Institucional documento importante para la nueva funcionaria al cual debe atenderse para realizar sus procesos.
- Reglamento interno de la institución que es un documento importante, base de la normativa institucional
- Descripción de Dependencia que es el punto en que se describe al personal sus inmediatos superiores, las inter relaciones que guarda con otros profesionales y con el equipo multidisciplinario

3ra parte

Punto en el cual una vez concluida la inducción se procede a la entrega de la documentación razón por la cual se solicita la firma del funcionario, del inmediato superior y de Dirección incluida la fecha en que se realizó este proceso

La hoja debe ir archivada a la documentación del funcionario en RRHH.

UTILIDAD

Se realizó el uso del presente instrumento desde esta gestión lo que resultó muy productivo tanto para el personal nuevo como para la Dirección de Enfermería ya que desde el inicio se da a conocer al personal sobre lo que esperamos del empleado, lineamientos documentados de la actividad asistencial cumpliendo los estándares de calidad dentro de la institución

REFERENCIAS

1. Cejas YE .Un análisis de la definición de competencia laboral. [Monografía en internet] México: 2008 [acceso 7 de septiembre del 2008] Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos22/competencialaboral/competencia-laboral.zip>
2. Gómez V C, Pérez R M. Las Competencias profesionales que poseen las enfermeras del Hospital General "Dr. Manuel Gea González" en los servicios de cirugía general y medicina interna. [Tesis de licenciatura]. México: Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, UNAM; 2002.
3. Delclos G, BrightK, Carson A, Felkner S, Mackey T, Morandi M, et al Aglobal survey of occupational health competencies and curriculum. Int J Occup Environ Health. 2005;11: 185–198
4. Como perciben los errores los profesionales de Enfermería, Educación continuada". Revista Nursing. Edición española 2008. Noviembre .Pág. 58
5. Calidad y Organización Asistencial<http://www.slideshare.net/sanidadyconsumo/observatorio>
6. Para la seguridad del paciente del sistema sanitario de andaluca CHIAVENATO, Adalberto, "Administrador de Recursos humanos"<http://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v24n1/art2.htm#cuad>
7. Dirección Nacional de Enfermería/ MINAS "Estándares de enfermería"<http://www.minsa.gob.ni/enfermeria/doc/O6.PDFestandares>
8. Estrategias para Seguridad del Paciente" Recomendaciones del taller de expertos http://www.msc.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/excelencia/opsc_sp1.pdf
9. Efectos Adversos Ligados a la Hospitalización; Convenio 2006 http://www.errorenmedicina.anm.edu.ar/pdf/recursos/documentos/43_Estudio_ENEAS.pdf
10. SUÁREZ, Raúl. Componentes de los Instrumentos de Evaluación de Competencias Profesionales. Disponible en: <http://www.slideshare.net/suarezrp>. Lima: Agosto del 2009



DIRECCION DE ENFERMERÍA

INDUCCION Y ORIENTACION
PERSONAL DE ENFERMERÍA
HOSPITAL ARCO IRIS

LISTA DE COTEJO Y CONSTANCIA DE INDUCCION

PERSONAL DE ENFERMERIA

Nombre del funcionario.....Área.....

Fecha de ingreso al hospital.....Fecha de inducción.....

DESCRIPCION	SI	NO
FAMILIARIZACION.- Tuvo una primera entrevista con el jefe inmediato,		
Se presento al funcionario formalmente al personal del servicio		
Se oriento al funcionario la ubicación física del área de trabajo		
Orientación sobre horarios de trabajo, uniforme , presentación de documentos		
CONOCIMIENTOS DE PROCESOS Y PROCEDIMIENTOS.- Se da a conocer la Misión, Visión y organización del Hospital		
DOCUMENTACION ENTREGADA.- Se realiza la descripción de funciones por escrito y explicación de las mismas		
Se entrega código de Ética Institucional		
Se entrega el reglamento interno del Hospital		
DESCRIPCION DE DEPENDENCIA		

FIRMA DEL FUNCIONARIO.....FECHA.....

FIRMA DEL RESPONSABLE.....

FIRMA DE DIRECCION DE SERVICIO

CURSO INTERNACIONAL DE ACTUALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA

VISITA DE LA LIC. YOLANDA MALDONADO DE MÉXICO



PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN EN PACIENTE HOSPITALIZADO

Lic. Luz Patiño¹
Lic. Marisol Colque²

RESUMEN

Se presenta el indicador de prevención de úlceras por presión que permitirán valorar al paciente en relación a factores de riesgo, clasificación y medidas preventivas al paciente internado

Palabras clave: Úlceras por presión, prevención

ABSTRACT

We present the pressure ulcer indicator that must be provided to all patients, to value them about risk factors, classification and prevention in all the patients that are admitted and stay for a certain period of time.

Keywords: Pressure ulcers, prevention

INTRODUCCIÓN

La Prevención de las úlceras por presión es un método por medio del cual se promueve, conserva y restablece la integridad del tejido tegumentario y tiene por objeto asegurar y evitar la pérdida de la continuidad de la piel para el bienestar para el paciente

Las úlceras por presión representan un importante problema asistencial, debido a su prevalencia y el impacto sobre la salud y la calidad de vida de los pacientes y en la actualidad, uno de los más importantes retos del que hacer de los profesionales de enfermería.

El desarrollo de úlcera por presión supone la precipitación de otros problemas, por lo que su prevención es primordial, además de un indicador de la calidad asistencial.

DEFINICIÓN

Úlceras por presión: Lesión de origen isquémico localizada en la piel y tejido subyacentes producida por la acción combinada de factores extrínsecos, entre los que se destacan las fuerzas de presión, tracción y fricción; siendo determinante la relación presión-tiempo.^{1,2,3}

ETIOLOGÍA DE ÚLCERAS PRO PRESIÓN

PRESIÓN: Es una fuerza que actúa perpendicular a la piel, como consecuencia de la gravedad, provocando un aplastamiento tisular entre dos planos, uno perteneciente al paciente y otro externo a él (sillón, cama, sondas, etc.). La presión capilar oscila entre 6-32 mmHg. Una presión superior a los 32 mmHg. ocluirá el flujo sanguíneo capilar en los tejidos blandos provocando una hipoxia y si no se alivia una necrosis de los mismos.

FRICCIÓN: Es una fuerza tangencial que actúa paralelamente a la piel, lo cual supone roces, por movimiento o arrastre.

FUERZA EXTERNA DE PINZAMIENTO VASCULAR: Combina los efectos de la presión y fricción (posición de Fowler, que produce deslizamiento del cuerpo, que puede provocar presión en sacro y presión sobre la misma zona)

MACERACIÓN: Provocada por exceso de humedad como ser incontinencia fecal, urinaria, sudoración profusa o técnica defectuosa de secado de la piel tras el lavado. Produce deterioro de la piel y edema, disminuyendo su resistencia y haciéndola más predispuesta a la erosión y ulceración.

CLASIFICACIÓN.

GRADO I (Imagen N. 1)

Imagen N° 1



Alteración observable en la piel íntegra, relacionada con la presión, que se manifiesta por un eritema cutáneo que no palidece al presionar; en pieles oscuras pueden presentar tonos rojos, azules o morados en comparación con un área (adyacente u opuesta) del cuerpo no sometido a presión; puede incluir cambios en uno o más de los siguientes aspectos:

- Temperatura de la piel (caliente o fría).
- Consistencia del tejido (edema o induración).
- Sensaciones (dolor, escozor).

GRADO II (Imagen N.2 y 3)

Imagen N° 2



Imagen N° 3



Pérdida parcial del grosor de la piel que afecta a la epidermis, dermis o ambas. Úlcera superficial que tiene aspecto de abrasión, ampolla o cráter superficial.

GRADO III (Imagen N. 4)

Imagen N° 4



Pérdida total del grosor de la piel que implica lesión o necrosis del tejido subcutáneo que puede extenderse hacia abajo, pero no por la fascia subyacente. Puede presentarse en

forma de cráter a menos que se encuentre cubierto por tejido necrótico.

GRADO IV (Imagen N. 5 y 6)

Imagen N° 5



Imagen N° 6



Pérdida total del grosor de la piel con destrucción extensa, necrosis del tejido o lesión en músculo, hueso o estructura de sostén (tendón, cápsula articular, etc.). En este estadio pueden presentarse lesiones con cavernas, tunelizaciones o trayectos sinuosos.

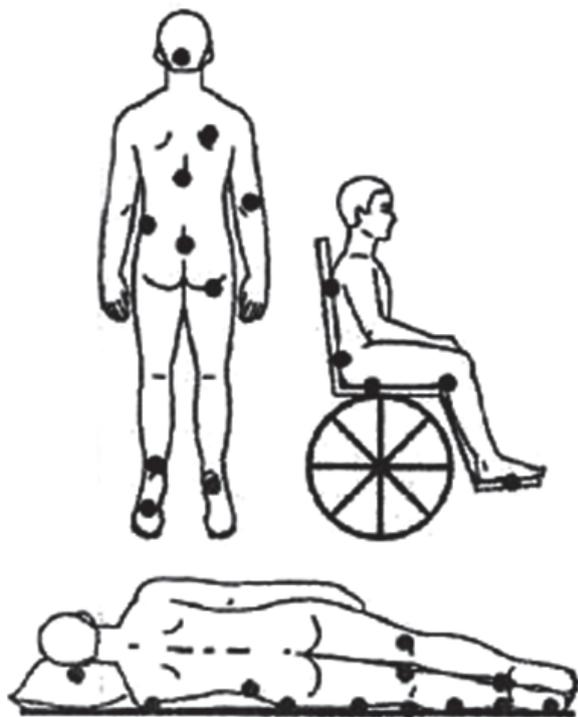
En todos los casos que proceda, deberá retirarse el tejido necrótico antes de determinar el estadio de la úlcera.

LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES EN ORDEN DESCENDIENTE. (IMAGEN N.6)

- Sacro.
- Talón.

- Maléolos externos.
- Glúteos.
- Trocánteres.
- Escápulas.
- Isquion.
- Región occipital.
- Codos.
- Crestas ilíacas.
- Orejas.
- Apófisis espinosas.
- Cara interna de las rodillas.
- Cara externa de las rodillas.
- Maleolos internos.
- Bordes laterales de los pies.

Imagen N° 7



LOCALIZACIONES MÁS FRECUENTES DE LAS ÚLCERAS IATROGÉNICAS

- Nariz: Por exposición prolongada de la mascarilla de oxígeno.
- Labios, lengua y encías: Por uso inadecuado de tubos endotraqueales.
- Meato urinario: Por tiempo prolongado de sonda vesical.
- Alas de la nariz: Por exposición prolongada de sonda nasogástrica.
- Mucosa gástrica y rectal: Por sonda nasogástrica y rectal.
- Cintura pelviana y zonas blandas: Por pliegues de las sábanas o ropa de cama
- Muñecas y codos: En personas sometidas a sujeción mecánica.

VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

Se debe tener en cuenta el estado físico, psíquico y social, para conseguir una visión global de la persona y sus circunstancias, con el fin de adecuar las actuaciones de enfermería a las necesidades detectadas. Una vez realizada la valoración general, las actuaciones de enfermería irán encaminadas a la prevención y cuidado de la integridad de la piel.

RIESGO DE DESARROLLO DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

a) FISIOPATOLÓGICOS

- Lesiones cutáneas: Edema, sequedad de la piel, falta de elasticidad.
- Trastornos en el transporte de oxígeno: Trastornos vasculares periféricos, éstasis venoso, trastornos cardiopulmonares.
- Deficiencias nutricionales: desnutrición, obesidad, hipoproteinemia, deshidratación.
- Trastornos de inmunidad por cáncer, infección.

- Alteración del estado de conciencia como estupor, confusión o coma.
- Deficiencias motoras: Paresia y parálisis.
- Deficiencias sensoriales: Neuropatías, pérdida de la sensación dolorosa.
- Alteración de la eliminación: Incontinencia urinario o fecal.

b) DERIVADOS DEL TRATAMIENTO

- Inmovilidad impuesta
- resultado de determinadas alternativas terapéuticas: como escayolas, tracciones, respiradores, etc.
- Tratamientos o fármacos que tienen acción inmunosupresora, radioterapia, corticoides, citostáticos.
- Sondajes con fines diagnósticos y/o terapéutico: sondaje vesical, nasogástrico, etc.

c) SOCIO- ECONÓMICOS

- Hábitos higiénicos inadecuados o insuficientes.
- Desconocimiento de los factores que amenazan la integridad de los tejidos y la forma de evitarlos
- Bajo nivel económico con baja calidad en nutrición

PACIENTES DE RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN:

- Parálisis cerebral o lesión medular debido a su extensa pérdida de función sensorial o motora.
- Disminución del nivel de conciencia por cualquier causa, dado que las percepciones normales que estimulan los

cambios de postura, están reducidas o ausentes.

- Deficiencia del estado nutricional o dieta insuficiente en aporte proteico.
- Mayores de 85 años, debido a la mayor frecuencia de problemas en la movilización, incontinencia, delgadez y disminución de la capacidad del sistema circulatorio.
- Los pacientes encamados o en silla de ruedas, especialmente si dependen de los demás para moverse.

REFERENCIAS

1. Ortega M, Suarez M, "Manual de supervisión de calidad de los servicios de enfermería", editorial medica panamericana, 2da edición, 2009; 81-94.
2. Balderas M, "Administración de los servicios de enfermería"; edición interamericana; 5ta edición; 2009; 153-157.
3. Bermúdez, M.: "Úlceras de decúbito". En: Medicina interna en el paciente geriátrico". Madrid. Sanidad S.A. Ediciones. 1989; 52-58.
4. Gutiérrez Fernández, F.: "Prevenir las úlceras por presión es garantizar la calidad asistencial". Enfermería Científica, 1993; 140: 7-10.
5. Domínguez Alcón, C. "Cuidado informal, redes de apoyo y políticas de vejez". Index de Enfermería, 1998; VII 23: 15-21.
6. García Boada, M. "Enfermería y tercera edad". Rol de Enfermería. 1998; 117: 29-31.

7. Guía para cuidar en casa un enfermo terminal. Deborah Duda; Ed. Pax, México 1987; 58.
8. Santo Tomás, M. Historia de la Enfermería. Enfermería fundamental. Ed. Masson . 1994, Barcelona: 3-1290
9. Bautista Paredes Lorena, Esparza Guerrero Mónica, Ortega Angulo Julia. Las Úlceras por Presión en Pacientes Sometidos a Ventilación Mecánica en la Unidad de Cuidados Intensivos e Intermedios del INER. Rev.Inst. Nal. Enf. Resp. Mex 2004; 17(2):91-99.
10. Govern de les Illes Balears. Consejería de Salud. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión, 2007. (GIB) Disponible en: www.caib.es/govern/sac/fitxa.do?lang=es&codi=148737&coduo=273
11. Guerra Romero L. La medicina basada en la evidencia: un intento de acercar la ciencia al arte de la práctica clínica. Med Clin (Barc) 1996;107: 377-382.

EXPERIENCIA HOSPITAL ARCO IRIS

PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN - ESCALA DE NORTON

ESTADO GENERAL		ESTADO METAL		ACTIVIDAD		MOVILIDAD		INCONTINENCIA	
INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR	INDICADOR	VALOR
BUENO	4	ALERTA	4	CAMINA SOLO	4	TOTAL, BIEN	4	NO INCONTINENTE	4
DÉBIL	3	APÁTICO	3	CAMINA CON AYUDA	3	LIGERAMENTE LIMITADA	3	OCASIONAL	3
MALO	2	CONFUSO	2	SILLA DE RUEDAS	2	MUY LIMITADA	2	INCONTINENCIA URINARIA O FECAL	2
MUY MALO	1	ESTUPOR	1	EN CAMA	1	INMÓVIL	1	DOBLE INCONTINENCIA	1

ESCALA DE CLASIFICACIÓN DE RIESGO

CLASIFICACIÓN DEL RIESGO SEGÚN LA ESCALA DE NORTON	
ÍNDICE DE 5 A 11	MUY ALTO
ÍNDICE DE 12 A 14	EVIDENTE
ÍNDICE MAYOR DE 14	MÍNIMO, SIN RIESGO

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE PREVENCIÓN DE ULCERAS POR PRESIÓN



HOSPITAL ARCO IRIS
DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA
GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ENFERMERÍA

Fecha:

Turno:

Servicio:

OBJETIVO DE LA APLICACIÓN: Identificar a los pacientes con riesgo de desarrollar úlceras por presión, con base en la valoración de la escala de Norton.

Nº	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SI	NO	TOTAL
1.	Utilizar la escala de valoración	10			
2.	Apertura de la hoja de cambios de posición	10			
3.	Efectuar cambios de posición cada dos horas.	20			
4.	Conservar la piel limpia	10			
5.	Mantener la piel seca mediante el cambio de ropa de vestir y de cama	10			
6.	Lubricar la piel después del baño y una vez por turno, por medio de masajes en sentido circular siempre y cuando la piel este intacta.	10			
7.	Evitar las fuerza de fricción, lo que significa que la cama no debe estar a más de 30° durante un lapso mayor de 2 horas	10			
8.	Aplicar medidas mecánicas para evitar la presión, como el uso de colchón de presión alterna u otros dispositivos.	10			
9.	Mejorar la nutrición lo antes posible	10			
	TOTAL	100 Puntos			

INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN DE TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN

		HOSPITAL ARCO IRIS DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA GESTIÓN DE CALIDAD Y SEGURIDAD DE ENFERMERÍA			
Fecha:		Turno:		Servicio:	
CRITERIO DE APLICACIÓN: Identificar a los pacientes Con úlceras por presión.					
Nº	PROCEDIMIENTO	VALOR 100%	SI	NO	TOTAL
1.	Higiene de manos estricto antes y después de atender las úlceras del paciente	10			
2.	Lavar la zona lesionada con solución estéril y técnica aséptica	10			
3.	Aplicar el medicamento tópico prescrito y seguir con protocolo	5			
4.	Evitar el empleo de hules o cualquier otro material que pueda producir lesión al paciente	10			
5.	Colocar en la cama el colchón de presión alterna o cualquier otro dispositivo diseñado para disminuir la presión y mejorar la circulación	5			
6.	Realizar cambios de posición y dar masajes en las zonas sometidas a presión	10			
7.	Ofrecer el orinal y chata frecuentemente para estimular en el paciente el control de esfínteres	5			
8.	Cambiar la sabana y proporcionar cuidados a la piel con la frecuencia necesaria para mantener seco al paciente	10			
9.	Proporcionar alimentos a intervalos cortos que aseguren una buena nutrición	5			
10.	Vigilar continuamente los factores ambientales que puedan producir zonas de presión: sábanas arrugadas, objetos en la cama	5			
11.	Observar y registrar características del exudado de la úlceras	10			
12.	Tomar muestra del exudado para cultivo y enviarla al laboratorio de microbiología	5			
13.	durante el baño lavar bien con agua y jabón las zonas cercanas a las úlceras y las regiones situadas en las prominencias Óseas	10			
TOTAL		100 Puntos			

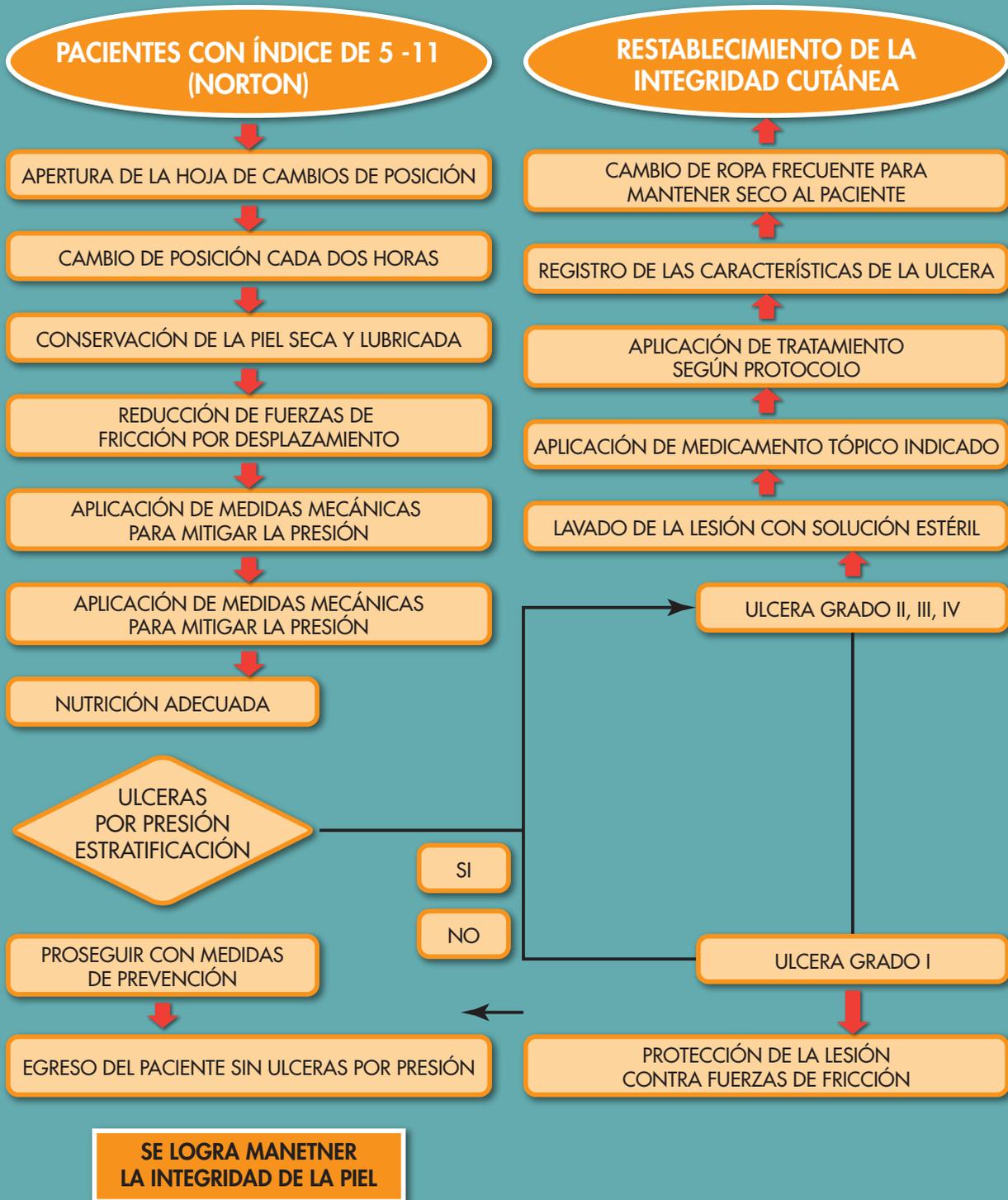
PROGRAMA CAMBIO DE POSICIONES

NOMBRE DEL PACIENTE:

DIAGNOSTICO:

FECHA	POSICIÓN	HORAS	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	DECÚBITO LATERAL DERECHO 	9 - 11 - 13		
	DECÚBITO DORSAL 	15 - 17 - 19		
	DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO 	21 - 23 - 1		
	DECÚBITO VENTRAL 	3 - 5 - 7		
FECHA	POSICIÓN	HORAS	RESPONSABLE	OBSERVACIONES
	DECÚBITO LATERAL DERECHO 	9 - 11 - 13		
	DECÚBITO DORSAL 	15 - 17 - 19		
	DECÚBITO LATERAL IZQUIERDO 	21 - 23 - 1		
	DECÚBITO VENTRAL 	3 - 5 - 7		

FLUJO GRAMA N° 2 PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE ULCERAS POR PRESIÓN





DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA



DIRECCIÓN DEL HOSPITAL ARCO IRIS

Av. 15 de Abril y Aparicio, Plaza villarroel
Telf.: 221 6021 - 226 0058 • Fax: 2217376
E-mail: hospital_arcoiris@hotmail.com
Web: arcoiris.org.bo

La Paz - Bolivia

**Porque tu salud
es lo más importante**

