



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS,
ADMINISTRATIVAS Y DE COMERCIO**

DIRECCIÓN DE POSGRADOS

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGÍSTER EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL
HOSPITALARIA**

**TEMA: ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS
ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO
DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO**

AUTORA: LCDA. MARÍA ISABEL AYO

DIRECTOR: LCDA. REBECA DROIRA

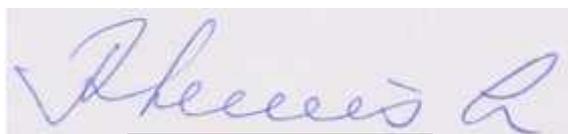
SANGOLQUÍ

2015

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS-ESPE**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y
DE COMERCIO****MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA****CERTIFICADO**

Certificamos que el presente proyecto **“ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO”** fue realizado por la Licenciada María Isabel Ayo Sanguano, estudiante de la VII de Promoción de la MAGH, bajo nuestra dirección.

Sangolquí, Septiembre de 2015.



Lcda. Rebeca Droira
Directora de Tesis



Lcda. Vilma López
Oponente de Tesis

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS-ESPE
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN Y VINCULACIÓN CON LA
COLECTIVIDAD
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y
DE COMERCIO
UNIDAD DE GESTIÓN DE POSTGRADOS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA

AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD

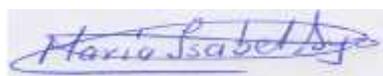
María Isabel Ayo Sanguano

DECLARO QUE:

El proyecto de tesis denominado **“ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO”**, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respeto derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el pie de página correspondiente, cuyas fuente se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi autoría.

En virtud de esta declaración me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del proyecto de grado en mención

Sangolquí, Septiembre de 2015



Lcda. Isabel Ayo

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA

AUTORIZACIÓN

Yo María Isabel Ayo Sanguano, autorizo a la Universidad de las Fuerzas Armadas ESPE la publicación de la tesis de mi autoría con el tema: “ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO”, en el repositorio institucional.

Sangolquí, Septiembre de 2015



Lcda. Isabel Ayo

DEDICATORIA

A mis dos hijos que con su paciencia, comprensión, ayuda y amor han sabido darme la fuerza necesaria para culminar la meta, a mis padres motivo de incentivo para luchar por lo que uno se propone, a ellos mi esfuerzo

AGRADECIMIENTOS

A mi Directora de Tesis Lcda. Rebeca Droira por su confianza, su tiempo y ayuda en este proyecto. A la Economista Rosita López por su paciencia y guía, a los Docentes de la Universidad de las Fuerzas Armadas por su esfuerzo y constancia en prepararme. A todo el personal de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo y a mi compañera Thelma quien ha contribuido con sus comentarios al desarrollo de este proyecto.

ÍNDICE DE CONTENIDO

CERTIFICADO	II
AUTORÍA DE RESPONSABILIDAD.....	III
AUTORIZACIÓN.....	IV
DEDICATORIA.....	V
AGRADECIMIENTOS	VI
ÍNDICE DE CONTENIDO	VII
ÍNDICE DE FIGURAS.....	IX
ÍNDICE DE CUADROS	X
ÍNDICE DE ANEXOS	XII
RESUMEN.....	XIII
ABSTRACT.....	XIV
CAPÍTULO I	
1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN.....	1
1.1. Título de la Tesis	1
1.2. Antecedentes del Hospital Eugenio Espejo	1
1.2.1. Reseña Histórica del Hospital Eugenio Espejo.....	1
1.2.2. Estructura Organizacional.....	3
1.2.3. Productos y servicios	5
1.2.4. Misión de Hospital Eugenio Espejo	6
1.2.5. Visión del Hospital Eugenio Espejo	6
1.2.6. Valores del Hospital Eugenio Espejo	7
1.2.7. Servicio de Medicina Interna.....	8
1.2.8. Estructura física del Servicio de Medicina Interna.....	8
1.2.9. Misión del servicio de Medicina Interna	13
1.2.10. Visión del Servicio de Medicina Interna	13
1.2.11. Estructura Organizacional.....	13
1.2.12. Asistencia de Enfermería.....	14

1.2.13. Funciones de la Enfermera de Cuidado Directo	16
1.2.14. Función Administrativa	17
1.2.15. Función Docente	17
1.2.16. Función de Investigación	18
1.3. Planteamiento del problema	18
1.3.1. Antecedentes	18
1.3.2. Planteamiento del problema.....	20
1.3.3. Formulación del Problema a Resolver.....	21
1.4. Objetivo General	21
1.5. Objetivos Específicos	21
1.6. Justificación	21
 CAPÍTULO II	
2.1. Marco Referencial	23
2.1.1. Base Legal.....	23
2.1.2. Fundamentación Teórica.....	27
2.1.3. Marco Conceptual.....	46
 CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	48
3.1. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN.....	49
 CAPÍTULO IV	
4. PROPUESTA	51
4.1. “Manual de Procedimientos Técnico y Administrativo de Enfermería para el Servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo”	51
 CAPITULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	365
5.1. Conclusiones.....	365
5.2. Recomendaciones:.....	365
BIBLIOGRAFÍA.....	366
GLOSARIO	371

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Hospital Eugenio Espejo.....	1
Figura 2. Orgánico por Procesos	4
Figura 3. Medicina Interna.....	8
Figura 4. Área física del servicio de medicina interna del hospital de especialidades Eugenio Espejo.....	11

ÍNDICE DE CUADROS

Cuadro 1. Estándar de la atención de enfermería en pacientes con convulsiones	60
Cuadro 2. Estándar de la atención de enfermería en pacientes con diabetes mellitus	73
Cuadro 3. Estándar de la atención de enfermería en el plan de egreso del paciente diabético	78
Cuadro 4. Estándar de la atención de enfermería en la administración de insulina.....	83
Cuadro 5. Estándar de la atención de enfermería en la hipertensión arterial.....	94
Cuadro 6. Estándar de atención de enfermería en las complicaciones de la hipertensión arterial	106
Cuadro 7. Estándar de la atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide.....	113
Cuadro 8. Estándar de atención de enfermería del plan de egreso de pacientes con artritis reumatoidea	120
Cuadro 9. Estándar de atención de enfermería en el lupus eritematoso	124
Cuadro 10. Estándar de la atención de enfermería del adulto mayor	139
Cuadro 11. Estándar de la atención de enfermería en pacientes con tuberculosis.....	149
Cuadro 12. Estándar de la atención de enfermería en el plan de egreso de pacientes con tuberculosis pulmonar.....	154
Cuadro 13. Estándar de atención de enfermería en pacientes con cirrosis hepática.....	170
Cuadro 14. Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso en pacientes con cirrosis hepáticas.....	174
Cuadro 15. Estándar de la atención de enfermería en pacientes con pancreatitis	185
Cuadro 16. Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso en pacientes con pancreatitis.....	188

Cuadro 17. Estándar de la atención de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica	198
Cuadro 18. Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso de pacientes con insuficiencia renal crónica	203
Cuadro 19. Estándar de atención de enfermería en pacientes con sida.....	219
Cuadro 20. Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso en el paciente con sida	223
Cuadro 21. Estándar de atención de enfermería en el aislamiento del paciente.....	231

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1. Guía de Observación

Anexo 2. Entrevista no estructurada

RESUMEN

En el presente trabajo se expone la reseña histórica del Hospital Eugenio Espejo desde su inicio hasta la fecha, las ofertas médicas que ofrece, se describe la misión, la visión, la organización por procesos. Posteriormente se establece el problema a estudiar, se determinan el objetivo general, objetivos específicos de la tesis y la justificación del tema de investigación. Una vez que se ha puesto en conocimiento en forma general al Hospital Eugenio Espejo, se ha realizado un análisis situacional del Servicio de Medicina Interna donde se describe la distribución del área física, cuanto personal trabaja y cuáles son las actividades que realiza principalmente la enfermera, la misión y la visión del servicio de medicina interna utilizando una metodología e instrumentos que nos ayudaran a alcanzar nuestros objetivos. Se elabora la propuesta que está determinada por un manual de protocolos de atención de enfermería de las patologías más frecuentes y la medicación más utilizadas en el servicio, utilizando la metodología NANDA que está en la actualidad de acuerdo con los parámetro de Acreditación y para la medicación se utiliza parámetros como la descripción de mecanismos de acción, farmacocinética, indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos, interacción y se enfatiza la responsabilidad de la enfermera en la administración de la medicación, dando una atención de calidad y seguridad al paciente. Por último se incluyen conclusiones y recomendaciones que espero sean acogidas para mejorar la calidad de atención de enfermería en los usuarios del Servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

PALABRAS CLAVES:

MEDICINA INTERNA, MANUAL DE PROTOCOLOS, ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN, METODOLOGÍA NANDA.

ABSTRACT

In this paper the historical review of Eugenio Espejo Hospital is exposed from its beginning to these days, medical deals offered, mission, vision, organization of processes described. Subsequently we set the problem of studying, the general objective, specific objectives of the thesis and justification of the research topic are determined. Once we got aware in a general way about Eugenio Espejo Hospital, we have conducted a situational analysis of Internal medical care where we describe the distribution of the physical area, the staff work and what the activities are primarily of nurses, the mission and vision of internal medicine using a methodology and tools to help us achieve our goals. The proposal is determined by a manual nursing care protocols of the most common diseases and medication most used in the service, using the NANDA methodology, it is currently under the parameter of Accreditation and medication is made also under parameters such as the description of actioning mechanisms, pharmacokinetics, indications, contraindications, side effects, interactions used and responsibility of nurses in the administration of medication is emphasized, giving quality care and patient safety. Finally conclusions and recommendations that I hope you are welcomed to improve the quality of nursing care at users of the Service of Internal Medicine at Hospital Eugenio Espejo included.

KEYWORDS:

INTERNAL MEDICAL, MANUAL NURSING, ADMINISTRATION OF MEDICATION, NANDA METHODOLOGY

ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

El Hospital Eugenio Espejo forma parte del Sistema Nacional de Salud es una institución de tercer nivel, que ofrece servicios a la comunidad con sus ofertas de atención médica especializada.

Dentro del equipo multidisciplinario se encuentra el departamento de enfermería que contribuye con el cuidado y atención del paciente en una forma directa y que día a día busca el mejoramiento continuo en su trabajo, a través de cursos de capacitación, mejoramiento tecnológico e investigación.

La enfermera debe brindar seguridad a los pacientes con una atención de calidad, ser eficiente y eficaz en cada una de las actividades que realiza sin dejar la parte humana del profesional que es la característica de una enfermera con vocación.

El servicio de Medicina interna cuenta con profesionales de enfermería que de cierta manera trabajan en una forma mecánica, no hay un manual de protocolos en el cual el personal se pueda guiar en su trabajo diario, por lo que la implantación de un manual de que oriente la intervención de enfermería ante determinado problema del paciente, contribuirá a mejorar la atención y recordara al personal que estamos para servir a un ser humano y ayudarlo a recuperar su salud, a mantenerla o ayudar a aceptar y vivir con determinadas patologías.

CAPÍTULO I

1. CONTEXTO DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Título de la Tesis

“ELABORACIÓN DE PROCEDIMIENTOS TÉCNICOS ADMINISTRATIVOS DE ENFERMERÍA PARA EL SERVICIO DE MEDICINA INTERNA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO”

1.2. Antecedentes del Hospital Eugenio Espejo

1.2.1. Reseña Histórica del Hospital Eugenio Espejo



Figura 1. Hospital Eugenio Espejo

El Hospital Eugenio Espejo es un hospital de tercer nivel se encuentra ubicado en la provincia de Pichincha, en el Cantón Quito en la Av. Colombia s/n Yaguachi.

Por lo menos un siglo antes de la inauguración del nuevo Hospital Eugenio Espejo, ya se hacía elocuente la necesidad en Quito de construir un nuevo hospital que preste un servicio a los vecinos de la ciudad y que ayude al Hospital San Juan de Dios.

Desde fines del siglo pasado ya se comenzó a gestar en Quito la idea de construir una nueva casa de salud. Las primeras ideas ya concretas de construir un nuevo hospital que remplace al antiguo San Juan de Dios aparece hacia 1890. En ese entonces el Hospital San Juan de Dios se encontraba en deterioro, desprovisto de ciertos adelantos de infraestructura hospitalaria para esa época y ya no daba cabida adecuada y suficiente a la demanda de pacientes. Se procedió a solicitar a la facultad de Medicina que presente un proyecto acerca de la nueva edificación.

La Facultad de Medicina delego al Dr. Manuel María Cáceres quien fue decano de la misma para que realice esta labor, el presento una comparación entre los hospitales francés y norteamericanos, las ventajas y desventajas de cada uno, lamentablemente el proyecto del Dr. Cáceres no fue aceptado por el Presidente del país Luis Cordero especialmente en lo que significa en la ubicación del mismo: al norte la calle salinas, al Oeste la plaza de la recolecta y al sur-este el río Machangara, por este motivo Cordero nombra a los Doctores Miguel Egas y Rafael Arjona Silva para que proponga otro lugar donde edificar este hospital. Los Doctores proponen que el nuevo hospital se lo construya al sur-oeste de Itchimbia y que el agua que no existía en el mencionado sitio, se la traiga de la Alameda o de la plaza de San Blas. Hubo gente que aun sin conocer el sitio propuesto se oponía, de todo modo primo más la razón y se aprobó la construcción del nuevo Hospital en el sitio propuesto.

En 1901, la Junta de Beneficencia de Quito vuelve a interesarse por la construcción de esta casa de Salud y emprende una campaña altruista para esta obra, consigue apoyo de algunos filántropos de indiscutible interés por la causa social como Mariano Aguilera, Alejandro Mosquera, Abel Guarderas, la Municipalidad Quiteña y Otros. Y es así que un memorable 23 de mayo de 1901 la salud del Ecuador inicia un nuevo reto, al colocarse la primera piedra para la construcción de un nuevo hospital. Sin embargo se coloca la primera piedra sin existir el terreno debidamente concedido para la obra ni el presupuesto del que sería el Hospital Eugenio Espejo, en los dos meses subsiguientes se adquiere el terreno a los Sres. Benjamín Piedra y Francisco Andrade gracias a la influencia o interés de la Junta de Beneficencia.

Es incuestionable el interés del presidente Eloy Alfaro por mejorar las paupérrimas escalas de salud y educación que existían en nuestro país. Una de las frases que se hicieron populares en la Alfarada fue “Hospitales para pobres, asilos para ancianos” Alfaro fue el presidente que más hizo por la educación y la salud, sus enunciados no se quedaron solamente en papeles, a pesar de la oposición que tuvo y las trabas que enfrentó. Bajo la presidencia de Dr. Juan de Dios Martínez Mera el 24 de mayo de 1933 se inauguró el Hospital Eugenio Espejo. En el año de 1979 se conformó un gran frente, cuyo propósito era construir un nuevo hospital, hasta que en el mes de mayo de 1982 y con la presidencia del Sr Dr. Jaime Roldos Aguilera se colocó la simbólica primera piedra del nuevo edificio.

Después de muchos años de construcción se abren las puertas de atención al público en sus nuevas áreas de consulta externa y emergencia en el mes de mayo de 1992, para que en el año de 1994 se traslade por completo la atención al edificio nuevo brindando hasta la actualidad una atención continua las 24 horas del día, 365 días del año. (Hospital Eugenio Espejo, 2013)

1.2.2. Estructura Organizacional

El Ministerio de Salud Pública establece una organización institucional por procesos

Orgánico por Procesos

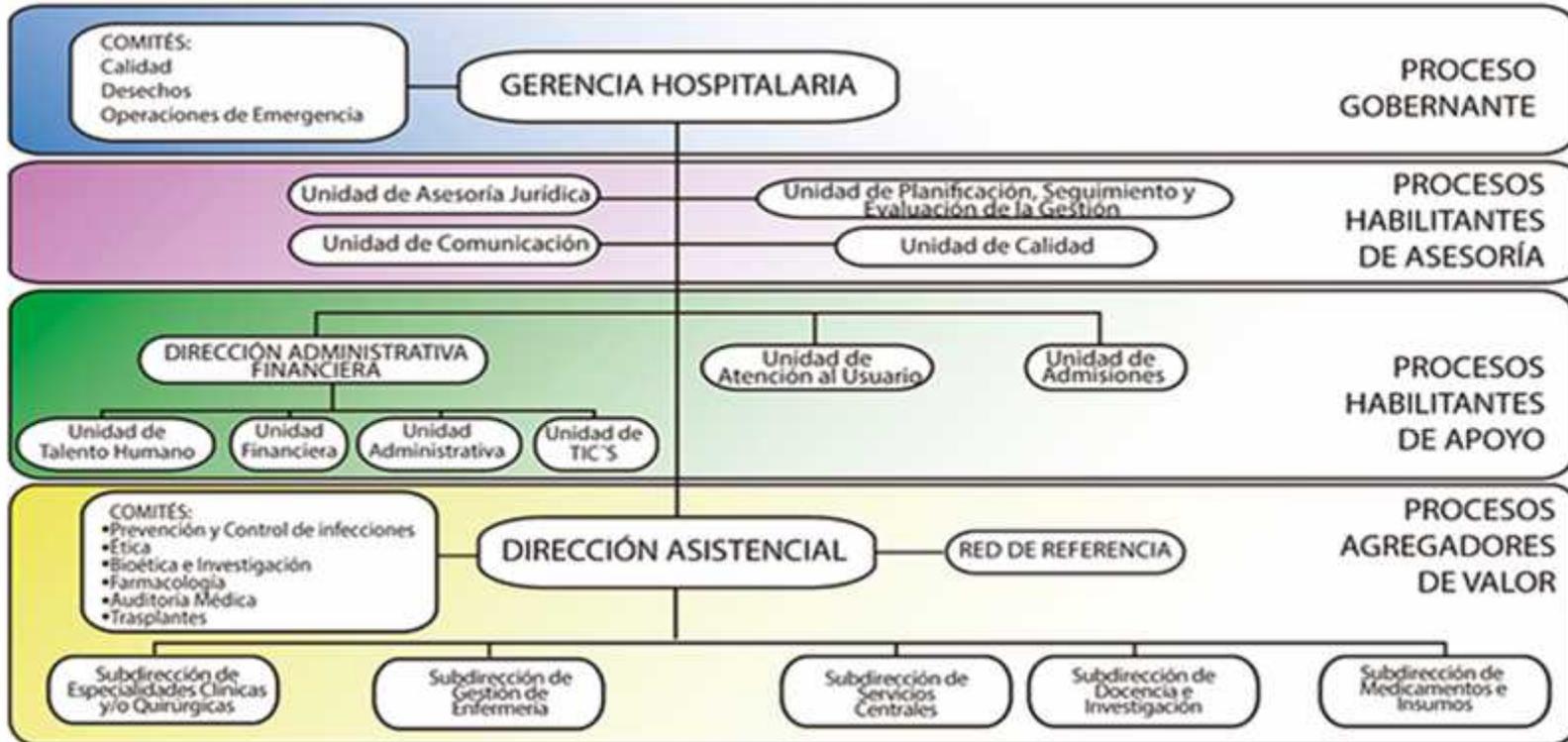


Figura 2. Orgánico por Procesos

Fuente: Estructura orgánica del Hospital Eugenio Espejo

1.2.3. Productos y servicios

El hospital Eugenio Espejo cuenta con un edificio de diez pisos, dos subsuelos se presta atención en más de treinta y seis especialidades entre ellas citaremos las siguientes.

Planta baja

Información, central telefónica, estadística, auditorium, Trabajo social laboral, banco de sangre, emergencia, imagenología, ascensores, baños

Subsuelo 1

Parte de los consultorios de Consulta Externa Odontología, Almacenes y Bodegas, suministros, mantenimiento, Dormitorios de los residentes, gestión de riesgo, archivo de estadística.

Subsuelo 2

Quirófano central, hospital del día, central de esterilización, tecnología de la información y comunicación, unidad de trasplantes.

Primer piso

Gestión de Enfermería, terapia intensiva, rehabilitación, laboratorio clínico, morgue, patología, taller de ortesis y prótesis, terapia ocupacional, hidroterapia, consulta externa, Gerencia General, Dirección Médica, Área Administrativa

Segundo Piso

Cafetería, Epidemiología, Biblioteca, Unidad de Seguridad y salud, Docencia e investigación Nutrición, Dietética y Hotelería, Lavandería, Ropería, imprenta

Tercer piso

Urología y Unidad de Quemados

Cuarto piso

Cirugía Vascular, Cardiología, Nefrología y Diálisis

Quinto piso

Neurocirugía, Cardiotorácica, Ginecología

Sexto piso

Neumología

Séptimo piso

Pediatría y adolescencia, Traumatología A-1

Octavo piso

Neurología, Otorrinolaringología, Oftalmología, Maxilofacial

Noveno piso

Cirugía General, Gastroenterología, Oncología Hematología, Reumatología

Décimo piso

Traumatología y Medicina Interna

1.2.4. Misión de Hospital Eugenio Espejo

“Es Prestar servicios de Salud con calidad y calidez en el ámbito de asistencia especializada, a través de su cartera de servicios, cumpliendo con la responsabilidad de promoción, prevención, recuperación, rehabilitación de la salud integral, docencia e investigación, conforme a las políticas del Ministerio de Salud Pública y el trabajo en red, en el marco de la justicia y equidad social.”

1.2.5. Visión del Hospital Eugenio Espejo

“Ser reconocido por la ciudadanía como un hospital accesible, que presta una atención de calidad que satisface las necesidades y expectativas de la población bajo principios fundamentales de la salud pública y bioética utilizando la tecnología y los recursos públicos de forma eficiente y transparente”

1.2.6. Valores del Hospital Eugenio Espejo

Respeto.- Entendemos que todas las personas son iguales y merecen el mejor servicio, por lo que nos comprometemos a respetar su dignidad y atender sus necesidades teniendo en cuenta en todo momento sus derechos.

- **Inclusión.-**Reconocemos que los grupos sociales son distintos y valoramos sus diferencias.
- **Vocación de servicio.-**Nuestra labor diaria lo hacemos con pasión
- **Compromiso.-**Nos comprometemos a que nuestras capacidades cumplan con todo aquello que se nos ha confiado.
- **Integridad.-**Tenemos la capacidad para decidir responsablemente sobre nuestro comportamiento.
- **Justicia.-**Creemos que todas las personas tienen las mismas oportunidades y trabajamos para ello
- **Lealtad.-** Confianza y defensa de los valores principios y objetivos de la entidad

El HEE recibió su acreditación por parte de Accreditation Canada International (ACI) el día jueves 4 de junio del 2015 en las instalaciones de esta casa de salud.

El Hospital Eugenio Espejo obtuvo un promedio de cumplimiento del 93.1% en nivel Oro, la Ministra de Salud Carina Vance manifiesta “Felicitó el trabajo realizado y agradezco la entrega y compromiso del equipo del hospital. Debemos plantearnos como objetivo diario llegar a la excelencia y mejoramiento de la calidad; por eso es importante compararse con estándares internacionales y con esto los servicios públicos son un ejemplo a seguir para el Sistema Nacional de Salud” (Mundo, 2015)

1.2.7. Servicio de Medicina Interna



Figura 3. Medicina Interna

El servicio de medicina interna del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo se encuentra ubicado en el décimo piso frente al servicio de traumatología, sus espacios físicos se encuentran distribuidos de la siguiente manera, ala norte y ala sur.

1.2.8. Estructura física del Servicio de Medicina Interna

Ala sur en primer lugar se encuentra estación de enfermería donde se reúne todo el personal médico para realizar evaluación, transcribir indicaciones, y observaciones para un mejor tratamiento del paciente, encontramos la papelería necesaria e Historias clínicas, un coche de paro con la medicación y material necesario para una reanimación oportuna el mismo que es revisado por la enfermera de turno designada por la jefa del servicio, con su respectivo registro, una refrigeradora que donde conservan medicamentos como la insulina NPH y la insulina cristalina que son las más utilizadas para los pacientes diabéticos, así como también biológicos para tratamientos específicos.

Consta de una bodega con suministros médicos la misma que es manejada por la enfermera jefe del servicio la cual abastece de material diariamente de acuerdo al requerimiento y necesidad, un cuarto de preparación de medicación, en donde encontramos la medicación de los pacientes en recipientes individuales

perfectamente identificados (número de historia clínica, número de cedula, nombre del paciente y número de cama)

En este lugar se prepara la medicación la misma que es proporcionada por farmacia a través de la dosis única para las 24 horas de cada uno de los pacientes, cuando el paciente fallece o es dado de alta y la medicación no fue abierta o manipulada se la guarda como stock, dentro de este pequeño cuarto se encuentra un lavabo, recipientes para desechos y el coche de curaciones.

Seguimos con la utilería limpia en la cual encontramos las sillas de ruedas para la movilización del paciente, a los diferentes departamentos de diagnóstico, una balanza para medir y pesar a cada uno de los pacientes que ingresan al piso, esto es como un proceso estándar que se debe realizar al paciente previo al ingreso, un lugar donde se recolectan las muestras de heces, orina de los pacientes correctamente rotulados, a más de ello hay un registro para identificar qué persona recogió la muestra quien entrega, quien transporta y quien la recibe para de esta manera evitar equivocaciones o que se extravié las muestras.

Continuamos con la sala de terapia biológica este espacio se utiliza para el tratamiento de artritis reumatoide y lupus la misma que es realizada por la líder de enfermeras del servicio a pacientes ambulatorios transferidos de consulta externa los días martes y jueves.

Luego tenemos el espacio que sirve como el depósito de desechos, comunes infecciosos y especiales junto a este un cuarto de lavachatas donde se encuentran los líquidos para realizar la desinfección de las habitaciones, esta actividad lo realiza el personal de auxiliares de enfermería y limpieza, un cuarto de ropa sucia como depósito.

Los pacientes son distribuidos de acuerdo a la cantidad que demandan su ingreso para ser ubicados por su género y patología en las diferentes habitaciones que dispone.

Tiene seis salas de aislamiento con dos camas cada uno donde alojan a pacientes inmunodeprimidos o pacientes con patologías infectocontagiosas.

En el ala norte se encuentra la parte administrativa del servicio donde se encuentra la oficina del director médico, la oficina de la líder de enfermeras del servicio, trabajo social y una secretaria administrativa y área de docencia, sirve para estudios de casos, y docencia a los estudiantes de enfermería.

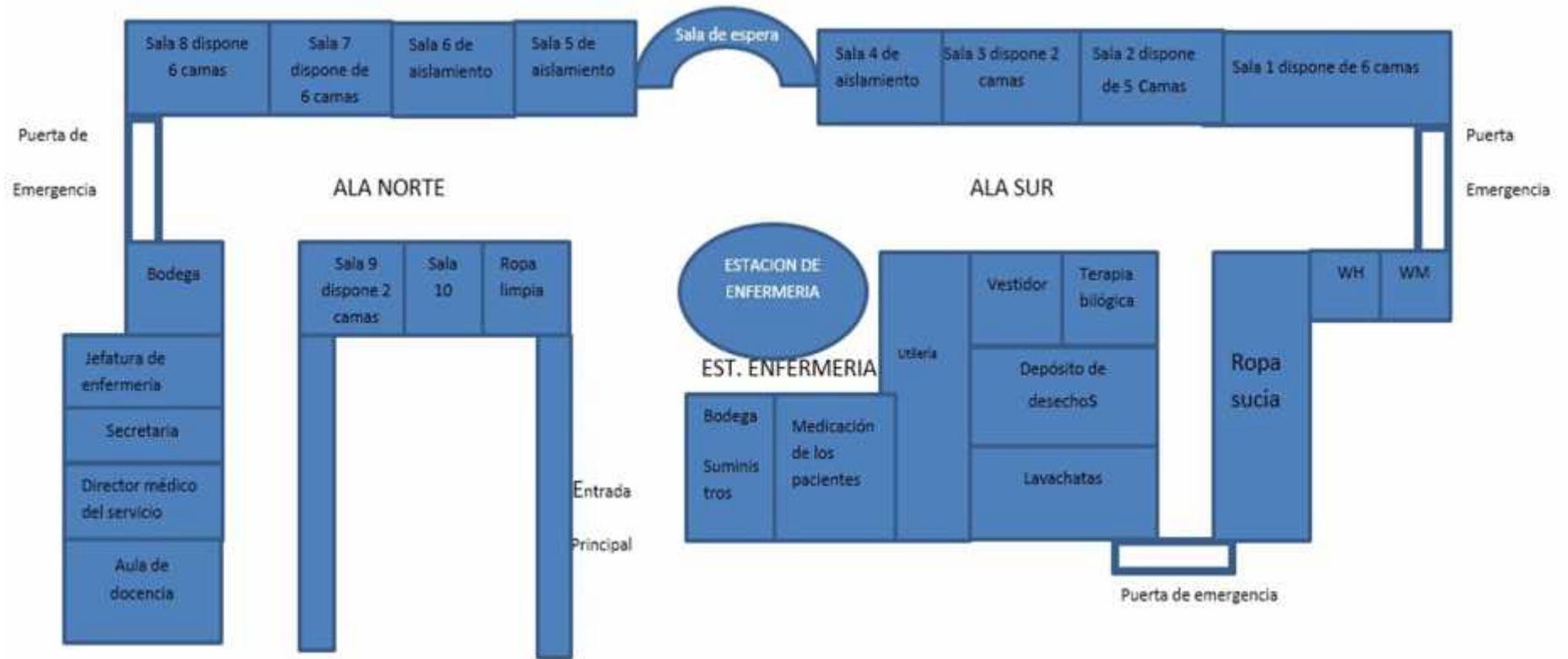


Figura 4. Área física del servicio de medicina interna del hospital de especialidades Eugenio Espejo

El servicio de medicina interna es una unidad que se encarga de la atención clínica especializada integral a pacientes portadores de diferentes patologías, tales como diabetes mellitus, enfermedades por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), hipertensión arterial descompensada, trastornos sistemáticos del tejido conjuntivo, efectos tóxicos de sustancias de procedencia no medicinal, infecciones de la piel y del tejido subcutáneo, enfermedades del sistema urinario, enfermedades del hígado, trastornos de la vesícula biliar, de las vías biliares y del páncreas, enfermedades crónicas de las vías respiratorias inferiores, pacientes con insuficiencia renal entre otras, en el momento de realizar la observación las salas de aislamiento se encontraban con pacientes con un diagnóstico de KPC que es una infección por (*Klebsiella pneumoniae carbapenemasas*) la atención a todos estos pacientes es a través de acciones de fomento, tratamiento, recuperación y rehabilitación.

El servicio de Medicina Interna tiene una capacidad instalada es de 37 pacientes. Disponen de 37 camas eléctricas, red de oxígeno centralizado, succión al vacío, 24 bombas de infusión, tres oxímetros de pulso, coche de paro con medicamentos para resucitación cardiopulmonar, ambu, laringoscopio, tensiómetros, estetoscopios, una succión de secreciones, tres monitores, dos desfibriladores, dos glucómetros entre otros.

En lo que se refiere a insumos médicos es insuficiente, ya que a pesar de ajustar el stock de acuerdo a necesidades del servicio siempre falta alguno de ellos porque no se hace a tiempo las adquisiciones generales para todo el hospital, lo que les ocasiona inconvenientes en la atención oportuna al paciente hospitalizado, de igual manera sucede con los medicamentos, ya que el hospital provee de medicinas de especialidad y de acuerdo al cuadro básico del MSP pero lo que en ocasiones queda inconcluso el esquema de tratamiento o el paciente tiene que proveerlas de acuerdo a su posibilidades.

Acorde a la filosofía de la institución se brinda atención integral de enfermería a todo tipo de pacientes sin considerar raza, sexo, edad, religión, clase social o económica.

El servicio de medicina interna se ha planteado una misión que es digno de mencionar ya que con ello pretenden ser el mejor servicio de hospitalización del HEEE

1.2.9. Misión del servicio de Medicina Interna

“El servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo es una unidad de atención intrahospitalaria que brinda cobertura de salud en forma integral y especializada durante la 24 horas del día, con la más alta calidad humana, técnica y científica con miras al diagnóstico, tratamiento y asesoría en el campo de la salud, para la recuperación del usuario con patologías de manejo no quirúrgico, dirigidos a grupos etarios mayores de 17 años, considerándoles como entes bio-sicosociales sin discriminación y fundamentados en los principios de la bioética con recursos humanos multidisciplinarios en continuo perfeccionamiento, enmarcados en un ambiente de solidaridad y cordialidad, con una estructura y apoyo logístico adecuado, optimizando los recursos disponibles tanto humanos como materiales y promoviendo el desarrollo personal.” (Medicina, 2014)

1.2.10. Visión del Servicio de Medicina Interna

“El Servicio de Medicina Interna será un servicio clínico homogéneo pionero del cambio institucional, modelo de unidad hospitalaria que lidere la atención de enfermería integral personalizada y especializada, regido por los principios de derecho a la salud coordinando las interdependencias de las áreas clínicas con objetivos comunes, superando las expectativas del usuario interno , trabajara en equipo tendiendo hacia la excelencia y atención personalizada para lo que es necesario contar con recursos humanos y profesionales calificados, que realicen un trabajo continuo y permanente, las 24 horas del día, los 365 días del año, buscando proporcionar una atención que satisfaga las necesidades del paciente y la familia”

1.2.11. Estructura Organizacional

El servicio de Medicina Interna depende jerárquicamente del departamento de Medicina Interna y de la Subdirección Técnica.

La organización interna en el aspecto medico está constituida por el Medico líder, ocho médicos tratantes con la especialidad de medicina interna, que son responsables en la atención hospitalaria, Consulta externa ,Periféricos, Interconsultas y la formación de médicos de post- grado, internos rotativos, externos, estudiantes de Enfermería y Nutrición por ser un hospital de carácter docente.

La organización interna de enfermería está integrada por la Enfermera Líder, 10 enfermeras miembros del equipo, 16 Auxiliares de Enfermería y cuatro personas de servicios varios, los mismos que se encuentran en coordinación con el resto de departamentos multidisciplinarios.

Dentro de la organización interna contamos con una trabajadora social quien realiza sus coordinaciones con la Jefatura Medica Interna y de enfermería, una secretaria quien depende administrativamente de la Gestión de Recursos Humanos e igualmente desempeña sus labores en coordinación con el liderazgo del servicio.

El servicio tiene el apoyo permanente de Damas Voluntarias de protección al paciente y familia ingresados en el servicio de Medicina Interna quienes prestan ayuda psicológica, realizan coordinaciones para alojamiento de familiares de los pacientes de provincias y gestionan ayuda económica para el tratamiento.

La atención de enfermería detallaremos de la siguiente manera de acuerdo a la observación realizada.

Las enfermeras realizan turnos de 12 horas en horarios de 7am a 19pm y de 19pm a 7am con un descanso de tres días luego del turno de velada.

1.2.12. Asistencia de Enfermería

En el turno dela Mañana, trabajan tres enfermeras, las mismas que son asignadas una en ala norte otra enfermera en ala sur y una enfermera en las salas de aislamiento, de igual manera el personal de auxiliares de enfermería y la enfermera líder que se encarga de la parte administrativa.

Se recibe el turno en presencia de cada uno de los usuarios, con las novedades respectivas, utilizando un formulario en el que consta el diagnostico de paciente, condición física y mental, exámenes realizados, exámenes pendiente, sean estos

dentro de las instalaciones del hospital o fuera de él, en fundaciones o instituciones que tiene convenio con el estado que es el cubre financieramente dichos exámenes.

Los cuidados de enfermería inician con la curación y cambios de las vías periféricas ya que son muy importantes en el caso de suscitar alguna emergencia con la condición del paciente, y sobre todo para evitarnos complicaciones en la administración de la medicación para lo cual cada usuario lleva un formulario de plan de cuidados a realizarse, registrándose con un visto las necesidades del paciente que en muchas ocasiones no cumple por qué no lo requiere.

La enfermera del servicio pone énfasis en el cuidado de la piel ayudado por el personal de auxiliares de enfermería quienes notifican alguna alteración en la piel al realizar, el cambio de ropa, baño del paciente y cambios de posición si este lo amerita, si la paciente ingreso con zonas de u úlceras de presión o si estas se realizaron durante la hospitalización se utiliza un formulario en cual le sirve como indicador de incidencia y a la vez proporcionar una atención adecuada.

Administración de Medicación

La administración de medicación se realiza de acuerdo al proceso del servicio, en el cual saca las indicaciones médicas de la historia clínica, directo al kardex, documento en el cual consta nombre de la medicación, miligramos indicados, vía de administración y número de veces a administrarse el fármaco, en este documento se registra su administración la iniciales de la persona que lo administro y con la hora indicada, para lo cual tienen un horario estandarizado de acuerdo a la indicaciones que el medico prescribe.

Horario Estandarizado para la Administración de la Medicación

Q 12h.....10h-22h

Q 8h.....12h-20h-04h

Q 4h.....10h-14h-18h-22h-2am-6am

Q6h.....12h-18h-24h-6am

Antihipertensivos

6am cuando la dosis es única

22h cuando la dosis es por la noche

Bid.....6am-18h

Tid.....10h-14h-20

Anticonvulsivantes.....6am-14h-22h

Protectores gástricos.....6am

El Hospital Eugenio Espejo trabaja con el suministro de medicación de dosis única en el cual los fármacos son suministrados desde farmacia en dosis para las 24 horas para cada uno de los pacientes, con la finalidad de mejorar la calidad de atención hospitalaria optimista recursos, y fortalecer la seguridad del paciente al administrar el medicamento.

Una vez en el servicio, los medicamentos son recibidos en un casillero el cual se encuentra con la respectiva identificación del paciente, nombre, cedula de identidad, historia clínica cama y fecha de ingreso.

Los informes de enfermería son realizados cada 12 horas donde culmina cada uno de los turnos, en esta actividad utilizan la taxonomía NANDA con los parámetros SOAP que se definirá de inmediato :

S.....Subjetivo

O.....Objetivo

A.....Analítico

P.....Plan

1.2.13. Funciones de la Enfermera de Cuidado Directo

Valoración del paciente para determinar las necesidades prioritarias

Atención integral conjuntamente con el equipo multidisciplinario manteniéndole informado al paciente si se encuentra en condiciones y a la familia.

Evaluación permanente del plan de cuidados del paciente de acuerdo a los resultados esperados , entre los cuidados establecidos son el de las vía periférica la cual es cambiada cada 72 horas para evitar infecciones de igual manera el cambio de los micro goteros elemento por el cual se administra la medicación mientras se encuentra hospitalizado.

Monitoreo y registros de enfermería principalmente los informes de enfermería y registro de medicación.

Induce al profesional nuevo a las actividades del servicio con una orientación del trabajo diario

1.2.14. Función Administrativa

Mantiene equipada y operativa la unidad con equipo e insumos necesarios, generalmente lo realiza la líder del servicio.

Coordina con los diferentes servicios de diagnóstico de acuerdo a la necesidad del paciente

Mantiene actualizada la estadística de los pacientes de su servicio diariamente

Organiza y supervisa las actividades del de enfermería y auxiliares de enfermería.

1.2.15. Función Docente

Brindan tutoría al personal de enfermería de pasantías, internos y estudiantes de enfermería

Informa al paciente y a la familia sobre el diagnóstico y los cuidados a tenerse en cuenta

Brindar educación continua en el servicio para enfermeros y auxiliares de enfermería

1.2.16. Función de Investigación

En el servicio el personal de enfermería es joven, entusiasta y dispuesto al cambio

La existencia de protocolos motivo de nuestro análisis no fue verificada, se me indico que existe un manual procedimientos básicos que fueron distribuidos por los diferentes servicios por motivo de la acreditación, este manual se encuentra en custodia de la líder del servicio, no se encuentra al alcance del personal de enfermería,

1.3. Planteamiento del problema

1.3.1. Antecedentes

El papel de la enfermera dentro del campo hospitalario es sumamente importante pues es la persona que se encuentra en contacto directo con el usuario hospitalizado, por lo que debe disponer de conocimientos técnico y científico basados en la evidencia guiado de un manual de protocolos que le permitirá realizar su trabajo con efectividad y calidad.

Los protocolos son guías normatizadas, reglamentadas que nos permitirán realizar el trabajo de enfermería en una forma correcta evitando consecuencias para el paciente, el profesional de enfermería y la institución.

El cuidado de asistencia a nivel hospitalario se ha constituido en un motivo de investigación, tanto nacional como internacional, con el único fin de mejorar la calidad de atención a los pacientes y obtener una excelencia clínica a nivel hospitalario.

La preocupación por la seguridad asistencial de los pacientes en los servicios sanitarios no es un tema nuevo es así como la Organización Mundial de la Salud plantea en el 2004 una gran alianza mundial para la seguridad del paciente en los sistemas sanitarios. El programa de alianza incluye una serie de medidas consideradas clave para reducir el número de enfermedades, traumatismos y defunciones que sufren los pacientes a recibir atención en el sistema hospitalario.

De igual manera el consejo de Europa establece en el 2005 la declaración de Varsovia sobre la seguridad del paciente “La seguridad de los pacientes como un reto europeo” en la que se pide a los países que acepten el reto de tomar muy en cuenta la seguridad del paciente a escala nacional mediante:

- a) El desarrollo de una cultura de seguridad del paciente con un enfoque sistémico y sistemático
- b) El establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones
- c) La implicación de los países y de los ciudadanos en el proceso. (García, 2004)

Al realizar revisiones bibliográficas sobre la seguridad de los cuidados en enfermería a nivel internacional se destaca lo siguiente:

Estudios recientemente publicados en España acerca de la seguridad del paciente establecen que las tasas de pacientes que desarrollan úlceras por presión en hospitales oscilan entre el 8 al 16%. Los errores en la administración de la medicación fluctúan entre el 8 al 10%. Por último si recabamos los datos sobre pacientes que desarrollan flebitis obtenemos cifras comprendidas entre el 6 al 12% de igual manera podemos mencionar a las enfermedades nosocomiales de todos los tipos y otros efectos adversos relacionados con problemas técnicos durante los procedimientos que se les realiza a los pacientes, acarreado como consecuencia un incremento en la estancia hospitalaria que requieren cuidados adicionales, tratamientos adicionales pudiendo estos ser evitables.

Del análisis anterior se pueden extraer las siguientes conclusiones. La primera es que estamos ante un problema importante que requiere un gran esfuerzo para identificar qué instrumentos son los más seguros, y aplicarlos cuando sean necesarios.

La segunda gran conclusión es que aunque la reducción de efectos adversos requiere un abordaje organizacional y multidisciplinarios, los profesionales de enfermería son los llamados a tomar muy en cuenta recomendaciones para evitar los errores en la administración de medicación, en la aparición úlceras por presión,

flebitis, falta de información de pacientes, infecciones nosocomiales etc. Siendo la enfermera mayor responsable de la recuperación de la salud del paciente y una pronta integración a su familia. (Altarribas, Díaz, Escobar y otros, 2008)

Uno de los factores que favorece los errores son la falta de la inducción al puesto y la capacitación continua sobre responsabilidades, en el cuidado y manejo del paciente.

En otras ocasiones las enfermeras se sujetan a técnicas específicas para brindar la atención a los pacientes omitiendo ciertos procedimientos para ahorrar tiempo llevándolo a situaciones que le provocan complicaciones intrahospitalarias.

Como es el caso del servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo, tiene una capacidad de 37 camas, cuenta con un personal de 10 enfermeras distribuidas en los diferentes turnos 16 auxiliares de enfermería de apoyo, según el líder del servicio son personal joven dispuesto al cambio pero necesitan de conocimiento, experiencia y un instrumento administrativo que son la base para un buen desenvolvimiento profesional que en este caso sería un manual de protocolos que garantice una atención de calidad.

Algo muy importante es el trato hacia el paciente y a la familia de parte de todo el personal que labora en la institución desde el momento en que ingresa, todo el proceso asistencial hasta que el paciente egresa, no hay que olvidar la ética profesional principalmente la de enfermería como habíamos mencionado es la persona que mayor contacto tiene con el paciente.

1.3.2. Planteamiento del problema

La falta de protocolos en el servicio de medicina interna limita la atención asistencial de calidad y calidez, a los usuarios, siendo estos en su gran mayoría pacientes diabéticos, hipertensos, infecciones de vías urinarias, pacientes inmunodeprimidos, entre otras.

1.3.3. Formulación del Problema a Resolver

¿El establecer Protocolos de enfermería que permitirán dar una atención de calidad en el cuidado de enfermería en el servicio de medicina interna del Hospital Eugenio Espejo?

1.4. Objetivo General

Elaborar los protocolos y procedimientos técnico-administrativos de enfermería en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo para garantizarla calidad de atención de enfermería.

1.5. Objetivos Específicos

1. Realizar el Diagnóstico Situacional actual de los Procedimientos de Enfermería en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.
2. Elaborar protocolos de Atención de Enfermería de las patologías más frecuentes del servicio de Medicina Interna.
3. Elaborar una propuesta de Protocolos de Administración de Medicamentos de los Fármacos más utilizados en el servicio de Medicina Interna.
4. Proponer un mecanismo de seguimiento y control con base en indicadores definidos

1.6. Justificación

Siendo el Hospital Eugenio Espejo una unidad de salud pública de tercer nivel, y un ente de referencia para problemas de salud que no pueden ser solucionados en diferentes sitios hospitalarios de primer y segundo nivel de atención, requiere de una atención especializada y de un equipo multidisciplinario capacitado, en el cual se encuentra inmerso el profesional de enfermería que debe brindar atención de calidad al solicitar sus servicios.

Los protocolos de enfermería han evolucionado de acuerdo a los avances de la tecnología y a la mayor complejidad de los pacientes por lo que es importante que cada servicio de salud tanto público como privado contribuya al mejoramiento en la calidad de atención, en la asistencia y cuidados de enfermería dirigidos a un grupo

poblacional, contribuyendo de esta manera con la seguridad del paciente tema que es de gran interés tanto a nivel nacional como internacional.

La enfermera debe estar preparada día a día para brindar una atención de calidad al paciente para lo cual es necesario una preparación constante con conocimientos actualizados que le darán seguridad a las diferentes actividades que desarrolla, además contara con un instrumento de apoyo como un manual de protocolos que garantices el fortalecimiento de sus habilidades y proporcione seguridad al paciente.

CAPÍTULO II

2.1. Marco Referencial

2.1.1. Base Legal

En elaboración de protocolos estandarizados con calidad en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo se considera la siguiente base legal.

Constitución Política del Ecuador

Capitulo II, sección séptima dice:

Art.32 La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir.

El estado garantiza este derecho mediante políticas y el acceso permanente oportuno y sin exclusiones a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de la salud, salud sexual y salud reproductiva, la prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad eficiencia, eficacia precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

El estado protege la salud de los ciudadanos, vela por una atención igualitaria con calidad a través de políticas y responsabilidades que cada uno de los profesionales tenemos que tener en nuestro diario vivir en el ejercicio de nuestro trabajo.

Plan Nacional de Buen Vivir

Objetivo N.- 2 Auspiciar la Igualdad, la cohesión, la inclusión y la equidad social y territorial en la diversidad.

2.2 Garantizar la igualdad en el acceso a servicios de salud y educación de calidad a personas y grupos que requieran especial consideración, por la persistencia de desigualdades, exclusión y discriminación.

2.2.a Crear e implementar mecanismos y procesos en los servicios de salud pública, para garantizar la gratuidad dentro de la red pública integral de salud en todo el territorio nacional, con base en la capacidad de acogida de los territorios y la densidad.

2.2.b Crear e implementar mecanismos de ayuda y cobertura frente a enfermedades raras y catastróficas, con pertinencia cultural y con base en los principios de equidad, igualdad y solidaridad.

2.2.e Generar e implementar mecanismos y acciones afirmativas para garantizar la gratuidad y eliminar barreras de acceso de los servicios de salud, con énfasis en el cierre de brechas de desigualdad.

Objetivo N.-3

Mejorar la calidad de vida de la población

Mejorar la calidad de vida de la población demanda la universalización de los derechos mediante la garantía de servicios de calidad y calidez, en materia de salud es importante consolidar políticas de prevención y de generación de un ambiente sano y saludable.

Políticas y lineamientos estratégicos

3.1 Promover el mejoramiento de la calidad en la prestación de servicios de atención que componen el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

a. Normar, regular y controlar la calidad de los servicios de educación , salud, atención y cuidado diario , protección especial , rehabilitación social y de más servicios del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social , en sus diferentes niveles , modalidades , tipología y prestadores de servicios .

c.- Incentivar la implementación de procesos de desarrollo profesional, formación continua, evaluación certificación y re categorización laboral para los profesionales de la educación y de la salud y para los profesionales o técnicos de los servicios de atención y cuidado directo.

e.- Implementar sistemas de calidad con estándares normalizados que faciliten la regulación, el control y la auditoría de los servicios que compone el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

g. Definir protocolos y códigos de atención para cada uno de los servicios que compone el Sistema Nacional de Inclusión y Equidad.

Ministerio de Salud Pública

Ministerio de Salud Pública a través de la Subsecretaría Nacional de Garantía de la Calidad de los servicios de Salud considera como misión: Garantizar la calidad y mejora continua de los servicios de salud que presta el Ministerio de Salud Pública mediante la definición de estándares de calidad, infraestructura y equipamiento sanitario, para contribuir a mejorar la salud de la población; en concordancia con las políticas sectoriales, normativa vigente y modelos de atención aprobados.

De igual manera a través de los siguientes literales garantiza la calidad de atención.

c.-Coordinar y supervisar la implantación del modelo y calidad en los servicios de salud del Ministerio de Salud Pública en coordinación con todas las instancias involucradas

d.-Proponer a la Dirección Nacional de Normalización nuevos procedimientos técnicos e insumo para mejorar la calidad de atención. (Pública, 2014)

Marco Legal del Funcionamiento del Hospital Eugenio Espejo

En el acuerdo Ministerial N01292 publicado en el registro oficial N.- 1298 del 26 de mayo de 1999, en Ministerio de salud Pública. La Organización de Servicio y Desarrollo Institucional, OSCIDI, según resolución N 026 con fecha 17 de julio del 2003 se expide la estructura orgánica por procesos.

Para que la institución cumpla con los objetivos trazados en los planes es necesaria la participación de todo el personal que labora en la institución y de la comunidad del área de afluencia en este centro hospitalario.

El Hospital Eugenio Espejo se rige de la base legal antes anotada y se guía por los principios conceptuales y operativos del modelo de autonomía de gestión de los servicios que se citara a continuación:

1. Protección y respeto al usuario, a sus particularidades de etnia, cultura y genero
2. Calidad y calidez en la atención.
3. Solidaridad y equidad a la población que lo necesite.
4. Gestión Desconcentrada, con participación social y comunitaria en la toma de decisiones.
5. Gerencia Estratégica y planificada con utilización de indicadores de cumplimiento de objetivos y valoración del trato humano. (Ministerio, 2008-2012)

Ley de Derechos y Amparo al Paciente

Art. 2 Derecho a una atención digna.-Todo paciente tiene derecho a ser atendido oportunamente en el centro de salud de acuerdo a la dignidad que merece todo ser humano y Derecho a la Confidencialidad, tratado con respeto esmero y cortesía.

Art.3 Derecho a no ser discriminado.- todo paciente tiene derecho a no ser discriminado por razones de raza, edad, religión o condición social o económica,

Art.4 Todo paciente tiene derecho a que la consulta, examen o diagnóstico, tratamiento y cualquier tipo de información relacionada con el procedimiento medico aplicársele tenga el carácter de confidencial,

Art. 5 Derecho a la información

Se reconoce el derecho a todos los pacientes que, antes y en las diversas etapas de la atención al paciente , reciba del centro de salud a través de sus miembros responsables , la información concerniente al diagnóstico de su estado de salud , al pronóstico, al tratamiento , a los riesgos a los que medicamento están expuestos, a la duración probable de incapacitación y a las alternativas para el cuidado y el tratamiento existentes en términos en que el paciente pueda razonablemente entender

y estar habilitado para tomar decisiones sobre el procedimiento a seguir. Exceptuándose las situaciones de emergencia.

Código Orgánico Integral Penal

Capítulo II sección Primera, en delitos contra el derecho a la salud.

Art.215 Daños permanentes a la salud.- Las personas que utilicen elementos biológicos, químicos radiactivos, que causen un daño irreparable irreversible o permanente a la salud de uno o más personas serán sancionadas con pena privativa de libertad de siete a diez años.

Objetivos del Milenio

El Objetivo seis es Combatir el VIH/SIDA paludismo y otras enfermedades.

A través de este objetivo se ha logrado avances notables en la lucha contra el paludismo y la tuberculosis junto con mejoras en todos los indicadores referentes a la salud utilizando protocolos de atención principalmente a nivel preventivo.

2.1.2. Fundamentación Teórica

Los seres humanos en su trayectoria por la vida y en el transcurso de su ciclo vital somos tendientes a sufrir diversas enfermedades, mismas que requieren de atención inmediata para evitar complicaciones que podrían llevar a la invalidez permanente o temporal y aun peor a la muerte, es así que las autoridades de salud preocupadas por evitar todas estas complicaciones que no solo implican a la familia, sino que se convierten en un problema de salud pública que demanda el empleo de recursos tanto humanos como económicos en los cuales el estado tiene que invertir en mejoramiento continuo de la asistencia sanitaria.

Es así que el sector dedicado a la salud ha establecido diferentes procesos para mejorar continuamente la atención del paciente moribundo, en los cuales se toma muy en cuenta la calidad, calidez, equidad, eficacia y eficiencia, de tal manera el paciente se integrara lo más pronto posible a su vida diaria.

Por lo que el personal de enfermería que son las personas que mayor contacto tiene con el paciente dentro del servicio sanitario, brindan cuidados a todas las

personas sin distinción alguna a la familia a la comunidad, o grupo de personas enfermas o sanas, con la responsabilidad de siempre ser mejor, actualizándose en conocimientos, tecnología de la época a través de la investigación, la participación en políticas de salud, la gestión y sistemas de salud, proporcionándole al paciente un entorno seguro.

Según la OMS/OPS “las enfermeras son el recurso humano más importante para la salud” en la cual se destaca que el personal de enfermería conforma más del 60% de la fuerza de trabajo en salud y cubre el 80% de las necesidades de atención al paciente. (OPS/OMS S. C., 2015)

A pesar de transcurrido el tiempo la enfermería siempre ha ocupado un lugar importante dentro del ámbito de la salud.

Según Florence Nightingale hace casi 150 años define a la enfermería como” El acto de utilizar el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación”

Virginia Henderson define a la enfermería como:

Es la protección, promoción y optimización de la salud y las capacidades, prevenciones de la enfermedad y las lesiones, el alivio del sufrimiento a través del diagnóstico y tratamiento de la respuesta humana y el apoyo activo en la atención del individuo, familia, comunidades y poblaciones

Henderson incorporo los principios fisiológicos y psicopatológicos a su definición de enfermería, en la que el individuo funcionara con independencia en relación con las catorce necesidades básicas de igual similitud a las de Maslow, distribuidas de la siguiente manera:

Siete están relacionadas con la fisiología, respiración, alimentación, eliminación, movimiento, sueño, reposo y temperatura

Dos relacionadas con la seguridad, higiene corporal y peligro ambiental

Dos relacionadas con el efecto y la pertenencia como la comunicación y creencias

Tres relacionadas con la autorrelación (trabajar jugar y aprender)

Satisfacer las 14 necesidades básicas implica la realización de un “plan de cuidados por Enfermeros” por escrito la misma que busca la independencia del paciente a través de la promoción, educación en la salud. (Cisneros, 2002)

Por lo que los cuidados se realizaran a través del proceso de atención de enfermería en el cual la enfermera se basara en principios científicos, humanísticos y éticos.

El personal de enfermería debe tener ciertos requisitos dentro del proceso de atención de enfermería en el cual el profesional debe poseer : convicción, habilidades y destrezas, técnicas, afectivas, cognitivas, y motrices para observar valorar, decidir, evaluar e interactuar con otras personas, así mismo se hace necesario el conocimiento de las ciencias bilógicas, sociales y del comportamiento, pero sobre todo se requiere actitud o predisposición, esta idea engloba “el saber hacer” “ el poder hacer” y sobre todo el “querer hacer” (Gomis & Kordi, 2012)

Los objetivos del proceso de atención de enfermería es determinar las necesidades individuales del individuo, familia y comunidad, brindando cuidados de calidad a través de los siguientes ítems:

- Identificar las necesidades reales y potenciales o de riesgo del individuo, la familia y la comunidad.
- Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios
- Actuar para resolver problemas, mantener la salud, prevenir la enfermedad, promover la recuperación y el establecimiento de un estado de funcionamiento óptimo o, en presencia de enfermedades terminales, ayuda a un buen morir. (Gomis & Kordi, 2012)

En el proceso de atención de enfermería se considera cinco etapas que el enfermero debe tener en cuenta para dar una atención optima que satisfaga las necesidades del paciente y su entorno.

- Valoración
- Diagnóstico

- Planificación
- Ejecución
- Evaluación

La Valoración.- es la recopilación de datos del paciente que le permitirá al enfermero determinar las necesidades, los criterios que se utilizan son céfalo-caudal, valoración por sistemas y aparatos y por patrones funcionales de salud, los datos a recopilar pueden ser objetivos, subjetivos, históricos y actuales. Dentro de los actuales tenemos:

Actuales y objetivos.- son los signos vitales al momento de la valoración

Actuales y subjetivos.- son los síntomas del sujeto al momento de la valoración

Históricos y objetivos.-Antecedentes de intervenciones quirúrgicas anteriores

- **Diagnóstico.-** es la etapa en la cual se realiza la identificación de los problemas apoyados en la alteración de los patrones funcionales, determinado diagnósticos que pueden ser reales potenciales, positivos y protectores.

Los cuidados de a través de un diagnóstico de enfermería se realiza de acuerdo avance científico, tecnológico, y las necesidades complejas de los pacientes utilizándolo los primeros diagnósticos de enfermería por la American Nurses Association (ANA) los mismos que fueron evolucionando adoptando los diagnósticos de enfermería de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA) como el sistema oficial de diagnóstico para el desenvolvimiento profesional los cuales cuentan con una definición de cada uno de ellos, unas características definitorias y unos factores relacionados, siendo actualizados cada dos años además de contar con una nomenclatura nacional e internacional sobre las intervenciones de enfermería (NIC) y los resultados esperados en enfermería (NOC) que sirve de guía para los cuidados.

- **Planeación.-** es la planificación de actividades a realizar el profesional de enfermería sean estos individuales o colectivos de acuerdo al diagnóstico

realizado, en esta etapa se determinan los objetivos y los resultados esperados.

- **Ejecución.-** es el cumplimiento del cuidado de enfermería que conlleva tres principios, preparación, ejecución propiamente dicha y documentación o registro.
- **Evaluación.-** esta etapa es la que se evalúan los resultados de cada uno de los cuidados, cabe indicar que la evaluación se encuentra presente verificando la calidad de cada una de las etapas del proceso. (Reina, 2010)

Al trabajar el enfermero con el PAE se está garantizando calidad asistencial, la misma está determinada por ser efectiva basada en conocimientos, experiencia, habilidades y sobre todo la comunicación entre el equipo de salud como con el paciente.

La atención brindada debe ser oportuna es decir en el momento en que el paciente lo requiera, debe ser segura evitando causar daño al paciente, al menor costo posible y utilizando los recursos disponibles, debe ser equitativo la atención que se brinda es sin distinción ni discriminación por ningún motivo y la atención debe ser respetuosa amable cordial y solidaria.

La calidad siempre lleva implícito dos conceptos que son: La excelencia técnica esto es decisiones adecuadas , oportunidad en la toma de las mismas y habilidad en el manejo de algunas técnicas y buen juicio para proceder, en otras palabras “hacer lo correcto, correctamente “y unas adecuadas interacciones entre los agentes involucrados en dar y obtener salud, las que deben caracterizarse por fluidez en la comunicación, confianza, empatía, honestidad, tacto y sensibilidad (García, 2001); (López, Torres, Casanova y otros, 2012).

Avedis Donabedian propone en 1980 una definición de calidad asistencial que ha llegado a ser clásica se formula de la siguiente manera “calidad de la atención es aquella que se espera que pueda proporcionar al usuario el máximo y más completo bienestar después de valorar el balance de ganancias y pérdidas que pueda acompañar el proceso en toda sus partes.”

Años más tarde en 1989 la International Organization for Standardization (ISO) define que “Calidad es el grado en que las características de un producto o servicio cumple los objetivos para los que fueron creados” a través de esta definición se determina dos finalidades, la primera es que la calidad asistencial se puede medir y por otro lado es el cumplimiento de los objetivos

En 1991 la OMS afirma que:

Una atención sanitaria de alta calidad es la que identifica las necesidades de salud (educativa, preventivas, curativas y de mantenimiento) de los individuos o de la población de una forma total y precisa destina los recursos (humanos y otros), de forma oportuna y tan efectiva como el estado actual del conocimiento lo permita (Suñol, 2015).

Con respecto a los componentes de la calidad asistencial Donabedian manifiesta que son tres a tener en cuenta. El componente técnico, el cual es la aplicación de la ciencia y la tecnología en el manejo de una persona de forma que rinda el máximo beneficio sin aumentar con ello sus riesgos. Por otra parte el componente interpersonal, el cual está basado en el postulado de que la relación entre las personas deben seguir las normas y valores sociales que gobiernan la interacción de los individuos en general. Estas normas están modificadas por la parte ética de los profesionales y las expectativas y aspiraciones de cada persona. Finalmente el tercer componente lo constituyen los aspectos de confort, los cuales son todos aquellos elementos del entorno del usuario que le proporcionan una atención más confortable.

Un instrumento que nos ayudara a dar una asistencia de enfermería de calidad son los protocolos, que es un conjunto de actividades ordenadas a realizarse ante una determinada tarea o problemas que se presente el paciente.

Importancia de los protocolos:

- Los protocolos son importantes porque documenta la asistencia que debe proporcionar la enfermera quedando registrado que se hace y como se lo hace.
- La Enfermera ante acciones legales es capaz de aportar la documentación necesaria de su actuación.
- Al ser un documento escrito se convierte en un canal de comunicación entre el personal de enfermería y el resto del equipo, a la vez es un documento de enseñanza para la persona profesional que se encuentra incorporándose a la unidad. (Álvarez & Ronda, 2013)

Partes de un protocolo

- Definición
- Objetivo que responde a la pregunta ¿Qué quiero conseguir con este protocolo?
- Ámbito de aplicación, hacia que profesionales eta orientado el protocolo
- Población Dina, Quien y en qué condiciones va a recibir el proceso que se está protocolizando.
- Personal que interviene (Sánchez, González, Molina y otros, 2009)

Los procedimientos de enfermería son una herramienta de la calidad que tiene como base estándares que garantizan la efectividad en la atención al paciente a la familia y a la comunidad, estos deben ser evaluados controlados y mejorados juntamente con el avance de la tecnología y responsabilidad de cada profesional, actualizarse en conocimientos siempre en pro de la seguridad del paciente y la de propio profesional.

Los procedimientos clínicos son instrumentos de protocolización que definen como una secuencia pormenorizada de actividades que se han de llevar a cabo en una situación dada, tratando de sistematizar cuales son y cómo se han de proporcionar los cuidados. (Salazar, 2012)

Un procedimiento es un documento escrito que describe secuencialmente, la forma de realizar una actividad para lograr un objetivo dado, dentro de un alcance establecido.

Los procedimientos para enfermería es una herramienta de apoyo clínico de rápida referencia diseñada para ayudar a los profesionales de enfermería. Explica los pasos claves necesarios para efectuar las actividades de enfermería y provee apuntes para el pensamiento crítico que necesita el cuidado del paciente. (Temple, 1995)

Los cuidados de enfermería han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de Procedimientos, Protocolos y Planes de Cuidado.

Esta profesionalización de los cuidados con actividades ejecutadas por enfermería, dan respuesta a una necesidad específica de salud en todos los campos: promoción, tratamiento y prevención.

En la organización de enfermería se puede establecer algunos tipos de cuidados que desempeña el personal de enfermería.

Entre los más conocidos figuran:

- **Cuidados funcionales** o por tareas que se caracteriza porque el conjunto de tareas es distribuido a todo el personal de enfermería
- **Cuidados Progresivos** se caracteriza por que los pacientes son distribuidos según su gravedad y cambian de unidad según su evolución, esta modalidad de cuidados no proporciona continuidad en los cuidados.
- **Cuidados globales** o por paciente que se caracteriza porque el trabajo se realiza en equipo con una auxiliar de enfermería y se ocupan de un número determinado de pacientes.
- **Cuidados integrales** se caracteriza porque la enfermera se responsabiliza de los cuidados que necesita un paciente desde el ingreso hasta el alta.

Todos estos cambios revolucionarios de la práctica de enfermería han conseguido beneficios tanto para los pacientes que perciben el aumento de la calidad de los cuidados, como para los profesionales, ya que ven incrementado su nivel de motivación, de competencia y por supuesto su responsabilidad.

Se podría definir a los cuidados de enfermería como:

“El conjunto de actos físicos y/o verbales y/o mentales, planificados por la enfermera y ejecutados por uno o varios miembros del personal cuidador en respuesta a una necesidad específica de salud”.

Las actividades se clasifican de la siguiente manera:

- **Actividades autónomas**, las que están dentro del diagnóstico y del tratamiento de enfermería.
- **Actividades derivadas**, las que se realizan a demanda de otros profesionales.
- **Actividades de soporte**, las orientadas a facilitar la labor asistencial.

Protocolizar las técnicas y las actividades de enfermería nos resultará de interés para unificar aquellos criterios de actuación que nos servirán de base en el momento de desarrollar los Planes de Cuidado.

Un plan de cuidados se encuentra estructurado de la siguiente manera:

- 1.- Determinar el grupo sobre el que se va a realizar el plan de cuidados.
- 2.- Elegir un Modelo de Enfermería
- 3.- Tener en cuenta todas las complicaciones potenciales y reales.
- 4.- Enunciar los problemas como diagnósticos y utilizar la nomenclatura NANDA.
- 5.- Definir objetivos en función de los problemas detectados.
- 6.- Elegir los cuidados de enfermería, como actividades concretas.
- 7.- Determinar los criterios de evaluación de los resultados.

La tendencia universal en la Atención de Enfermería es realizarla a través de los Planes de Cuidado con el objeto de unificar los criterios de Atención y procurar el máximo de calidad de la misma.

De esa manera, no solo se garantiza la calidad en la atención, sino que a la vez se puede cuantificar tanto los tiempos de atención como los costes que estos suponen

Entre los tipos de planes de cuidados tenemos los siguientes:

- Individualizados: son los que se centran en que cada persona es un ser único.
- Estandarizados: se centran en que ante problemas comunes existen respuestas similares.

Los Planes de Cuidado estándar, nos proporcionan una guía completa de cuidados para situaciones específicas y proporciona unos menores tiempos de actuación de enfermería, no presuponen una limitación a la individualización de los cuidados sino que se pueden prestar cuidados de enfermería individualizados adaptando nuestro Plan de Cuidados estándar a cada uno de nuestros pacientes. (Benito, Blanco, Caldera, Castellote y otros, 2011)

Un profesional de enfermería con conocimiento científico, destrezas, habilidades, respeto a los demás, brindara una atención de calidad la misma que garantizara evitar lesiones al paciente.

Los eventos adversos pueden estar en relación con problemas de la práctica clínica, de los productos de los procedimientos o del sistema. La mejora de la seguridad del paciente requiere por parte de todo el sistema un esfuerzo complejo que abarca un amplia gama de acciones dirigidas hacia la mejora del desempeño; la gestión de la seguridad y los riesgos ambientales incluido el control de las infecciones, el uso seguro de los medicamentos y la seguridad de los equipos de la práctica clínica y del entorno en el que se presta la atención sanitaria. (OMS, Seguridad del paciente, 20014)

La calidad en enfermería al igual que en otras disciplinas está apegada al servicio de los demás, a los avances de la ciencia para conseguir la satisfacción del paciente, para su medición en los servicios de salud es necesario elaborar estándares e indicadores que conduzcan y orienten la práctica profesional.

Los estándares de enfermería son criterios, normas destinadas a establecer el grado de calidad de los procesos y servicios que ofrece una organización para alcanzar la máxima satisfacción del usuario ya sea este interno o externo.

Un estándar nos dice que debemos y podemos hacer, es un requisito indispensable que contribuye a consolidar los cuidados de enfermería eficientes y libres de riesgos.

Dentro de la clasificación de los estándares tenemos los de producto que son los que se enfocan al usuario y evalúan la calidad de atención en forma global.

Estándares de Producto son orientados o enfocados en el usuario (producto) describe los cambios deseados en el usuario; el resultado deseado o características resultantes de los cuidados. Estos estándares de productos son los mejores para evaluar la calidad de atención total, pero son los más difíciles de formular por dos razones: en primer lugar es difícil definir el resultado o producto deseado en el usuario, y en segundo lugar medirlos. Es difícil identificar la contribución aislada de cada disciplina o la acción específica que resulta en el producto deseado.

Los estándares de procesos de función, de fuerza o de la práctica o atención directa están orientados o enfocados en las acciones del personal de enfermería describen las actividades y comportamientos necesarios para lograr la atención deseada, estos estándares ponen énfasis en la racionalidad y secuencia de las actividades, lo que se le realiza al usuario, representa la mejor práctica de enfermería posible”

Los estándares de estructura van dirigidos a definir o delimitar los elementos de la infraestructura o condiciones o factores tangibles que facilitan o que son necesarios para el cumplimiento de una atención de buena calidad (Escobar y otros, 2004)

Los cuidados de enfermería es la protocolización de las actividades realizadas por la enfermera para satisfacer las necesidades del paciente las mismas que son unificadas para ser utilizadas en pacientes que se encuentran en una misma situación de salud, los planes de cuidado permitirán a la enfermera identificar una serie de

problemas del paciente, realizar un diagnóstico de la situación de salud y una planificación de cuidados que permitirán al paciente una pronta recuperación.

Uno de los modelos de cuidados que mayor reconocimiento tiene es el de Virginia Henderson que define a la función de enfermería como “La función singular de la enfermería es asistir al individuo enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud y su recuperación (o a una muerte placentera) y que el llevaría a cabo sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir dependencia lo más rápido posible” (Rosales, Bellido, Cardenas y otros, 2010)

La garantía de calidad de enfermería es un proceso mediante el cual se establece una serie de normas, políticas, técnicas, procedimientos y estándares que guían las actividades y permiten controlar procedimientos, detectar de manera oportuna las desviaciones y tomar medidas correctivas para lograr un grado de excelencia en relación con las intervenciones.

En conjunto todos estos parámetros tienden a asegurar la calidad del servicio, de tal manera que el paciente pueda tener confianza de que el cuidado que se le brinda es seguro. A este respecto Sánchez. Aduce que la garantía de calidad en la intervención de enfermería se encuentra enmarcada en los principios que atañen a las responsabilidades moral, ética, y jurídica, Plantea asimismo, que dichos procesos y procedimientos de atención son susceptibles de evaluación y monitoreo lo que permite mejorarlos y alcanzar el más alto nivel de eficiencia en el cuidado que se presta.

De igual manera la JCAHCO propone estándares internacionales cuyo propósito es adaptar su modelo de acreditación a otros países. Dichos estándares se elaboraron con la intención de que tengan un grado óptimo y que a la vez sean alcanzables, pues solo así puedan propiciar un compromiso tangible en torno a la calidad de atención que asegure la reducción de riesgo y cree un entorno seguro para los pacientes.

La Canadian Nurses Association afirma que el ejercicio de la enfermería precisa en un modelo conceptual basado en estándares para que sea factible su práctica.

Por su parte, Di Prete Lori plantean una propuesta de garantía de calidad acorde con los siguientes principios:

- Se orienta a la satisfacción de las necesidades y expectativas del paciente y de la comunidad la que atiende, asimismo a la satisfacción profesional y laboral de los trabajadores de la salud.
- Se encuentra en los sistemas y procesos de prestación de servicios a través de un análisis por el cual es posible prevenir o solucionar problemas de manera oportuna y efectiva.
- Utiliza información para analizar los procesos de prestación de servicios, aplicando para ello técnicas cuantitativas que permiten comparar lo observado con lo establecido.

Alienta un enfoque de trabajo en equipo para la solución de problemas y para mejorar la calidad, lo cual favorece una participación general que disminuye la resistencia del cambio. (Suarez, 2002)

Los indicadores se definen como un medio para constatar, estimar, valorar, controlar y autorregular los resultados de un proceso. La aplicación de un indicador requiere condiciones específicas y fijas para no alterar el resultado. Los indicadores deben evaluarse en forma permanente.

Los indicadores no están exentos de limitaciones para su conformación; entre la problemática que se puede presentar en su identificación e integración está la siguiente: para la selección de los que se consideren más adecuados para cada objetivo, existen diferentes actores, como los sectores estadístico, público, privado, social o académico que no comparten las mismas necesidades de información ni persiguen las mismas metas lo cual dificulta una igualdad en su definición.

El carácter cuantitativo hace que se generen indicadores sólo de aquello que puede ser medido en cantidad. El uso de indicadores presupone que las metas de instituciones y dependencias públicas, así como sus niveles de logro están disponibles e identificables en planes y programas de gobierno y que no hay contradicciones entre los mismos. El depender de objetivos que son cambiantes, por lo menos en cada nueva administración, no sólo modifica el tipo de indicadores que

deben ser empleados, sino también la disponibilidad de datos para conformarlos, lo que implica un ajuste permanente de las fuentes adicionales de información. (Pérez, 2002)

El sector de la salud con respecto a la calidad del cuidado está cambiando dramáticamente. El crecimiento explosivo de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS), los gastos por servicios de cuidado de la salud han llevado a captar más atención del público, de pagadores privados y entidades reguladoras gubernamentales y privadas. Los gastos derivados del cuidado de la salud aumentan continuamente, por lo que se está cuestionando a las instituciones y proveedores de servicios de salud esperando que se demuestre el valor y la calidad de estos servicios.

El cuidado del paciente se puede medir a través de indicadores que reflejan la forma como se está brindando este cuidado, conocido también como “monitorización del cuidado.”

Los indicadores pueden ser utilizados para mejorar la calidad sin embargo, en nuestro país aún no contamos con instrumentos adecuados. En otros países se ha investigado y probado algunos instrumentos útiles para medir la calidad del cuidado y lo que es más importante para otorgar las certificaciones correspondientes. Dicha certificación sería el equivalente al sistema de acreditación de las instituciones de salud que se está intentando implementar en la actualidad en nuestro medio.

Estamos seguros que las instituciones prestadoras de servicios de salud podrían mejorar la calidad del cuidado y demostrar así el valor de sus servicios, desarrollando un programa continuo de mejoramiento de calidad que utilice medios estandarizados bien definidos, rigurosos y confiables; se podrá entonces hablar de “Mejoramiento continuo de la calidad basado en resultados”.

Bajo este término se pueden analizar los procesos con profundidad, hacer los cambios y evaluar los resultados de tales cambios. Igualmente lo que se pretende es que la estrategia de mejoramiento de calidad basada en resultados, también represente una estrategia financiera, mejorando los resultados y demostrando efectividad a los pagadores y reguladores, se va a poder justificar, cuantificar y

costear de la mejor manera los servicios que brindan, aumentando por lo tanto, su mercado y viabilidad financiera.

Ejemplo de indicadores en la Atención de Enfermería:

- Administración de Medicamentos.
 - Trato digno.
 - Prevención de úlceras por presión a paciente hospitalizados
 - Prevención de infecciones.
 - Indicadores de rendimiento de los servicios
1. Promedio de camas disponibles
 2. Camas –días
 3. Porcentaje de ocupación de camas
 4. Promedio de permanencia
 5. Giro de cama
 6. Tasa de mortalidad hospitalaria

La calidad de atención de enfermería en los servicios de salud a través de PAE, planes de cuidado, estandarización, y la conformación de indicadores son determinante dentro de la seguridad del paciente, a pesar de los esfuerzos realizados por los organismos miembros de la OMS no se ha logrado una satisfacción de excelencia sobre todo en los países en vías de desarrollo, manifestándose de diferentes formas como es un servicio de salud inefectivo es decir que no alcanzado los resultados esperados.

Esto se manifiesta en un alto porcentaje de cuidados no consistentes con el conocimiento profesional actual, dando un servicio de salud inseguro ocasionando daño material y humano, predisponiendo a un alto porcentaje de demandas legales contra profesionales y servicios de salud como consecuencia excesivo número de mortalidad, infecciones, nosocomiales, el uso irracional de los medicamentos y de fallos quirúrgicos.

Servicios de Salud Ineficientes es decir con costos superiores a los necesarios para obtener el mismo resultado, esto contribuye a un aumento excesivo de gastos en salud sin el resultado de mejoramiento de los mismos, La mala calidad se expresa en

una limitada accesibilidad, con barreras administrativas, geográficas, económicas, culturales o sociales e indiferencia respecto a la perspectiva de género en la provisión de servicios de salud, esta situación se manifiesta en la larga lista de espera, horarios de atención incompatibles con las posibilidades de consulta del usuario, distancias excesivas al centro de atención sanitaria y ofertas de servicios no adecuados.

También tenemos como falta de la calidad a la insatisfacción de los usuarios y de los profesionales con los usuarios, se quejan de maltrato, falta de comunicación e inadecuación de las instalaciones de salud.

Por otra parte los trabajadores y profesionales de la salud se encuentran desmotivados con sobre carga de trabajo y en los casos más extremos se hace presente el síndrome de “Burn out” lo que trae como consecuencia el deterioro del servicio prestado.

Las causas para una calidad de atención ineficiente en los servicios de salud se encuentran determinada por, la deficiencia de los marcos reguladores de la calidad tales como las normas y estándares técnicos, los sistemas de acreditación certificación y habilitación y el limitado conocimiento de los derechos y deberes de los pacientes, la insuficiencia o falta de los recursos humanos, materiales y financieros, la falta del sistema de información para la gestión adecuada de los recursos, la trasferencias financieras o mecanismos de pago a prestadores no vinculados a nivel de desempeño y resultados en salud.

A nivel de la prestación de servicios a nivel individual son causas de mala calidad, la desmotivación de los trabajadores de la salud, la debilidad en materia de competencias y destrezas técnicas, la ausencia de trabajo en equipo y, la atención bajo un modelo paternalista que no involucra al usuario en la toma de decisiones , las condiciones de trabajo inadecuado y la inexistencia de carrera profesional y programas de actualización profesional .

La presencia de efectos adversos en los diferentes procedimientos realizados en el sistema sanitario requiere de un abordaje institucional y multidisciplinario, los profesionales de enfermería desempeñan un papel importante en los resultados de

salud que se obtiene en la asistencia sanitaria y por lo tanto están muy implicadas en la seguridad del paciente. (OPS/OMS, 2007)

Por lo que la seguridad del paciente es un tema muy mencionado a nivel mundial incorporándose a las agendas políticas y al debate público causando que organizaciones afines a la salud planifiquen estrategias tanto nacionales como internacionales, contribuyendo a mejorar la seguridad de los pacientes. Entre las alianzas realizadas citaremos las siguientes:

- 2002_ OMS en la 55^{ava} Asamblea Mundial de la Salud Ginebra “Los Estados miembros deben de prestar la mayor atención posible al problema de seguridad del paciente”.
- 2004 –OMS Asamblea Mundial de Washington acordó Organizar una Alianza Internacional para la seguridad del Paciente.
- 2005- Declaración de Varsovia sobre la Seguridad para el Paciente – La Seguridad de los Pacientes como un reto Europeo en ella se aconseja a los países que acepten el reto de abordar el problema de seguridad del paciente a nivel nacional mediante.
 - a.- El desarrollo de una cultura de seguridad del paciente con enfoque sistemático y sistémico
 - b.- El establecimiento de sistemas de información que apoyen el aprendizaje y la toma de decisiones.
 - c.- La aplicación de los pacientes y de los ciudadanos en el proceso “Errar es humano. Ocultar los errores es imperdonable. No aprender de ellos no tiene perdón.
- 2006- Se publica el programa para la Alianza de Seguridad para el Paciente.
- 2008- La lista de chequeo para la Seguridad del paciente en cirugía.

Estas alianzas tienen como finalidad poner en práctica los seis programas en los últimos años en donde el elemento básico será la seguridad ante todo:

- El programa de “Seguridad para el paciente en todo el mundo”, que en el 2005 y 2006 se centrar en las infecciones asociadas a la atención en salud.
- Un programa de “Pacientes por la seguridad del paciente “en el cual se fomenta la participación de los pacientes ya sea en forma individual, colectiva o grupal.
- Un Programa de “Taxonomía de la seguridad del paciente “el mismo que servirá para determinar los conceptos, principios, normas y términos utilizados para trabajar sobre el tema.
- Un programa de “Investigación para la seguridad del paciente “el que tienen como finalidad elaborar un mecanismo de evaluación que se utilice en los países en desarrollo y se realice estudios mundiales de prevalencia de los efectos adversos.

Un programa de “Solución para la Seguridad del paciente “que promueva las intervenciones ya existente y coordine las actividades en el plano internacional para lograr que las nuevas soluciones se aplique en la práctica.

Los programas anteriormente mencionados requieren de estrategias en pro de la calidad de atención y la seguridad del paciente incluyendo a la familia y a la comunidad enfocadas a los grupos poblacionales más vulnerables y a los temas de salud prioritarios definidos en los Objetivos del Milenio (ODM). (Cruz, 2009)

Desde el año 2006 se ha diseñado un plan de calidad para conseguir un Sistema Nacional de Salud centrado en los pacientes , orientado a la equidad y excelencia clínica incluyendo a seis grandes áreas de actuación que pretende dar resultados a los retos planteados y son los siguientes:

- 1.-Proteccion promoción de la Salud y prevención
- 2.- Fomento de la equidad
- 3.-Apoyo a la planificación de los recursos humanos en salud
- 4.- Fomento a la excelencia clínica

5.- Utilización de las tecnologías de la información para mejorar la atención de los ciudadanos

6.- Aumento de la transparencia

La seguridad de los pacientes ha adquirido una gran importancia en los últimos tiempos tanto para el paciente y sus familias quienes desean sentirse seguros al recibir una atención en los servicios de salud , como para los profesionales que desean proporcionar un asistencia efectiva y eficiente .

En un Sistema de Salud requiere que todos los responsables que brindan una atención de salud se involucre con las acciones tomadas a mejorar la calidad de atención y por ende la seguridad del paciente, es así como la enfermera a nivel internacional trabaja arduamente. Por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería para lograr así la seguridad del paciente (García , Rodríguez , Díaz , Escobar , García y otros, 2008)

La enfermera es una profesional con profundas raíces humanistas, preocupada por las personas que confían en sus cuidados en especial las personas que experimentan una situación de enfermedad. (Leon, 2006).

En octubre del 2004, la OMS presento la Alianza Mundial para la Seguridad del paciente. Se identificó al proyecto de elaboración de una clasificación internacional para la seguridad del paciente como una de las principales iniciativas del programa de actividades de la Alianza para 2005.

La clasificación Internacional de Seguridad del paciente tiene como objetivo identificar riesgos, prevenir y reducir los mismos, dentro de las diez clases que integran el marco conceptual de la clasificación se encuentra los tipos de incidencia.

La incidencia es un término para una categoría representada por incidentes de naturaleza común que se reúnen por compartir características similares como medicación/ líquidos para administración intravenosa, las mismas que tiene relación con lista de la medicación , lista de líquidos para la administración intravenosa otro de los proceso es el uso de la medicación en los cuales los incidentes se encuentran

relacionados con la prescripción, preparación, presentación, distribución, administración conservación y supervisión .

Por lo que es indispensable que la enfermera del servicio de Medicina Interna tenga conocimiento a través del manual de protocolos que contengan técnicas de administración de medicamentos más utilizados en el servicio, en los que se describirá, los mecanismos de acción, indicaciones, contraindicaciones, efectos adversos y la responsabilidad de la enfermera en su administración garantizando la seguridad del paciente. (Patient Safety, 2009)

2.1.3. Marco Conceptual

Calidad.- la calidad es proporcionar al paciente el máximo y más completo bienestar de después de haber considerado el balance de las ganancias y pérdidas esperadas, que acompañan el proceso de atención en todas sus partes. Esta calidad recoge el pensamiento técnico de quienes la aplican (médicos, enfermera, administradores) con su cosmovisión y formación académica.

Estándares.-Es la definición clara de un modelo, criterio, regla de medida o de los requisitos mínimos aceptables para la operación de procesos específicos, con el fin asegurar la calidad en la prestación de los servicios de salud. Los estándares señalan claramente el comportamiento esperado y deseado en los empleados y son utilizados como guías para evaluar su funcionamiento y lograr el mejoramiento continuo de los servicios.

Calidad en los Servicios de Enfermería.- La enfermera a más de atender las indicaciones del Medio también debe realizar su propia evaluación de los problemas del enfermo. Una vez trazado el plan hay que procurar que tanto el paciente como la familia comprendan las razones en que se funda, las medidas que se adoptan y lo que implica su ejecución a falta de una coordinación de este tipo puede ocurrir que, pese a la calidad de ciertos servicios el resultado final no sea satisfactorio.

La responsabilidad de la enfermera no debe limitarse a la administración del tratamiento, la prestación de un servicio de calidad significa ayudar al paciente a ejecutar todos los actos de la vida cotidiana que normalmente realiza por sí solo , respirar, comer, beber, dormir, moverse, levantarse mantenerse debidamente

abrigado etc. Pero como la vida es más que un proceso vegetativo, la enfermera debe facilitar las actividades de relación social recreativa y productiva es decir ayudar al paciente a mantener el régimen de vida normal.

Atención de enfermería El término deriva del verbo cuidar, se asocia a la atención y vigilancia del estado de un enfermo. La enfermería es tanto dicha actividad como la profesión que implica realizar estas tareas y el lugar físico en el que se llevan a cabo

Procedimientos técnicos.- Los procedimientos consiste en describir detalladamente cada una de las actividades a seguir en un proceso laboral, por medio del cual se garantiza la disminución de errores.

Seguridad del paciente Libertad de lesiones accidentales; asegurar la seguridad de los pacientes involucra el establecimiento de sistemas operativos y procesos que minimicen la probabilidad de errores y maximicen la probabilidad de interceptarlos cuando ocurra

Seguridad del Paciente.-La OMS define a la seguridad de los pacientes como a la ausencia o riesgo o daño potencial asociado o la atención sanitaria que se basa en el conjunto de efectos estructurales, procesos, instrumentos y metodologías basadas en evidencias científicamente probadas, con el objeto de minimizar el riesgo de sufrir un evento adverso en el proceso de la atención en salud o de mitigar sus consecuencias.

Protocolos de Enfermería.- Es el conjunto de actividades a realizar relacionadas con un determinado problema o una determinada actividad asistencial que se aplica a todo un grupo de pacientes.

Plan de Cuidados.- Es un conjunto de actividades estandarizadas aplicar a los pacientes en base a su patología y a los problemas de salud asociados.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para el levantamiento de información de los protocolos de Enfermería existentes en el servicio de Medicina Interna, utilizaremos el método inductivo – deductivo el cual acepta la insistencia de una realidad externa y postula la capacidad del hombre para percibirla a través de sus sentidos y entenderla por medio de su inteligencia.

Este método lo aplicaremos para conocer e investigar todos los elementos que intervienen en el desarrollo de la metodología, como por ejemplo el desarrollo del diagnóstico situacional de la institución, los protocolos que existen actualmente y como se los maneja en el servicio de Medicina Interna.

Además el análisis es un proceso que permite al investigador conocer la realidad, el método de análisis es un proceso de conocimiento que se inicia con la identificación de cada una de las partes que caracterizan una realidad, de esta manera se establece la relación causa-efecto entre los elementos que componen el objeto de investigación.

Mientras que el método de síntesis es el proceso de conocimiento que procede de lo simple a lo complejo, de la causa a los efectos, de la parte al todo, de los principios a las consecuencias.

El método analítico sintético nos permitirá revisar toda la literatura e información que utilicemos en el desarrollo de la metodología extrayendo las partes importantes para elaboración de la misma. Mientras que el método comparativo nos ayudará a comprender las ventajas y desventajas de la utilización de las diferentes metodologías para realizar los protocolos de Enfermería, en las que nos basaremos para diseñar una metodología que contemple los puntos más importantes a ser incluidos en la investigación. (Hernández, Fernández, Baptista, 2010)

Para este estudio el tipo de investigación es Cualitativa y Descriptiva.

Cualitativa: La cual nos permite analizar las técnicas y tipos de investigación que se va a utilizar en este estudio como son las encuestas entrevistas y la observación. Dentro del marco conceptual de lo holístico la investigación cualitativa

explora la profundidad, la riqueza y la complejidad inherente de un fenómeno, esta es útil para entender las experiencias humanas como sentir dolor, sentir cuidado, la impotencia y el confort. (Vanegas, 2010)

Descriptiva: Son aquellas que están dirigidas a determinar “como es” o “como esta” la situación que se estudia en una población, la presencia o ausencia de algo, la frecuencia con la que ocurre un fenómeno .Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de las personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Canales, Alvarado, Pineda, 1994)

Para realizar la elaboración de los protocolos de Enfermería para el servicio de Medicina Interna, utilizaremos Fuentes primarias como son: revisión de la literatura referente al tema textos, protocolos de enfermería, revistas, libros, tesis etc., que nos ayudaran a recolectar la información para la elaboración de la metodología.

- Nuestro proyecto de investigación es teórico – práctico por tanto las técnicas (fuente secundaria) para recolectar la información son las siguientes:
- Investigación y revisión de información en el Internet
- Visitas de campo
- Observación directa e indirecta
- Entrevista no estructurada dirigida a: líder de enfermería y personal de enfermería del servicio.

Mientras tanto los instrumentos que se utilizarán para el desarrollo de esta investigación son la realización de una guía de observación y entrevistas no estructurada. (Canales, Alvarado, Pineda, 1994)

3.1. INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

En la presente investigación se emplearon los siguientes instrumentos:

Diario de campo instrumento utilizado en el que se registró lo hechos susceptibles del servicio de Medicina Interna.

- **Guía de observación**, es un método que nos permitió visualizar lo que sucede en una situación real, clasificando la información de acuerdo a la investigación realizada, contiene una lista de chequeo o cotejo en el que consta diez parámetros, que permite encausar la acción de ciertos fenómenos que ocurren o disponen en el servicio de Medicina Interna.
- **Entrevista no estructurada**, es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio con el fin de obtener una respuesta verbal a las interrogantes planteadas, permite obtener información más completa, es más flexible y abierta, su contenido, profundidad y formulación se encontraran en entero en manos del entrevistador.

La entrevista no estructurada se encuentra definida por diez preguntas, dirigido a la líder de enfermeras y personal de enfermera.

CAPÍTULO IV

4. PROPUESTA

4.1. “Manual de Procedimientos Técnico y Administrativo de Enfermería para el Servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo”

Fundamentación de la Propuesta

La calidad en la atención de salud es un reto de la época en donde los profesionales de la salud tienen la responsabilidad de prepararse, que sus conocimientos se encuentren acorde con la tecnología, desarrollo de sus habilidades y un cambio de actitud más humanista respetuosa y solidaria .

La enfermera es la persona dentro del equipo de salud que mayor atención presta a las necesidades del paciente en una forma integral bio- psico- social, por lo que este manual de protocolos de enfermería servirá como instrumento guía para dar una atención optima oportuna con calidad y calidez será eficiente y eficaz dentro del servicio de Medicina Interna del HEE , tomando en cuenta a las principales patologías que se presentan con mayor frecuencia para lo cual utilizaremos la taxonomías NANDA, NIC, Y NOC que facilitaran a la enfermera una organización de los cuidados utilizando un lenguaje estandarizado

1. North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)

El diagnostico de enfermería es un parámetro metodológico de los cuidados dentro del proceso de atención de enfermería, a través de él nos permite identificar el problema y ser atendido de una forma oportuna y optima de parte del personal de enfermería y obtener los resultados esperados siempre en bien del paciente la familia y comunidad.

2. Resultados de enfermería (NOC)

La taxonomía (NOC) se utiliza para determinar los resultados que se obtienen de la intervención de enfermería, incluyendo indicadores con sus respectivas escalas de medición , el indicador se refiere a los criterios que nos permitirán realizar una

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

evaluación y determinar si las actividades realizadas con el paciente están alcanzando el objetivo deseado.

3. Intervención de Enfermería (NIC)

La taxonomía NIC es una clasificación global y estandarizada de las actividades que realiza la enfermera/o dependiendo de su conocimiento, el interés que demuestre y las decisiones que tome para alcanzar los resultados esperados.

La taxonomía está compuesta por dos elementos sustanciales, las intervenciones y las actividades de enfermería.

Las intervenciones de enfermería son estrategias concretas diseñadas para ayudar a la persona, familia y comunidad, son genéricas y cada uno de ella incluye varias actividades. Las intervenciones de enfermería pueden ser:

Interdependientes: Actividad que el personal de enfermería lleva a cabo junto a otros miembros del equipo multidisciplinario.

Independientes: Actividades que realiza el personal de enfermería para satisfacer necesidades humanas, acciones que se encuentran legalmente autorizadas a realizar, gracias a sus conocimientos y experiencia sin requerir de una indicación médica.

Actividades de Enfermería.- Son todas las acciones que realiza la enfermera para alcanzar los resultados esperados. (Riviera, Pastoriza, Díaz & Hilario, 2013)

Una vez descrito la metodología se procederá a describir las patologías más frecuentes del servicio de Medicina Interna

- Convulsiones
- Diabetes Millitus
- Hipertensión Arterial
- Artritis Reumatoidea
- Lupus Eritematoso

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Atención al adulto mayor
- Tuberculosis pulmonar
- Cirrosis Hepática
- Insuficiencia Renal
- Sida

Uno de las actividades importantes que la enfermera realiza en el servicio de Medicina Interna es la administración de medicación, y que merece ser mencionado ya que es un parámetro de preocupación mundial frente a la seguridad del paciente en el ámbito hospitalario como un protocolo más en la atención de enfermería.

La clasificación mundial de medicamentos hace referencia a evitar errores de la administración, no solamente utilizando los diez correctos si no también conociendo los principios básicos de cada uno de los medicamentos más utilizados y que son administrados por el personal de enfermería del servicio de Medicina Interna.

Objetivos de la Elaboración del Manual de Procedimientos Técnico Administrativos del Servicio de Medicina Interna del hospital Eugenio Espejo:

1. Presentar un manual actualizado de protocolos de enfermería con estándares que le permitan realizar una evaluación de calidad de atención.
2. Colaborar el mejoramiento continuo en la atención de enfermería con calidad y calidez al paciente que demanda de su atención
3. Cumplir con la propuesta de mejoramiento continuo en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

Los estándares fueron diseñados para ser utilizados y aplicar los conocimientos de las enfermeras en el desarrollo de una cultura de la calidad, por lo que es esta propuesta se ha designado valores a los niveles de cumplimiento de la siguiente manera:

Nivel de Excelencia.- se asigna al desempeño global superior en donde el personal de enfermería realiza de manera secuencial todo el proceso y alcanza un estándar de calidad entre el 91% y 100%.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Nivel de cumplimiento significativo.-Es el que resulta aceptable, dado que el personal de enfermería cumple con la mayoría de los requisitos del proceso y alcanza un estándar de calidad entre 85 y el 90%.

Nivel de cumplimiento parcial.- El personal de enfermería cumple con algunos requisitos del proceso y alcanza un estándar de calidad ente 75 y 84%.

Nivel de cumplimiento mínimo.- se asigna cuando la enfermera cumple con el mínimo de los requisitos del proceso y el estándar de calidad se ubica entre el 70 y 74% (Suarez & Ortega, 2009)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN UN PACIENTE CON TRASTORNOS CONVULSIONES

DEFINICIÓN

Son descargas eléctricas repentinas, anómalas y excesivas del cerebro, que altera la función motora, la conciencia y la sensibilidad.

OBJETIVO

Dar atención oportuna y adecuada en las crisis convulsivas evitando efectos secundarios

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de traumatismo /asfixia

Los factores de riesgo que puede incluir, debilidad, dificultad para mantener el equilibrio, limitaciones cognitivas, alteración de la conciencia, dificultades emocionales, etc.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Detección del riesgo, Control de riesgos y Conocimiento para la seguridad personal (NOC)

Se expresara verbalmente el conocimiento de los factores que contribuyen a que se produzca un traumatismo o asfixia, se demostrara cambios en el estilo de vida para reducir los factores de riesgo y proteger futuras convulsiones y lesiones. Identificar las acciones a tomar cuando se manifiesten una actividad convulsiva.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención integral de las convulsiones (NIC)

- Mantener levantada las barreras laterales, almohadillas con la cama en la posición más baja, esto reduce las lesiones en caso de que las convulsiones se presenten cuando el paciente está en la cama.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Mantener al paciente en reposo absoluto en cama si experimenta signos prodrómicos o aura, explicando al paciente la necesidad de estas acciones. El paciente puede sentirse inquieto o con necesidad de caminar.
- Permanecer con el paciente durante y después de la convulsión, favorece la seguridad del paciente y reduce la sensación de aislamiento durante el suceso
- Girar la cabeza a un lado, introducir en la boca un protector para evitar mordeduras si la mandíbula se encuentra relajada, ayuda a mantener permeable las vías respiratorias y evitar un traumatismo bucal no se debe introducir nada en la boca a la fuerza, cuando los dientes están apretados.
- Recostar la cabeza, apoyándola en una zona blanda, o ayudar al paciente a colocarse en el suelo si esta fuera de la cama. No intentar sujetar al paciente. Guiar con cuidado las extremidades reduce el riesgo de lesiones físicas cuando el paciente carece de control muscular voluntario, si se intenta sujetar al paciente puede aumentar los movimientos y el paciente puede lesionarse o lesionar a los demás.
- Realizar un control neurológico y de los signos vitales después de las convulsiones como: grado de conocimiento, orientación, capacidad para cumplir órdenes sencillas, hablar, recordar el incidente y debilidad o déficit motor.
- Reorientar al paciente después de una actividad convulsiva, el paciente puede estar confuso, desorientado y posiblemente amnésico, necesita ayuda para recuperar el control y disminuir la ansiedad.
- Investigar si el paciente a referido dolor, puede ser consecuencias de contracciones musculares repetidas o síntomas de lesiones producidas que precisan otra evaluación.
- Observar la aparición de un estado epiléptico, es decir una convulsión tonicoclónica después de otra en sucesión, se constituye en una urgencia de atención inmediata que si no es tratada puede causar, acidosis metabólica, hipertermia, hipoglucemia, arritmias, obstrucción de las vías respiratorias, aumento de la presión intracraneal y paro respiratorio.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Es necesario intervenir inmediatamente para controlar la actividad convulsiva y evitar lesiones permanentes o la muerte.
- Administrar fármacos con prescripción médica, la elección de los fármacos y su vía de administración depende del tipo de actividad convulsiva y de su gravedad actual. Algunos pacientes precisan múltiples fármacos o una medicación frecuente para controlar la actividad convulsiva.

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de la limpieza ineficaz de las vías aéreas.

Los factores de riesgo pueden incluir, trastornos neuromusculares, obstrucción traqueobronquial, deterioro perceptivo / cognitivo

Resultados Esperados/Criterios de Evaluación

Estados Respiratorios: Ventilación (NOC)

Controlará un patrón respiratorio eficaz con las vías respiratorias permeables y medidas de prevención de la aspiración.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de las vías aéreas (NIC)

- Aconsejar al paciente que se retire la dentadura postiza o retire objetos extraños de la boca si siente la fase de aura y evitar masticar chicles caramelos si se presenta convulsiones, sin previo aviso. Reduce el riesgo de aspiración y alojamiento de cuerpos extraños en la faringe.
- Colocar al paciente en posición en decúbito sobre una superficie lisa; aflojar la ropa desde el cuello y el tórax hasta la región abdominal, facilitara la respiración y la expansión torácica.
- Administrar oxígeno cuando sea necesario después de la fase ictal. Puede reducir la hipoxia cerebral causada por la disminución de la circulación y oxigenación, secundario a un espasmo vascular durante las convulsiones.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Preparar al paciente para la intubación, si está indicado. La existencia de apnea prolongada después de la fase ictal puede precisar de ventilación artificial.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Autoestima

Puede asociarse a la enfermedad, a la percepción de inutilidad, puede manifestarse por temor al rechazo.

Resultados Esperados Criterios de Evaluación

Autoestima (NOC)

Identificar los sentimientos y métodos para afrontar la percepción negativa de sí mismo

Expresar verbalmente sensación de autoestima en relación con el diagnostico.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mejorar el Autoestima (NIC)

- Analizar los sentimientos sobre el diagnostico, la percepción de amenaza personal. Animar al paciente a expresar sus sentimientos. Las reacciones varían entre individuos, La expresión verbal de los temores, la ira y las inquietudes sobre las consecuencias futuras pueden ayudar al paciente a comenzar a aceptar y afrontar esta situación.
- Analizar con el paciente los éxitos actuales y pasados y las fortalezas que posea. Centrarse en aspectos positivos puede ayudar a aliviar los sentimientos de culpa o de timidez y permitir al paciente comenzar a aceptar el control de su enfermedad.
- Evitar sobreproteger al paciente, animarle a realizar actividades, ofreciendo supervisión o control cuando este indicado. La participación en todas las experiencias posibles puede disminuir la depresión sobre las limitaciones,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

puede ser necesario que el paciente deba ser supervisado mientras realiza actividades como gimnasia, natación u otros deportes.

- Indicar a los familiares y personal de enfermería mientras se encuentra hospitalizado que su actitud ante las convulsiones debe ser de tranquilidad.
- Derivar al paciente o allegados a grupos de apoyo, proporciona una oportunidad para obtener información, apoyo o ideas para afrontar los problemas.
- Educar con el paciente o familiares la posibilidad de recibir tratamiento psicoterapéutico.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 1***Estándar de la atención de enfermería en pacientes con convulsiones***

ORD	CRITERIOS	% DE CUMPLIMIENTO		
		SI	A VECES	NO
1	Mantiene levantada las barreras laterales, almohadillas con la cama en posición más baja.			
2	Permanece con el paciente durante y después de la convulsión.			
3	Realiza un control neurológico y de los signos vitales después de las convulsiones como grado de conocimiento, orientación, capacidad para cumplir órdenes sencillas, y para hablar, pregunta si se acuerda lo sucedido.			
4	Administra fármacos de acuerdo a la prescripción médica informa al paciente sus efectos adversos, y precauciones.			
5	Aconseja al paciente que se quite la dentadura postiza o retire objetos extraños de la boca si siente la fase aura y solicita que el paciente evite masticar chicles caramelos si se presenta convulsiones sin previo aviso..			
6	Administrar oxígeno cuando sea necesario después de la fase ictal.			
7	Analiza los sentimientos sobre el diagnostico, la percepción de amenaza personal			
8	Anima a realizar actividades de la vida diaria , ofreciendo supervisión o control cuando este indicado.			
9	Indica a los familiares y personal de enfermería mientras se encuentra hospitalizado que su actitud ante las convulsiones debe ser de tranquilidad			
10	Registra las acciones realizadas durante la crisis en los informes de enfermería			
	Total			

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

DEFINICIÓN:

La Diabetes Mellitus es una enfermedad sistemática , crónica- degenerativa , de carácter heterogéneo con grados variables de predisposición hereditaria y con participación de diversos factores ambientales lo cual se caracteriza por hiperglicemia crónica debido a las deficiencias en la producción o acción de insulina lo que afecta al metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, las proteínas y las grasas .

OBJETIVOS

- Brindar atención integral física, psicológica y emocional al paciente y la familia
- Brinda el conocimiento necesario al personal de enfermería para que reconozca y actúe ante los signos y síntomas de hiperglucemia e hipoglucemia.
- Brindar al paciente una alimentación adecuada conjuntamente con su régimen terapéutico

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad, por los cambios en el estilo de vida y el proceso de hospitalización

Mismo que puede manifestarse por agitación, taquicardia e irritabilidad ante los procesos de intervención

Resultados Esperados (NOC)

Manejara su estado de ansiedad

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Explicar todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que han de experimentar durante el procedimiento
- Proporcionar información objetiva respecto al diagnóstico , tratamiento y pronóstico
- Crear un ambiente que facilite la confianza
- La participación en la toma de decisiones puede proporcionar al usuario una sensación de control que mejore su capacidad de afrontamiento, la sensación de pérdida puede dar lugar a un sentimiento de impotencia seguido de desesperanza.
- Observar si hay signos verbales de ansiedad
- Mantener contacto visual con el paciente al dialogar
- Favorecer un a respiración lenta profunda intencionadamente
- Reducir o eliminar los estímulos que creen miedo o ansiedad
- Administrar medicamentos ansiolíticos si fuera necesario, los medicamentos ansiolíticos son utilizados en paciente con periodo de ansiedad o depresión de los cuales se debe discontinuar en cierto tiempo de su administración debido a que se vuelven dependientes.
- Potenciar el autoestima, animando al paciente con diabetes a identificar sus virtudes, los individuos pueden sufrir un cambio de la percepción de sí mismo como respuesta a un acontecimiento que no pude afrontar.
- Demostrarle confianza en su capacidad para controlar las tareas de su vida diaria
- Educar a la familia para que demuestre satisfacción por los progresos alcanzados por el paciente
- Proporcionar información objetiva sobre la diabetes y su plan terapéutico

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA.-Riesgos de trastornos de la percepción sensorial.

Los factores de riesgo pueden incluir alteraciones químicas endógenas: glucosa – insulina o desequilibrio electrolítico

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Estado Neurológico (NOC)

Conservara un nivel cognitivo habitual

Reconocerá y compensara los trastornos sensoriales existentes

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Supervisión Neurológica (NIC)

- Vigilar signos vitales y estado cognitivo
- Dirigirse al paciente por su nombre, reorientar según necesidad en el espacio, la persona el tiempo y la situación. Ofrecer explicaciones cortas y claras.
- Programar los cuidados de enfermería para poder ofrecer periodos de descanso sin interrupción
- Mantener la rutina del paciente lo más constante posible, fomentar la participación en las actividades diarias según la capacidad esto le ayudara al paciente mantenerse en contacto con la realidad y mantener la orientación con respecto al entorno.
- Proteger al paciente de lesiones, cuando el estado cognitivo se encuentra alterado. Almohadillar las barandillas laterales de la cama si el paciente padece convulsiones, cuando el paciente se encuentra desorientado tiende a lesionarse, especialmente por la noche y se debe tomar precauciones según indique.
- Evaluar la agudeza visual según se indique, el edema o el desprendimiento de retina, la hemorragia, la presencia de cataratas o la parálisis temporal de los

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

músculos extra oculares puede alterar la visión lo que requiere una terapéutica correcta, cuidados de apoyo o ambos.

- Investigar referencias de hiperestesia, dolor o pérdida sensitiva en los pies y piernas, buscar úlceras zonas enrojecidas, puntos de presión, pérdida de pulso pedio. Las neuropatías periféricas pueden causar graves molestias , falta o distorsión de la sensación táctil incrementando el riesgo de lesiones térmicas y deterioro del equilibrio
- Ayudar con la deambulación y cambio de posición, favorece la estabilidad del paciente especialmente cuando está afectado el sentido del equilibrio.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Cansancio

Puede asociarse a la disminución de la producción de la energía metabólica

Alteración de la química orgánica: insuficiente insulina

Incremento de las demandas energéticas: estado hipermetabolico o infecciones

Posiblemente se manifestaran por la incapacidad de desarrollar las rutinas habituales, disminución de rendimiento, tendencia a accidentes, menor capacidad de concentración apatía y desinterés por lo que le rodea

Resultados esperados/ Criterios de Evaluación

Resistencia (NOC)

Verbalizar un incremento del nivel de energía.

Mostrará una mayor capacidad para participar en las actividades deseadas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de la Energía (NIC)

- Explicar al paciente la necesidad de mantenerse activo, planificar un horario con el paciente e identificar las actividades que provocan cansancio

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Vigilar el pulso, al frecuencia respiratoria antes y después de realizar la actividad

4.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Impotencia

Puede asociarse a que se trata de una enfermedad prolongada, no curable y tiene que depender de otros, esto puede manifestarse con la resistencia a expresar los verdaderos sentimientos, expresiones de no tener control sobre la situación apatía, inhibición, ira. Siente depresión por el deterioro físico a pesar de seguir con el tratamiento

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Control Percibido (NOC)

Ayudará a planificar sus propios cuidados y se responsabilizara independientemente de las actividades de autocuidado.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Facilitar la responsabilidad (NIC)

- Educar al paciente y allegados a expresar sus sentimientos sobre la hospitalización y la enfermedad en general.
- Tener en cuenta que los sentimientos son normales, el reconocimiento de que las reacciones son normales puede ayudar al paciente a resolver los problemas y a buscar ayuda según necesidad.
- Evaluar el modo en que el paciente ha tratado el problema en el pasado, identificar el centro de control. El conocimiento del paciente permite determinar los objetivos del tratamiento. El paciente cuyo centro de control es interior suele buscar formas de controlar su propio programa de tratamiento, el paciente que opera centros de control externos quiere ser cuidado por otros.
- Ofrecer la oportunidad a los allegados para expresar sus preocupaciones y explicar la forma en que pueda ayudar al paciente

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Determinar si se ha producido un cambio en la relación con los allegados
- Recomendar al paciente que tome decisiones relativas a los cuidados.

5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo del nivel de glucemia inestable hiperglucemia

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

El paciente y el personal de salud van a ser capaz de identificar signos de hiperglucemia (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Manejo de la Hiperglucemia (NIC)

Atención integral del líquido y electrolitos

- Obtener los antecedentes del paciente y allegados en relación con la duración e intensidad de los síntomas como cefalea, vómito, poliuria y dolor abdominal.
- Vigilar signos vitales, ya que la hipovolemia puede manifestarse por hipotensión y taquicardia se puede calcular la intensidad de la hipovolemia cuando la presión sistólica del paciente baja más de 10mmHg al pasar de una posición de decúbito a sentada o de pie. Una neuropatía puede bloquear los reflejos que normalmente aumentan la frecuencia cardiaca.
- Vigilar la respiración. La frecuencia respiratoria y la profundidad de las respiraciones aumentan para incrementar la excreción del CO₂ y reducir la acidosis. El aliento cetónico está causado por la degradación de ácido acetoacético y debería disminuir a medida que se corrige la cetosis.
- Vigilar la frecuencia y calidad respiratoria, uso de músculos accesorios, periodos de apnea y aspectos cianóticos. La corrección de la hiperglucemia y de la acidosis aproximarán la frecuencia y el patrón respiratorio a valores normales. Por el contrario un incremento en el

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

trabajo de respiración, disnea y la presencia de cianosis puede indicar fatiga espiratoria o que el paciente está perdiendo la capacidad de compensar la acidosis.

- Tomar la temperatura observar el color de la piel, estado de hidratación. Aunque es frecuente la fiebre, escalofríos, diaforesis, con los procesos infecciosos, la presencia de fiebre con una piel ruborizada y seca puede reflejar deshidratación.
- Evaluar el pulso periférico y llenado capilar, la turgencia cutánea y las mucosas. Son indicadores de grado de deshidratación y de insuficiencia circulatoria.
- Vigilar el balance hídrico, Atraves de la ingesta y eliminación, registrar la densidad específica de la orina Proporcionar una estimación continua de las necesidades de reposición de líquidos, de la función renal y de la eficacia del tratamiento.
- Pesar diariamente al paciente. Proporciona la mejor valoración del estado hídrico actual y la eficacia del fluido terapia.
- Mantener una ingesta de líquidos de al menos 2500 ml/ día dentro de la tolerancia cardiaca cuando se reinicia la ingesta oral.
- Investigar los cambios de estado cognitivo o sensorial. Los cambios de estado cognitivo pueden estar causados por una concentración de glucosa anormalmente alta o baja, anomalías electrolíticas, acidosis, disminución de la perfusión cerebral o desarrollo de la hipoxia. Independientemente de la causa, una alteración de la conciencia puede predisponer al paciente a aspiración.

6.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit del volumen de líquido

Puede asociarse a diuresis osmótica por (hiperglucemia), excesiva pérdida gástrica, vomito o por una ingesta restringida: náusea y confusión.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Posiblemente el déficit de líquido se manifieste por un incremento de la diuresis, orina diluida, debilidad sed adelgazamiento súbito, piel y membranas mucosas secas, escasa turgencia cutánea, hipotensión, taquicardia, llenado capilar lento.

El resultado esperado o Criterios de Evaluación

Balance hídrico (NOC)

Demostrara una hidratación correcta evidenciada por signos vitales estables, pulso periférico palpable, buena turgencia cutánea y llenado capilar, una diuresis adecuada y concentraciones de electrolitos dentro de los valores de referencia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Administración de líquidos (NIC)

- Administrar líquidos según se indique Solución Salina isotónica (0.9%) o de Ringer con lactato sin aditivos. El tipo y la cantidad de líquidos dependen del grado déficit y la respuesta individual del paciente.
- .Revisar las pruebas de laboratorio como por ejemplo cuerpos cetonicos en la orina, el potasio el cual inicialmente da la hipopotacemia se produce como respuesta a la acidosis metabólica. A medida que se sustituye la insulina y se corrige la acidosis se manifiesta el déficit de potasio sérico.

7.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición

Puede asociarse a una deficiencia de insulina: disminución de la captación de glucosa por los tejidos (resultado en un incremento del metabolismo de proteínas y grasas)

Disminución de la ingesta oral: anorexia, nausea, llenado gástrico, dolor abdominal, trastornos alimentarios, alteración del estado de conciencia

Posiblemente se manifieste por el incremento de la diuresis, orina diluida, ingesta insuficiente de alimentos, falta de interés por la comida, adelgazamiento

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

reciente, debilidad cansancio, escaso tono muscular diarrea. Incremento de los cuerpos cetonicos (producto de degradación del metabolismo graso)

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Estado Nutricional (NOC)

- Ingerirá una cantidad suficiente de calorías y nutrientes
- Mostrará un nivel energético habitual
- Mostrará un peso estable o una ganancia del mismo hacia los objetivos marcados con normalización de valores clínicos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de la Hiperglucemia (NIC)

- Controlar el plan dietético del paciente y su patrón habitual Auscultar ruidos intestinales, observar quejas de dolor abdominal o meteorismo, nausea, vomito de alimentos sin digerir.
- Proporcionar líquidos que contengan nutrientes y electrolitos, en cuanto el paciente tolere líquidos orales, progresar a alimentos más sólidos según tolerancia.
- Educar a los familiares en la planificación de los alimentos según se indica.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Administrar la insulina de acuerdo a la prescripción médico.
- Administrar otros fármacos según se indique, pueden ser beneficiosos para tratar los síntomas asociados con neuropatías autónomas que afectan el tracto digestivo, potenciando así la ingesta oral y la absorción de nutrientes.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

8.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de Infecciones

Dentro de los factores de riesgo pueden incluirse las glucemias elevadas, disminución de la función leucocitaria, alteración de la circulación, infecciones respiratoria o urinaria preexistente

Resultados esperados/ Criterios de evaluación

Conocimiento: Control de las Infecciones (NOC)

Identificara las intervenciones para prevenir las infecciones

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Control de Infecciones (NIC)

- Observar signos de infección e inflamación como fiebre, rubor, drenaje de la herida, esputo purulento, orina turbia. El paciente suele ingresar con infecciones los cuales pueden haber desencadenado la cetoacidosis, o bien desarrollado una infección hospitalaria.
- Fomentar el lavado correcto de manos del personal y del paciente
- Mantener una técnica aséptica para la inserción del procedimiento IV, la administración de medicamentos y proporcionar cuidados en el sitio de inserción, rotar los sitios de inserción IV según se indique. Ya que las glucemias elevadas crean un medio excelente para la proliferación de bacterias.
- Proporcionar una limpieza cutánea meticulosa, masajeando suavemente las prominencias óseas, mantener la piel seca y la ropa de cama seca y estirada, ya que la circulación periférica puede estar alterada, aumentando el riesgo de irritación y deterioro cutáneo e infección.
- Colocar al paciente en semifowler facilita la expansión pulmonar y reduce el riesgo de aspiración.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Reposicionar y fomentar la respiración profunda si el paciente está despierto y coopera en caso contrario aspirar las vías respiratorias con una técnica estéril, según la necesidad.
- Administrar antibióticos según necesidad, ya que un tratamiento precoz puede ayudar a prevenir una sepsis.

9.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de nivel de glucemia inestable (hipoglucemia)

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a 50mg/dl. (J Mazota, C Valiente, M Rivas, 2010)

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Se manejara la hipoglucemia enseñándole signos y síntomas de esta condición al paciente

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Control de Hipoglucemia (NIC)

- Identificar al paciente con riesgo de hipoglucemia
- Determinar signos y síntomas de hipoglucemia
- Observar signos de hipoglucemia, como cambios en el nivel de conciencia, piel fría húmeda, pulso rápido, hambre irritabilidad, ansiedad cefalea, mareos temblores, visión borrosa, debilidad, irritabilidad, escalofríos, mareos, cambios de conducta.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Si el paciente está completamente consciente y no tiene problemas de deglución
 - Dar inicialmente 15 gramos de hidratos de carbón rápida:
 - 2 sobres de azúcar disuelto en agua o jugo

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Si no le corresponde una comida inmediatamente, dar después hidratos de carbón:
- 30 gramos de pan
- 3 galletas
- En caso de presentar hipoglucemia de repetición con afectación del nivel de conciencia administrar un suero glucosado al 10% IV y avisar al médico responsable.
- Registrar en el informe de enfermería el procedimiento realizado, fecha y hora, incidencia y respuesta del paciente.
- Cumplir con las prescripciones medicas
- Registra la atención de enfermería en los hoja de informes de enfermería

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 2***Estándar de la atención de enfermería en pacientes con diabetes mellitus***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Ayuda al paciente con la ansiedad ante la hospitalización durante el proceso de la enfermedad		
2	Controla los signos vitales y el estado cognitivo del paciente diabético al ingresar a la unidad		
3	Explica al paciente la importancia de mantenerse activo, identifica las actividades que provoquen cansancio , vigilado los signos vitales antes y después		
4	Identifica y enseña al paciente signos y síntomas de un hiperglucemia		
5	Identifica complicaciones de la hiperglucemia		
6	Identifica y enseña al paciente signos y síntomas de la hipoglucemia		
7	Enseña al paciente cómo actuar frente a una hipoglucemia		
8	Administra medicación de acuerdo a prescripción médica.		
9	Controla el plan dietético del paciente y educa al respecto		
10	Registra la atención de enfermería en el en la hoja de enfermería		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERIA EN PLAN DE EGRESO DE PACIENTES CON DIABETES

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento, autocuidado y necesidades

Puede asociarse falta de exposición o de memoria, mala interpretación de la información, falta de familiaridad con los recursos informativos.

Posiblemente se manifieste por preguntas, solicitud de información, verbalización de problemas, desarrollo de complicaciones prevenibles

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Conocimiento: Atención Integral de la diabetes (NOC)

Verbalizara la comprensión del proceso patológico y posibles complicaciones. Identificara la relación de los síntomas con el proceso de la enfermedad y los asociara con los factores causales.

Realizara correctamente los procedimientos necesarios y explicara el motivo de las acciones, tales como modificación en el estilo de vida y participación del régimen terapéutico.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Facilitar el Aprendizaje (NIC)

- Crear un entorno de confianza escuchando los problemas y estando disponible
- Explicar los elementos esenciales como cuál es el valor normal de glucosa en sangre, el tipo de diabetes que tiene, la relación entre la deficiencia de insulina y una elevación de la glucosa.
- Mostrar como auto realizarse la glucosa con sangre apilar en la punta del dedo o de otro lugar, pedir al paciente y familiares que realicen el procedimiento hasta que lo realicen correctamente. Enseñarle al

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

paciente a comprobar los cuerpos cetónicos en la orina si la glucemia es superior a 250mg/100ml.

- Explicar el plan dietético, limitando la ingesta de azúcar, grasas, sal y alcohol; a consumir carbohidratos complejos, especialmente aquellos ricos en fibra (fruta hortalizas cereales integrales). El tratamiento nutricional para diabéticos anima al paciente a seleccionar comidas en función de necesidades individuales específicas.
- Revisar el tipo de insulina basal del paciente, solicitar al paciente que demuestre el procedimiento previo al alta para identificar problemas en su administración
- Explicar la programación de la inyección de la insulina y las horas de las comidas. Uno de los numerosos inconvenientes que las personas con diabetes deben afrontar es tener que decidir al menos con 30 a 60 min de antelación si va a ingerir una comida para poder administrar a tiempo las inyecciones de insulina.
- Una glicemia inferior a 80mg/dl indica que se debe inyectar la insulina después de las comidas en vez de antes
- Destacar la importancia y la necesidad de mantener un diario de las glucemias, la dosis y tiempo de administración de los fármacos, de esta manera podemos conseguir mayor control de la enfermedad y fomentar el autocuidado y la dependencia.
- Explicar los factores que desempeñan un papel en el control de la diabetes como es el ejercicio, aeróbicos, caminatas, natación favorecen el uso eficaz de insulina, disminuyendo la glucemia y fortalecen el sistema cardiovascular.
- Revisar los efectos de tabaquismo sobre el uso de insulina. La nicotina contrae los vasos sanguíneos del pequeño calibre y la absorción de insulina se puede retrasar hasta un 30% por debajo de lo normal durante los primeros 30 min después de fumar.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Establecer un horario regular de ejercicios y actividad e identificar los problemas insulínicos correspondientes. Se debe ingerir un pequeño refrigerio antes o durante el ejercicio según necesidad, la rotación de los sitios de inyección deberá evitar a los grupos musculares que se usan durante la actividad (por ejemplo es preferible un sitio abdominal el mismo que debe seguir la trayectoria de las manecillas del reloj) en vez del musculo el brazo o de la pierna de esta manera prevenimos una captación acelerada de la insulina.
- Identificar los síntomas de hipoglucemia como debilidad, mareo, letargo, hambre, irritabilidad, diaforesis, palidez, taquicardia, temblores cefaleas, cambios en los estados cognitivos.
- Enseñar la importancia de las inspecciones diarias de los pies y sus cuidados. Demostrar las formas de examinar los pies, inspeccionar los zapatos y el cuidado de uñas y callos, fomentar el uso de calcetines de fibras naturales .Previene y retrasa las complicaciones asociadas con neuropatías periféricas y alteraciones circulatorias, especialmente celulitis, gangrena, y amputaciones, la prevención es lo fundamental.
- Destacar la importancia de realizarse revisiones oculares regulares, especialmente en pacientes con diabetes de tipo I. Los cambios de la visión pueden ser graduales y son más pronunciados en personas con diabetes mellitus controlada. Los problemas incluyen cambios en la agudeza visual y puede evolucionar a retinopatías y ceguera.
- Explicar la función sexual y responder las preguntas que puedan formular el paciente y sus allegados. La impotencia puede ser el primer síntoma de la aparición de la diabetes mellitus
- Destacar la importancia del uso de pulseras identificativas, en caso de una urgencia le permitirá una atención oportuna en cualquier institución de salud.
- Evitar la administración de fármacos sin autorización previa del profesional médico que está llevando su tratamiento.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Destacar la importancia de los cuidados de seguimiento de la enfermedad
- Revisar los signos y síntomas que requieren evaluación médica , fiebre, síntomas de gripe orina turbia y mal oliente micción dolorosa , retraso en la curación de heridas y cambios sensoriales en las extremidades inferiores
- Buscar identificar recursos extra hospitalarios que le brinden ayuda en el manejo de la enfermedad

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 3***Estándar de la atención de enfermería en el plan de egreso del paciente diabético***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Indica cómo realizar el control de glucosa capilar		
2	Explica al paciente sobre el plan dietético a llevar en casa		
3	Indica el tratamiento farmacológico sus efectos y precauciones al paciente que egresa		
4	Enseña al paciente a identificar signos y síntomas de hipoglicemia y hiperglicemias		
5	Incentiva al paciente para que realice ejercicio		
6	Destaca la importancia del uso de pulseras de identificación		
7	Explica al paciente la importancia de asistir al médico cuando presente fiebre , orina turbia mal oliente, micción dolorosa, retraso en la curación de las heridas		
8	Destaca la importancia de que el paciente lleve un registro en casa de los controles de glucosa y medicación.		
9	Indicar recursos extra hospitalarios que le brinden ayuda en el manejo de la enfermedad		
10	Registra el procedimiento en los informes de enfermería		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA INSULINO-TERAPIA

DEFINICIÓN

Es un procedimiento mediante el cual se administra insulina como tratamiento en paciente con Diabetes M tipo I, tipo II que no tiene un adecuado control con hipoglucemiantes orales y / o dieta por lo general se administra por vía subcutánea, ya que este tejido la absorbe de forma gradual en condiciones agudas se administra vía IV y excepcionalmente vía intramuscular.

OBJETIVOS

- 1.- Estandarizar el procedimiento mediante el cual se realiza seguimiento y control de pacientes que requieren la insulino terapia
- 2.-Lograr un efecto terapéutico en el organismo mediante la utilización de la insulino terapia, alcanzando un adecuado control de la glucemia del paciente.
- 3.-Garantizar la adecuada realización en la administración, fomentando la seguridad y la calidad de atención.

Descripción de la actividad

- Valorar íntegramente al paciente
- Anamnesis y examen físico céfalo caudal integral
- Ingresar la información a la historia clínica por medio del sistema
- Verificar ordenes medicas
- Verificación de medicamento (insulina)

PROCEDIMIENTO

1. Realizar el lavado de manos
2. Alistar y organizar insumos
3. Saludar al paciente y familia
4. Verificar los correctos en la administración de medicamentos

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

5. Explicar el procedimiento al paciente y la familia
6. Acomodar al paciente en una posición adecuada para la administración de insulina
7. Administrar la insulina teniendo en cuenta la orden médica, la vía de administración ordenada y la dosis respectiva
8. Observar signos y síntomas de posibles efectos adversos
9. Desechar los residuos hospitalarios teniendo en cuenta los protocolos institucionales de bioseguridad.
10. Realizar el respectivo control de glucosa 30 minutos posteriores a su administración o antes si el paciente presenta signos y síntomas de efecto adverso (insulina de acción rápida)
11. Revaloración posterior al cumplimiento de las ordenes medicas
12. Solicitar exámenes de control

Advertencias, Recordaciones y Cuidados de enfermería

1.- Almacenamiento

- La insulina de acción rápida son transparentes y las únicas que se puede administrar por vía endovenosa
- La insulina de acción intermedia y prolongada son de aspecto lechoso y debe ser agitadas suavemente ante de extraerlas a excepción de la insulina Glargina, lo cual es una solución transparente que no necesite ser agitada
- Los frascos que no estén en uso se deben mantener a una temperatura entre 4 y 8°C evitando siempre la congelación
- Anote la fecha de apertura del frasco sobre la etiqueta
- Deseche el frasco si sido congelado o expuesto a altas temperaturas, si a cambiado de color, si se observa grumos o precipitaciones.
- A partir de la fecha que se abra un frasco de insulina tiene una duración de 28 días.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

2.- Preparación

- Verificar la orden medica de la administración de insulina para seleccionar la insulina correcta y la dosis
- La insulina no debe mezclarse con otros fármacos
- Debe disponer de insulina a temperatura ambiente, ya que la insulina fría al inyectarse resulta dolorosa.
- Verificar la fecha de expiración de la insulina
- Utilizar siempre jeringas de insulina
- La insulina de una marca no debe mezclar con la otra
- Si se necesita administrar una mezcla de insulina generalmente de una insulina rápida y otra de acción intermedia, se mezclan estas dos insulinas en la misma jeringa, cargando primero la de acción rápida. Una vez hecha la mezcla inyectarla inmediatamente, pues de lo contrario la insulina pierde esta característica.

3.-Administracion

- Verificar los correctos
- La insulina suele administrarse antes de las comidas : 30 minutos antes si se trata de una insulina regular , 10 a 15 minutos si se trata de una insulina Listpro y 45 a 60 minutos antes si se trata de las de acción intermedia y prolongada . En la práctica hospitalaria se debe colocar inmediatamente antes de las comidas principales, al comprobar que la dieta le ha llegado al paciente y de esta manera evitar accidentes hipoglicémicos. No administrara si el paciente por alguna indicación no puede comer.
- La absorción de la insulina inyectada vía sub cutánea está determinada por factores tales como el sitio de elección, ejercicio del área o miembro, flujo sanguíneo subcutáneo, profundidad de la inyección, temperatura ambiente, anticuerpos circulantes, volumen y tipo de insulina.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Seleccionar el sitio de inyección adecuado, sabiendo que la absorción es más rápida en el abdomen la misma que debe ser aplicada en el sentido de las manecillas del reloj, seguido por los brazos, los glúteos y el musculo.
- Rote los sitios de inyección para prevenir el engrosamiento y hundimiento de la piel. Conviene alternar entre diversos puntos de una misma área por espacio de varios días y después pasar a otro sitio en vez de alternaran diariamente entre diferentes regiones anatómicas. Cada inyección debe estar separada de la que le antecede en unos 2,5cm y se debe dejar descansar un área de 4 a 6 semanas antes de inyectar de nuevo en ese lugar.

Administración de insulina intravenosa

Como se indicó anteriormente, la insulina puede administrarse por vía intravenosa cuando se requiere su acción en condiciones agudas como por ejemplo la cetoacidosis diabética, caso en el que utilizan únicamente insulina de acción rápida y la dosis depende de las concentraciones de glucosa en sangre. Habitualmente se administra una dosis intravenosa de insulina en inyección rápida de 0,1 a 0,5 u/Kg seguida de una perfusión de 0,1UKg/hora hasta cuando la concentración de glucosa en sangre regrese a los valores normales. La infusión es continua por lo que requiere el uso de bomba

Durante la infusión, es necesario controlar cada hora la concentración de glucosa en sangre, para que esta no llegue a cifras demasiado baja.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 4***Estándar de la atención de enfermería en la administración de insulina***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO		DE
		SI	A VECES	NO
1	Realizar el lavado de manos de acuerdo a la norma previo a la administración de la insulina			
2	Explica al paciente el procedimiento			
3	Administra la insulina utilizando los correctos en la administración de medicación			
4	Administra la insulina minutos antes de ingerir alimentos			
5	Luego de administrada la medicación , en 30 minutos realiza un control de glucosa			
6	Identifica signos de hipoglicemia			
7	Mantiene la insulina a temperatura indicada			
8	Incentiva al paciente a mejorar su estilo de vida, alimenticio y actividad física			
9	Lleva el control del lugar donde fue administrada la insulina			
10	Registra el procedimiento en los informes de enfermería			
	Total			

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON HIPERTENSIÓN

DEFINICIÓN

Actualmente la presión arterial normal se define como unos valores inferiores a 120/80mmHg y la hipertensión como 120-139 /80-89mmHg. La hipertensión se define como una tensión superior a 140/90mmHg y se clasifica según su gravedad. (Doenges, 2008)

OBJETIVO

Brindar una atención de calidad y ayudar al paciente a recuperar su salud, a través de una atención de enfermería adecuada.

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de disminución del gasto Cardíaco

Los factores de riesgo pueden incluir incremento de la resistencia vascular, vasoconstricción, isquemia miocárdica, hipertrofia y rigidez ventricular

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Estado de la circulación (NOC)

- Participara en actividades que reducen la TA / trabajo cardiaco
- Mantendrá la TA dentro de los valores individuales aceptables
- Demostrará un ritmo y una frecuencia cardiaca estable dentro de los valores de referencia del paciente

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Regulación Hemodinámica (NIC)

- Monitorizar la tensión arterial en ambos brazos tres veces a intervalos de 3- 5 minutos mientras el paciente se encuentre en reposo, sentado y de pie en la evaluación inicial. La comparación de las tensiones ofrece un

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

cuadro más completo del grado de afectación vascular y alcance del problema.

- Observar presencia y calidad de los pulsos centrales y periféricos. Se puede observar palpar, pulsos carotideo, yugular, radial y femoral saltones, los pulsos en piernas y pies pueden estar reducidos, reflejando los efectos de la vasoconstricción y congestión venosa.
- Auscultar tonos cardiacos y ruidos respiratorios
- Observar color de la piel, hidratación, temperatura y tiempo de llenado capilar. La presencia de palidez, piel fría y húmeda y un retraso del tiempo de llenado capilar pueden estar causados por vasoconstricción o reflejar una descompensación cardiaca y disminución del gasto
- Observar edema en zonas distales. Se puede identificar insuficiencia cardiaca y alteración renal o vascular
- Proporcionar un entorno tranquilo , minimizar la actividad , ruido ambiental , limitar el número de visitas y su duración , ayudando a reducir la estimulación simpática
- Mantener la restricción de actividad, reposo en cama, sentado, programar periodos de descanso sin interrupción, ayudar al paciente con las actividades de autocuidado según necesidad.
- Proporcionar medidas de confort como masajes de espalda cuello , elevación de la cabecera
- Monitorizar la respuesta a la medicación para controlar la presión arterial. La respuesta a la farmacoterapia depende tanto de factores individuales como de los efectos sinérgicos de los fármacos.

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Intolerancia a la actividad

Puede asociarse con debilidad general desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno, puede manifestarse con respuestas anómalas de la frecuencia cardiaca o la TA a la actividad, molestia o disnea por sobreesfuerzo y anomalías en el electrocardiograma que reflejan isquemia y arritmias

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

Resistencia (NOC)

Participara en las actividades necesarias deseables, describirá un incremento medible de la tolerancia a la actividad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Gestión de la Energía (NIC)

- Valorar la respuesta del paciente a la actividad, observando frecuencias de pulso a 20 pulsaciones por encima de los valores en reposo un fuerte incremento de la tensión arterial durante y después de la actividad, disnea dolor precordial, fatiga intensa, debilidad, diaforesis y mareo o sincope. Los parámetros señalados ayudan a valorar las respuestas fisiológicas al estrés por actividad y de existir son indicativos de sobreesfuerzo.
- Educar al paciente en técnicas de conservación de energía como puede ser utilizar una silla al ducharse, sentarse para lavarse los dientes, llevar a cabo actividades a velocidad más lenta, ayudando así a equilibrar el aporte y demanda de oxígeno.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo, cefalea

Esto puede asociarse al incremento de la presión vascular cerebral, posiblemente se manifieste por que el paciente describe un dolor punzante localizado en la región occipital, presente al despertar y que desaparece espontáneamente después de levantarse, reticencia a mover la cabeza, frotarse la cabeza, evitar las luces brillantes y el ruido, ceño fruncido, puños apretados, puede describir rigidez del cuello mareo, visión borrosa, nausea y vomito.

Resultados Esperados / Criterio de evaluación

Control del Dolor (NOC)

- Verbalizara métodos que proporcionen alivio

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Seguirá el régimen farmacológico prescrito

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Gestión del Dolor (NIC)

- Determinar las características del dolor, localización , características intensidad (escala de 0-10), aparición, duración
- Fomentar y mantener en reposo al paciente durante la fase aguda, minimizar las estimulaciones y favorecer la relajación.
- Proporcionar información para tomar medidas no farmacéuticas para aliviar la cefalea como por ejemplo aplicar toallas frescas en la frente, masaje de espalda y cuello, habitación tranquila y poca iluminación, técnicas de relajación y actividades recreativas.
- Eliminar y minimizar actividades que causen vasoconstricción, ya que pueden agravar la cefalea como por ejemplo esfuerzo de la defecación, tos prolongada, inclinarse asía adelante las actividades que incrementan la vasoconstricción acentúan la cefalea en presencia de un aumento de la presión vascular cerebral.
- Ayudar al paciente con la deambulación según la necesidad. Los mareos y la visión borrosa se suelen asociar con cefaleas vasculares. El paciente también puede experimentar episodios de hipotensión postural.
- Proporcionar líquidos, alimentos blandos y cuidados orales frecuentes si se produce hemorragias nasales o si se coloca tapones nasales para controlar la hemorragia. El taponamiento nasal puede interferir con la deglución y requerir de la respiración oral y como consecuencia tenemos la presencia de secreciones orles y resequedad de las mucosas.

4.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición por exceso

Puede asociarse a una ingesta excesiva en relación con las necesidades metabólicas, un estilo de vida sedentario y preferencias culturales.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Puede manifestarse por pesos superiores en un 10-20% al ideal para estatura y constitución, refiere o se observa patrones de alimentación disfuncionales

Resultados Esperados / Criterios de evaluación

Conocimiento: Régimen de tratamiento (NOC)

- Identificar la correlación entre hipertensión y obesidad

Estado Nutricional: Ingesta de Nutrientes (NOC)

Demostrar cambios en el patrón de alimentación para alcanzar un peso corporal deseado y recuperar la salud.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ayuda para disminuir peso (NIC)

- Valorar los conocimientos del paciente sobre la relación directa entre hipertensión y obesidad. Con una presión arterial elevada, la obesidad es un riesgo añadido debido a la desproporción entre la capacidad orgánica constante, el incremento constante y el incremento del gasto cardiaco asociado con un incremento de la masa corporal. La reducción de peso puede evitar la necesidad de farmacoterapia.
- Describir la necesidad de reducir el aporte calórico y limitar la ingesta de grasas, sal y azúcares según indicaciones, Los hábitos alimentarios incorrectos contribuyen a la arterioesclerosis y a la obesidad que predispone a la hipertensión y las consiguientes complicaciones, accidentes cerebro vascular, patologías renales e insuficiencia cardiaca.
- Comprobar el deseo del paciente de adelgazar, la motivación para hacerlo es interna.
- Revisar ingesta diaria total de calorías y hábitos dietéticos , con lo que identificaremos los verdaderos problemas del plan dietético
- Educar y ayudar a la selección correcta de alimentos, como una dieta rica en frutas, hortalizas y derivados, lácteos desnatados conocida como la

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

dieta DASH (del inglés dietary approaches to stop hypertension) y evitar alimentos ricos en grasas saturadas (mantequilla queso, huevos, carne). es importante para prevenir el progreso de la aterosclerosis.

5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Afrontamiento ineficaz

Puede asociarse con una crisis a numerosos cambios vitales, una relajación ineficaz, escasa o ninguna actividad física, sobrecarga de trabajo sistema de apoyo ineficaz manifestándose, en referencias verbales de incapacidad para afrontar o pedir ayuda/

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Afrontamiento (NOC)

Identificar los comportamientos de afrontamiento ineficaz y sus consecuencias, verbalizara estar consciente de sus propias capacidades, fuerza de afrontamiento, identificara situaciones potencialmente estresantes

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mejorar el Afrontamiento (NIC)

- Valora la eficacia de la estrategia de afrontamiento mediante la observación de conductas como por ejemplo capacidad para verbalizar sentimientos y problemas, predisposición a participar en los planes de tratamiento.
- Observar la descripción de trastornos del sueño , aumento de cansancio , alteraciones de la concentración, irritabilidad, disminución de la tolerancia a la cefaleas , incapacidad para afrontar y solucionar problemas
- Ayuda al paciente a identificar factores estresantes específicos y las posibles estrategias para afrontarlos
- Ayudar al paciente a comenzar su cambio en la planificación de los cambios en el estilo de vida, las modificaciones necesarias se deben priorizar en forma realista.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

6.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos sobre la enfermedad el plan de tratamiento, autocuidado y necesidades para el alta

Puede asociarse, la falta de conocimiento, memoria mala interpretación de la información posiblemente se manifieste por verbalización del problema seguimiento incorrecto de las instrucciones, comportamientos inapropiados o exagerados

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Conocimiento: proceso de la enfermedad (NOC)

Verbalizara la comprensión del proceso de la enfermedad y del régimen del tratamiento

Identificara los efectos adversos de los fármacos, mantendrá TA dentro de los parámetros normales

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Enseñanza: Proceso de la Enfermedad (NIC)

- Ayudará a los pacientes a identificar los factores de riesgo modificable como por ejemplo obesidad dieta rica en sodio, grasas saturadas y colesterol, estilo de vida sedentario, tabaquismo, consumo de alcohol, estilo de vida estresante, se ha demostrado que estos factores de riesgo contribuyen a la hipertensión y enfermedades cardiovasculares.
- Reforzar la importancia del cumplimiento del régimen terapéutico, la falta de cumplimiento del plan terapéutico es motivo frecuente de fallo de la terapia hipotensora.
- Instruir y mostrar técnicas de auto monitorización de la TA, evaluar la audición, agudeza visual, destreza manual y coordinación del paciente.
- Ayudar al paciente a desarrollar un programa sencillo y conveniente para tomar la medicación , la individualización del horario de

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

medicación para que se adapte a los hábitos o necesidades personales del paciente

- Explicar los fármacos prescritos junto con sus fundamentos, posología efectos secundarios esperados y adversos y peculiaridades por ejemplo: diuréticos, tomar la dosis diaria temprano por la mañana, pesarse de forma regular y anotar el peso, evitar la ingesta de alcohol, los efectos combinados vasodilatadores del alcohol y reductor del volumen de un diurético aumentan en gran medida el riesgo de hipotensión ortostática.
- Se puede producir una deshidratación con rapidez si la ingesta es escasa y el paciente sigue tomando diuréticos.
- Recomendar que evite los baños calientes, los baños de vapor y sauna especialmente cuando se toma simultáneamente con una bebida alcohólica. Previene vasodilatación con posibles efectos secundarios de síncope e hipotensión.
- Enseñar al paciente a consultar al médico antes de tomar otro medicamentos sin prescripción medica
- Enseñar al paciente a incrementar la ingesta de alimentos y bebidas ricas en potasio por ejemplo naranja plátano, higos, tomates, patatas, uvas pasas, albaricoque gatorade y jugo de frutas porque los diuréticos pueden reducir las concentraciones de potasio en el organismo.
- Revisar los signos y síntomas que requieren notificación al personal médico, cefalea al despertarse, dolor precordial, disnea, irregularidad / incremento en la frecuencia del pulso, aumento importante el peso, trastornos de visión, hemorragias nasales frecuentes e incontrolables, depresión, inestabilidad emocional, mareos intensos o episodios de desmayo, debilidad muscular, náusea, vomito, sed intensa determinando de una forma oportuna el desarrollo de complicaciones..
- Explicar los fundamentos del régimen dietético prescrito (generalmente una dieta baja en sodio grasa saturada y colesterol)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Animar al paciente a establecer un programa de actividad física individualizada que incorpore ejercicios aeróbicos caminata, natación, dentro de sus capacidades. Además de ayudar a disminuir la TA los ejercicios ayudan a tonificar el sistema vascular.
- Proporcionar información sobre de recursos extrahospitalarios y apoyo al paciente en las modificaciones del estilo de vida. Los centros de salud ubicados en el lugar de residencia le puede proporcionar ayuda sobre cómo debe sobrelleva la enfermedad.
- Tomar las constantes vitales basales antes de administrar el fármaco para verificar cambios
- Monitorizar continuamente al paciente
- Valorar presión arterial y frecuencia cardiaca
- Valorar presión arterial cada 5 minutos, al comienzo de la medicación y después cada 15 minutos. Si se presenta hipotensión intensa suspender el medicamento
- Utilizar bomba de infusión para su administración de la medicación IV, prepararla minutos antes de administrar al paciente.
- Utilizar una vía exclusiva para la administración de nitroprusiato , utilice con mucha precaución el nitroprusiato en sujetos con hipotiroidismo, hepatopatía o nefropatía y en personas que reciben otros antihipertensivos
- No suspender de forma brusca solo si el paciente hace hipotensión severa.
- Estar alerta de signos de intoxicación (nausea, vomito, tinnitus, calambres musculares, desorientación).

OBSERVACIONES

1. Tras una hospitalización aguda dependiendo de la edad, condición física, presencia de complicaciones, los recursos personales y las responsabilidades vitales del paciente.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

2. La intolerancia a la actividad se suele producir como resultado de alteraciones del gasto cardiaco y de los efectos secundarios de la medicación.
3. Alteraciones de los patrones de la sexualidad se puede producir una interferencia con la función sexual debido a la intolerancia al ejercicio y afectos secundarios de la medicación.
4. Existe oportunidades para que miembros de la familia ayuden al paciente a la vez que reducen los riesgos para sí mismo y mejoran la calidad de vida en la familia en conjunto.
5. Registra en el informe de enfermería las actividades realizadas.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería.
México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 5***Estándar de la atención de enfermería en la hipertensión arterial***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1.	Monitoriza la tensión arterial determinar en ambos brazos tres veces a intervalos de 3- 5 minutos mientras e paciente se encuentre en reposo, sentado y de pie en la evaluación inicial..		
2.	Monitoriza la respuesta a la medicación y controlar la presión arterial ya que la respuesta de la farmacoterapia depende factores individuales.		
3.	Valora la repuesta de los pacientes a actividades , observando pulso disnea dolor precordial , fatiga intensa, debilidad diaforesis y mareo		
4.	Determinar las características del dolor, localización , intensidad aparición y duración la valoración se realizara con la escala numérica de 0 a 10		
5.	Proporciona información para tomar medidas no farmacéuticas para aliviar la cefalea como por ejemplo aplicar toallas frescas en la frente , masajes de espalda y cuello , habitación tranquila y poca iluminación		
6.	Ayuda al paciente a identificar factores de riesgo modificables como la obesidad , dieta rica en sodio, grasas saturadas y colesterol y tomar medidas al respecto		
7.	Ayuda al paciente a identificar factores estresantes específicos y las posibles estrategias para afrontarlos		
8.	Refuerza la importancia de cumplimiento del régimen terapéutico y el conocimiento de las complicaciones en caso de no hacerlo		
9.	Proporcionarle al paciente recursos extrahospitalarios y apoyo al paciente en la modificación en el estilo de vida		
10.	Registra en el informe de enfermería todas las actividades realizadas		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES ASOCIADAS A LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

DEFINICIÓN

La Hipertensión arterial conlleva a una serie de alteraciones funcionales a nivel cardíaco que van a condicionar el estado del paciente.

El paciente hipertenso puede permanecer asintomático a lo largo de un periodo o presentar síntomas, fundamentalmente: dolor torácico en relación a la presencia de isquemias y palpitaciones, pre síncope o síncope, en relación a arritmias.

Las cardiopatías hipertensivas representan una de las grandes y precoz de todas las complicaciones viscerales que provoca la hipertensión.

La afectación cardíaca de la HTA se localiza fundamentalmente a cuatro niveles.

- Hipertrofia ventricular izquierda
- Insuficiencia cardíaca
- Isquemia cardíaca
- Arritmias

1.-La hipertrofia ventricular izquierda

DEFINICIÓN

La presencia de hipertrofia ventricular izquierda en pacientes con hipertensión arterial se asocia a mayor incidencia de insuficiencia cardíaca, arritmias ventriculares, infarto de miocardio, muerte súbita y muerte cardiovascular.

La asociación entre el aumento de la masa ventricular y el aumento del riesgo ha sido lograda ampliamente, así la presencia de hipertrofia ventricular en un paciente determina un aumento considerable de riesgo de padecer un evento mórbido.

La enfermera administrara sus cuidados en caso de que se alteren algunas de las necesidades del paciente..

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución del gasto cardiaco, alteración de la contractibilidad y de la pos carga secundario a la HTA

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación en busca de fallo de la bomba cardiaca: identificar signos como cianosis , edema , disnea , llenado capilar color y temperatura de las extremidades
- Registrar arritmias cardiacas en caso de que se produzcan
- Tomar nota de los signos y síntomas significativos de alteración del gasto cardiaco
- Monitorizar el estado cardiovascular
- Controlar el estado respiratorio por si se produce síntomas de insuficiencia cardiaca, como es la disnea y cianosis
- Controlar el equilibrio de líquidos (ingesta y eliminación y peso diario)
- Controlar si los valores de laboratorio son correctos, juntamente con el médico que se encuentre a cargo del paciente
- Instruir al paciente y a la familia sobre la limitación y la progresión de las actividades.

2.-Insuficiencia Cardiaca

DEFINICIÓN

Es un síndrome clínico complejo que resulta de cualquier anomalía que desde el punto de vista estructural y funcional altera la capacidad del corazón para llenarse o contraerse de forma adecuada impidiendo satisfacer las necesidades metabólicas del organismo tanto en el reposo como en la actividad física.

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Los pacientes con hipertensión arterial pueden presentar disfunción sistólica ventricular izquierda o disfunción diastólica ventricular izquierda con o sin manifestaciones físicas como insuficiencia cardiaca.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

La disfunción sistólica del ventricular izquierdo en los pacientes con hipertensión arterial puede deberse a la misma hipertensión o a otras enfermedades cardiacas concomitantes especialmente a enfermedad coronaria.

La hipertensión es la causa más frecuente de la disfunción diastólica ventricular izquierda. La disfunción diastólica puede corresponder a retraso en la relajación

Desde el punto de vista de la enfermera los cuidados que se presentara al paciente con insuficiencia cardiaca serán los mismos que en el caso de hipertrofia ventricular izquierda.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro del intercambio gaseoso / desequilibrio ventilación-perfusión secundaria a disfunción del ventrículo izquierdo

Resultados Esperados/ Criterio de Evacuación

El paciente podrá tener una buena ventilación (NOC)

- **Oxigenoterapia (NIC)**
 - Eliminar las secreciones bucales, nasales y tráquea, si se producen
 - Restringir el fumar
 - Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
 - Preparar el equipo de oxígeno y administrar mediante un sistema humidificado
 - Administrar oxígeno , según ordenes
- **Monitorización respiratoria (NIC)**
 - Vigilar la frecuencia , ritmo profundidad y esfuerzo de la respiración
 - Anotar el movimiento torácico , observando simetría, utilización de músculos
 - Observar si se produce respiración ruidosa , como ronquidos

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Controlar el esquema de respiración: bradipnea, taquipnea, hiperventilación respiratoria de kussmaul .
- Palpar el tórax del paciente para ver si la expansión pulmonar es igual
- Realizar percusión en tórax anterior y posterior desde el vértice hasta las bases en forma bilateral
- Observar si hay fatiga muscular diafragmática

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Exceso de volumen de líquidos / compromiso de los mecanismos reguladores asociado a fallo de la bomba

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

- **Manejo de líquido (NOC):**

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Control Hídrico (NIC)

- Pesar a diario y controlar la evolución
- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación
- Realizar sondaje vesical si es preciso
- Vigilar el estado de hidratación
- Monitorizar signos vitales con frecuencia si procede alguna alteración respiratoria
- Ajustar la frecuencia de flujo de perfusión intravenosa adecuada
- Vigilar líquidos intravenosos prescritos (evitar la libre ingesta de agua en pacientes con sobrecarga de líquidos e hiponatremia)
- Administrar diuréticos prescritos
- Observar efectos terapéuticos del diurético (aumento de diuresis y disminución de sonidos respiratorios)
- Explicar al paciente la razón de la utilización de la terapia con diuréticos

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Administrar los agentes que aumentan la contractibilidad cardiaca como es la digoxina
- Comprobar los niveles de potasio después de la diuresis

3.-Isquemia del Miocardio

DEFINICIÓN

Varios son los mecanismos por los que los pacientes hipertensos pueden sufrir isquemia miocárdica ,en primer lugar la hipertensión arterial acelera el proceso de arterioesclerosis sistémica y por lo tanto coronaria, reduciendo la presión de perfusión coronaria y como consecuencia reduciendo el aporte de oxígeno al miocardio.

En el caso de isquemia de miocardio se orienta sobre todo hacia la disminución del dolor, protección cardiaca y a la disminución de la ansiedad. Los diagnósticos de enfermería que se pueden presentar son los siguientes:

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo / disminución de la perfusión coronaria secundaria a la HTA

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

El paciente podrá manejar el dolor (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Manejo del dolor (NIC)

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor precordial que incluye la localización , características , frecuencia , calidad, intensidad o severidad del dolor, irradiación y factores desencadenantes
- Observar claves no verbales de molestias, especialmente en aquellos que no pueden comunicarse eficazmente.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Utilizar estrategias de comunicación terapéuticas para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Considera las influencias culturales sobre la respuesta del dolor
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la percepción de la enfermedad

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Intolerancia a la actividad / desequilibrio entre aporte y demanda de oxígeno en el miocardio

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

El paciente podrá planificar su actividad diaria (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Manejo de energía (NIC)

- Determinar la limitación física del paciente
- Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente
- Favorecer la expresión verbal de los sentimientos acerca de las limitaciones
- Determinar la cantidad de actividad necesita para recuperar la resistencia física, dentro de un contexto de rehabilitación cardiaca en pacientes susceptibles de recuperación.
- Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados
- Observar al paciente por si aparece indicios de fatiga y cansancio

Cuidados Cardiacos (NIC)

- Evaluar el dolor torácico(Intensidad, irradiación, duración)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Realizar una valoración exhaustiva de la circulación periférica , comprobar pulsos periféricos, edema, llenado capilar , color y temperatura de las extremidades
- Observar signos vitales con frecuencia
- Monitorizar el estado cardiovascular

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad / Dolor agudo y amenaza en el estado de salud

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

El paciente podrá aceptar su enfermedad de una forma más tranquila (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Disminución de la ansiedad (NIC)

- Utilizar un enfoque sereno que de seguridad
- Explique todos los procedimientos, incluyendo las posibles sensaciones que se han de experimentar durante los procedimientos.
- Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante
- Proporcionar una información objetiva respecto al diagnóstico y tratamiento.

4.- Arritmias

DEFINICIÓN

Las arritmias ventriculares son elementos típicos acompañantes del cuadro clínico de la cardiopatía hipertensiva.

El personal de enfermería está especialmente alerta ante la aparición de complicaciones derivadas tanto de la aparición de arritmias como del tratamiento con anticoagulantes.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento acerca de la medicación anticoagulante

- Explicar al paciente el proceso de su enfermedad y del porqué de la necesidad de administrar de forma continua los anticoagulantes
- Informar al paciente y a la familia acerca de las necesidades de controlar de forma periódica la coagulación de la sangre, mediante punción venosa.
- Informar que la aparición de sangrado por la nariz, hemorragia conjuntival o la tendencia a la aparición de hematomas sin causa aparente serán motivos de alarma.

5.-Retinopatía Hipertensiva

DEFINICIÓN

Desde el punto de vista de la enfermería, la alteración de los vasos de la retina como consecuencia de la hipertensión, tiene una gran importancia por la limitación en las actividades de la vida diaria, ya que la limitación visual parece un hecho inevitable en estos pacientes con hipertensión complicada. Los diagnósticos de enfermería que se pueden encontrar en un paciente con retinopatías son los siguientes:

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Trastornos de la percepción visual / Alteración de la microcirculación de la retina

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Fomento de comunicación: déficit visual (NIC)

- Identificarse al entrar en el espacio del paciente , en caso de una limitación importante
- Observar la reacción del paciente a la disminución de la visión
- Ayudar al paciente a establecer nuevas metas para aprender a “ver” con los otros sentidos

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Caminar uno o dos pasos por delante del paciente, con la mano de este último en el codo del cuidador.
- Describir el ambiente al paciente
- Prevención de Caídas (NIC)
- Identificar y valorar el déficit visual del paciente que puede aumentar la posibilidad de caídas en un ambiente dado.
- Controlar la marcha, el equilibrio y el cansancio en la deambulaci3n
- Ayudar a la deambulaci3n de la persona inestable
- Mantener los dispositivos de ayuda en buen estado de uso como por ejemplo bastones guías
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse para evitar accidentes.

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Falta de Conocimientos acerca de las complicaciones visuales de la hipertensi3n / Falta de exposici3n y limitaci3n de los recursos para aprender

INTERVENCI3N DE ENFERMERÍA

Enseñanza: Proceso de la enfermedad (NIC)

- Evaluar el nivel actual de conocimientos acerca de la terapia hipertensiva
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relaci3n con la hipertensi3n arterial
- Describir las manifestaciones físicas comunes de la enfermedad
- Identificar las etiologías posibles y de cómo una hipertensi3n mal controlada puede derivar en varias complicaciones.
- Proporcionar informaci3n a la familia acerca de los progresos del paciente
- Comentar los cambios en el estilo de vida que pueden ser necesarios para evitar futuras complicaciones.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicaci3n : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboraci3n Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicaci3n	Vigencia : 3 años	Pr3xima revisi3n 2018

ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LAS COMPLICACIONES DE TIPO RENAL

Dentro de las posibles complicaciones renales que un paciente hipertenso puede sufrir podemos encontrar una serie de diagnósticos de enfermería que son comunes a todas ellas y son las siguientes:

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Riesgo de desequilibrio de volumen de líquidos / Compromiso de los mecanismos reguladores renales asociados a la Hipertensión arterial

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Manejo de electrolitos (NIC)

- Observar si los niveles de electrolitos en suero son normales
- Obtener muestras de sangre y orina para el análisis en el laboratorio de los niveles de líquidos y electrolitos alterados
- Pesar a diario y valorar la evolución

Manejo de Líquidos (NIC)

- Realizar un registro preciso de ingesta y eliminación
- Realizar sondaje vesical
- Vigilar el estado de hidratación
- Monitorizar signos vitales
- Observar si hay indicios de sobrecarga/ retención líquida (distensión de venas de cuello y ascitis)
- Controlar los cambios de peso del paciente antes y después de la diálisis, si corresponde
- Evaluar la ubicación y extensión del edema, si lo hubiera

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA:

Déficit de conocimiento acerca de la hipertensión y las complicaciones renales /
Falta de exposición

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Enseñanza: proceso de la enfermedad (NIC)

- Evaluar el nivel actual de conocimiento del paciente relacionado con la hipertensión y con las complicaciones renales
- Explicar la fisiopatología de la enfermedad renal y su relación la hipertensión arterial
- Describir los signos y síntomas comunes de las complicaciones renales
- Identificar las etiologías posibles
- Proporcionar información al paciente acerca de la enfermedad
- Conocer la actitud del paciente y familia acerca de la dieta prescrita y del grado de cumplimiento dietético esperado.
- Enseñarle al paciente a reconocer la característica distintiva de los medicamentos prescritos
- Informarle al paciente tanto el nombre genérico como el comercial de cada medicamento
- Enseñarle al paciente el propósito y la acción de cada medicamento
- Instruir al paciente acerca de la dosis, vía de administración y la duración de acción de cada medicamento.
- Evaluar la capacidad del paciente para administrarse los medicamentos el mismo

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 6***Estándar de atención de enfermería en las complicaciones de la hipertensión arterial***

ORD	CRITERIO	% DE CUMPLIMIENTO	
		SI A VECES	NO
1	Realiza una valoración exhaustiva de la circulación en busca de fallo de la bomba cardiaca , identifica signos como cianosis, edema, disnea, llenado capilar		
2	Vigila la frecuencia, ritmo profundidad y esfuerzo de la respiración		
3	Realiza una valoración exhaustiva del dolor precordial que incluye la localización , características frecuencia , calidad intensidad del dolor		
4	Pregunta al paciente si tiene alergias algún tipo de medicación		
5	Controla signos vitales antes y después de la administración de medicación		
6	Controla la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados		
7	Ayuda al paciente a sobrellevar la deficiencia visual		
8	Coloca los objetos de uso del paciente para que se encuentre con facilidad		
9	Evalúa el nivel de conocimientos acerca de la hipertensión y sus consecuencias		
10	Indica al paciente a estar alerta a cada uno de los signos y síntomas de las complicaciones de la hipertensión arterial		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON ARTRITIS REUMATOIDEA

DEFINICIÓN

Es una enfermedad que afecta a las articulaciones causa dolor, hinchazón y rigidez también pueden afectar a otros órganos.

OBJETIVO

Brindar cuidados de enfermería para aliviar el dolor, mejorar la movilidad, mejorar la autoestima y proporcionar información sobre el proceso patológico.

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor Agudo o Crónico

Puede asociarse a agentes nocivos, dilatación hística por acumulación de líquidos, procesos inflamatorios, destrucción articular.

Posiblemente se manifiesta por referencias de dolor, molestia, cansancio, interés auto limitado.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Nivel del Dolor (NOC)

Referirá alivio o control del dolor, presentara un aspecto relajado, será capaz de dormir, descansar y participar adecuadamente en las actividades.

Control de Dolor (NOC)

Seguirá la farmacoterapia prescrita, incorporara habilidades de relajación

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral del dolor (NIC)

- Investigar el dolor, observando la localización y la intensidad usando una escala de cero a diez observando la presencia de factores desencadenantes

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

y señales no verbales de dolor. La referencia directa debería ser la principal fuente de evaluación del dolor a la hora de determinar las necesidades de tratamiento y la eficacia del programa.

- Colocar al paciente en un colchón o soporte duro, elevar las sabanas con marco de cama según necesidad. Un colchón blando o hundido y una almohada grande impiden el mantenimiento de una alineación corporal correcta, tensando las articulaciones afectadas, la elevación de la sabana reduce la presión sobre las articulaciones inflamadas y doloridas.
- Sugerir al paciente que asuma una posición cómoda mientras se encuentra sentado o acostado, fomentar el reposo en cama en caso indicado pero reiniciar el movimiento lo antes posible. En los casos graves o reagudizaciones puede ser necesario un reposo en cama completo para limitar el dolor o las lesiones en las articulaciones.
- Colocar almohadas bolsas de arena, almohadas de trocánter, entablilladas. Descansa las articulaciones doloridas y mantiene una posición neutra, el uso de entablillados puede reducir el dolor y el daño en la articulación, sin embargo una inactividad prolongada puede causar la pérdida de movilidad y función articular.
- Fomentar cambios frecuentes de posición. Ayudar al paciente a moverse en la cama apoyando los miembros afectados por encima y por debajo evitando movimientos bruscos. Previene el cansancio generalizado y la rigidez articular, Estabiliza la articulación, reduciendo la movilidad y el dolor asociado.
- Recomendar al enfermo que tome baños o duchas templadas al levantarse o acostarse o ambas, colocar mantas térmicas en las extremidades afectadas. El calor favorece la relajación y movilidad muscular reduce el dolor y alivia la rigidez matutina, realizar masajes suaves. Fortalece la relajación y reduce la tensión muscular.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Mediar antes de la realización de las actividades prolongadas según se indique. Favorece la relajación disminuye la tensión muscular, los espasmos y facilita la participación en la terapéutica.
- Controlar el desarrollo de sarpullidos cutáneos en pacientes que tomen inhibidores COX-2 (antiinflamatorio ciclooxigenasa) especialmente aquellos alérgicos al azufre. Se puede producir reacciones cutáneas graves o potencialmente mortales en las dos primeras semanas de tratamiento o posteriormente, indicando la necesidad de la suspensión inmediata de la medicación.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Administrar la medicación según indicación médica se indique: Como se producen daños articulares irreversibles en los dos primeros años es necesario un diagnóstico y una intervención precoz, los fármacos son el pilar básico del tratamiento. La administración de antirreumáticos correctores de la enfermedad se inicia inmediatamente, pero debido a la lentitud de su acción se puede prescribir AINE y glucocorticoides hasta que comiencen hacer efecto los antirreumáticos.
- Administrar antirreumáticos de acuerdo a la prescripción médica como correctores de la enfermedad, metotrexato, ciclosporina, hidroxicloroquina, sulfasalazina. Estos fármacos de acción lenta de 3 a 12 semanas varían en cuanto a su acción y se pueden administrar en combinación para reducir el dolor y la inflamación disminuyendo con el tiempo los síntomas artríticos.
- Administrar agentes biológicos de acuerdo a la prescripción médica como: etanercept, infliximab, adalimumab, agonista del receptor de interleucina-1, anakinra. Estos fármacos inyectables son los primeros fármacos de la ingeniería genética para la artritis, estos compuestos anti TNF bloquean la inflamación y reducen con rapidez el dolor y la tumefacción articular

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- La administración de salicilatos si la prescripción médica lo indica; ácido acetil salicílico. Uno de los pilares del tratamiento aún se administra para ejercer un efecto antiinflamatorio y analgésico leve reduciendo la rigidez y aumentando la movilidad, el ASA se debe tomar con regularidad para mantener una concentración en el torrente sanguíneo.
- Administración de antiinflamatorios no esteroideos se encuentra en la prescripción médica: ibuprofeno, naproxen, piroxican, fenoprofèn, diclofenaco, cetoprofèn. Estos fármacos controlan el dolor leve o moderado y la inflamación por inhibición de la síntesis de prostaglandinas y permite mejorar la movilidad y la función
- Administración de glucocorticosteroides si la prescripción médica lo indica: prednisona, metilprednisona, dexametasona. Se debe considerar la administración de glucocorticosteroides de dosis bajas para su uso a corto plazo, especialmente durante los dos primeros años ya que los fármacos modifican la respuesta inmunitaria e inhibe la inflamación y la evolución de la erosión articular.
- Administración de analgésicos si la prescripción médica lo indica: morfina, oxicodona, combinación de hidrocodona. Aunque los narcóticos suelen estar contraindicados a causa de la naturaleza crónica de la enfermedad, el uso a corto plazo de estos derivados pueden ser necesarios para controlar el dolor intenso durante los periodos de reagudización.
- Ayudar con la fisioterapia, Guantes de parafina, baños de remolinos. Proporciona calor constante para reducir el dolor y mejorar el ROM (Amplitud de movimiento) de las articulaciones afectadas.
- Aplicar hielo o compresas frías en caso indicado. El frío puede aliviar el dolor y la tumefacción durante las crisis agudas.

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Trastorno de la movilidad física/
dificultad para caminar

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Puede asociarse a deformaciones óseas, dolores molestias intolerancia a la actividad, disminución de la resistencia muscular, posiblemente se manifiesta por renuncia intentar moverse, incapacidad para hacerlo voluntariamente dentro del entorno físico, trastornos de coordinación, disminución de la resistencia o control muscular y de la masa muscular.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Movilidad (NOC)

Mantendrá una posición funcional con ausencia o limitación de contracturas. Conservara o incrementara la resistencia y función de las

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Movilidad Articular (NIC)

Regiones corporales afectadas.

- Evaluar y monitorizar continuamente el grado de inflamación y dolor articular. El grado de actividad o ejercicio depende la evolución o resolución del proceso inflamatorio.
- Mantener el reposo en cama o sentado en caso indicado, programar las actividades con frecuentes periodos de descanso y sueño nocturno sin interrupciones.
- Animar al paciente a mantener una postura erguida y erecta al sentarse, al estar de pie y al caminar. Maximizar la función articular mantiene la movilidad
- Cambiar frecuentemente de posición usando el personal suficiente, mostrar y ayudar con las técnicas de traslado y el uso de accesorios de movilidad. Alivia la presión sobre los tejidos y fomenta la circulación.
- Anotar las actividades de enfermería realizadas en la hoja de informes de enfermería.
- Registrar las actividades de enfermería en las hojas de enfermería

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería.
México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos
aires: akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 7***Estándar de la atención de enfermería en pacientes con artritis reumatoide***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO		DE NO
		SI	A VECES	
1	Investiga el dolor, observando la localización y la intensidad usando una escala de cero a diez observando la presencia de factores desencadenantes y señales no verbales de dolor			
2	Coloca al paciente en un colchón o soporte duro, elevar las sabanas con marco de cama según necesidad..			
3	Fomenta cambios frecuentes de posición. Ayuda al paciente a moverse en la cama apoyando los miembros afectados.			
4	Recomienda al enfermo que tome baños o duchas templadas al levantarse o acostarse o ambas o colocarse mantas térmicas para relajación muscular y reducción del dolor			
5	Enseña al paciente a realizarse masajes suaves. Fortalece la relajación y reduce la tensión muscular			
6	Anima al paciente a mantener una postura erguida y erecta al sentarse, al estar de pie y al caminar			
7	Ayuda con la fisioterapia, Guantes de parafina, baños de remolinos. Proporciona calor constante para reducir el dolor			
8	Controla el desarrollo de sarpullidos cutáneos en pacientes que tomen inhibidores COX-2 especialmente aquellos alérgicos al azufre.			
9	Evalúa y monitoriza continuamente el grado de inflamación y dolor articular.			
10	.Anota las actividades realizadas en el informe de enfermería			
Total				

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE EGRESO EL PACIENTE CON ARTRITIS REUMATOIDEA

OBJETIVO

Enseñar al paciente a ser autosuficiente en sus cuidados y aceptar su enfermedad

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMARÍA: Trastorno de la imagen corporal

Puede asociarse a cambios en la capacidad para realizar las tareas habituales, incremento del gasto energético, trastorno de la movilidad.

Puede manifestarse por cambios en la estructura o función de las regiones afectadas, opiniones negativas de sí mismas centrado en la función y aspecto el pasado.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Ajuste Psicológico: Cambio de vida (NOC)

Expresara verbalmente una confianza creciente en la capacidad para afrontar la enfermedad, cambios en el estilo de vida y posibles limitaciones.

INTERVENCIÓN E ENFERMERÍA: Potenciar la imagen corporal (NIC)

- Fomentar la verbalización de las preocupaciones sobre el proceso de la enfermedad las expectativas futuras. Ofrece la oportunidad para identificar temores, errores, y afrontarlos directamente.
- Explicar al enfermo de la pérdida o el cambio, comprobar la forma en que el paciente se ve a sí mismo en su estilo de vida, incluidos aspectos sexuales. Reconocer la forma con la que la enfermedad afecta la percepción de sí mismo y las interacciones con otros pueden decidir las necesidades de intervenciones posteriores.
- Explicar la percepción del paciente acerca de que opinan sus allegados de sus limitaciones. Las señales verbales y no verbales de los allegados

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

pueden influir en gran medida en la opinión que el paciente tiene de sí mismo.

- Reconocer y aceptar los sentimientos de duelo, hostilidad y dependencia. El dolor constante es agotador, y los sentimientos de ira y hostilidad son frecuentes, su aceptación proporciona la retroalimentación de que los sentimientos son normales.
- Observar conductas de inhibición, la presencia de la negación o la preocupación excesiva con los cambios del cuerpo. Puede causar agotamiento emocional o técnicas de afrontamiento inadaptadas que requiere intervenciones más profundas o apoyo psicológico.
- Establecer límites a las conductas inadaptadas, ayudar al paciente a identificar conductas positivas que ayudaran con el afrontamiento de la enfermedad. Ayuda al paciente a mantener el autocontrol la cual aumenta la autoestima.
- Incluir a los pacientes en la planificación de los cuidados y en las actividades de la programación. Fomenta los sentimientos de competencia, anima a la autonomía y a participar en la terapéutica.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Remitir a la consulta psiquiátrica. El enfermo o allegados pueden precisar apoyo permanente para afrontar el proceso crónico.
- Administrar la medicación según se indique como por ejemplo ansiolíticos y estimulantes. Pueden ser necesarios en presencia de una intensa depresión hasta que el paciente desarrolle capacidades de afrontamiento más eficaz.

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de autocuidado Puede asociarse a trastornos musculo esqueléticos, disminución de la resistencia, dolor con el movimiento, depresión.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Resultado Esperados/ Criterio de Evaluación

Autocuidados Actividades de la vida diaria (NOC)

Mantendrá un entorno seguro que fomente el desarrollo, demostrara un uso correcto y eficaz de los recursos.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Ayudará con el mantenimiento del hogar (NIC)

- Determinar el nivel habitual del funcionamiento físico usando una clasificación del nivel funcional 0-4. Identificara el grado de ayuda necesaria por ejemplo el paciente del nivel 0 es completamente capaz de realizar las tareas habituales de la vida diaria, mientras que el enfermo del nivel 4 presenta limitaciones en todas estas áreas y no participan en la actividad.
- Evaluar el entorno para valorar la capacidad para cuidar de sí mismo. Determina la posibilidad de permanecer en casa o cambiar la disposición de la casa para cubrir las necesidades individuales.
- Determinar los recursos económicos para cubrir las necesidades situaciones individuales, identificar los sistemas de apoyo de los que dispone el paciente y allegados. La posibilidad de recursos personales y de apoyo comunitario afectara a la capacidad para resolver problemas y elegir la mejor solución.
- Elaborar un plan para mantener un entorno limpio y saludable por ejemplo compartir tareas de reparación o mantenimiento del hogar entre familiares o por servicios contratados. Asegura que se cubrirán las necesidades en forma continua.

3.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento sobre la enfermedad tratamiento y autocuidados.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Puede asociarse por falta de memoria y una mala interpretación de la información se manifiesta a través de preguntas y solicitud de información.

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

Conocimiento: Proceso patológico (NOC)

Verbalizara la comprensión del proceso patológico su pronóstico y las posibles complicaciones.

Conocimiento: Cuidado de la Enfermedad (NOC)

Verbalizara la comprensión de las necesidades terapéuticas, elabora un plan de autocuidados incluyendo modificaciones en la vida diaria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Enseñanza: Proceso patológico (NIC)

- Revisar el proceso de la enfermedad, pronóstico y las expectativas del futuro. Proporciona una base de conocimientos sobre la cual el paciente puede tomar decisiones informadas
- Explicar el papel del paciente en la atención integral del proceso de la enfermedad a través de la nutrición, la medicación y un programa equilibrado de ejercicios y reposo. El objetivo del control de la enfermedad es inhibir la inflamación en articulaciones y otros tejidos para conservar la función articular y prevenir su deformidad. Ayudar a planificar un programa de actividades realistas e integral, reposo, cuidados personales, administración de fármacos, fisioterapia y atención integral del estrés, realizar un programa de ejercicios adecuados por ejemplo natación aeróbicos sin impacto.
- Destacar la importancia de seguir la farmacoterapia con constancia. Los beneficios de la farmacoterapia depende de la dosis correcta.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Recomendar tomar los medicamentos prescritos como los AINES, con las comidas, derivados lácteos o antiácidos y al acostarse. Limita la irritación gástrica, la reducción de dolor a la hora de acostarse, mejora el sueño y las mayores concentraciones sanguíneas reducen la rigidez matutina.
- Identificar los efectos secundarios de los medicamentos, como intolerancia gástrica, hemorragia digestiva, eritema purpura. Una dosis máxima y prolongada de ácido acetil salicílico puede causar una sobredosis
- Revisar la importancia de una dieta equilibrada con alimentos ricos en vitaminas, proteínas y hierro. Fomenta el bienestar general la reparación o regeneración de los tejidos.
- Animar al paciente obeso a adelgazar, proporcionar información sobre reducción de peso según necesidad. La pérdida de peso reduce la tensión sobre la articulación, especialmente cadera, rodillas, tobillos y pies.
- Proporcionar información sobre recursos asistenciales bastones, andadores, sillas de ruedas para la movilización le ayudara a reducir la tensión sobre la articulación permitiendo al individuo a participar con mayor comodidad en las actividades necesarias.
- Explicar la técnica de ahorro de energía como por ejemplo sentarse en vez de permanecer de pie para preparar las comidas, ducharse, afeitarse o maquillarse. Previene el cansancio facilita los autocuidados y la autonomía.
- Fomentar el mantenimiento de una buena postura corporal tanto durante el reposo como en la actividad, mantener las articulaciones extendidas, no flexionadas, evitar permanecer en una posición fija durante periodos prolongados , colocar las manos cerca del centro corporal durante su uso y deslizar mejor que levantar objetos siempre que sea posible. Una buena mecánica corporal debe entrar a formar parte del estilo de vida del paciente para reducir la tensión y el dolor articular.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Revisar las medidas de seguridad relativas a los dispositivos de movilidad especialmente las motonetas eléctricas recomendar el uso de un banderín cuando se viaje por calles abiertas.
- Revisar las necesidades de la revisión frecuente de la piel y un cuidado meticuloso de la piel.
- Describir la necesidad de seguimiento médico y de pruebas de laboratorio. La farmacoterapia requiere una evaluación frecuente para asegurar un efecto óptimo y para prevenir sobredosis y efectos secundarios peligrosos.
- Proporcionar asesoramiento sexual y de planificación familiar según la necesidad. La información sobre diferentes posturas y técnicas u otras opciones de realización sexual puede mejorar las relaciones personales y los sentimientos de autoestima.
- Proporcionar información acerca de organismos extrahospitalarios que le ayuden a mantener estable su enfermedad.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Escalona, A., & Fernandez, M. (2006). Intervención de enfermería en pacientes con artritis reumatoidea. Obtenido de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-378-5767qkb.pdf

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 8***Estándar de atención de enfermería del plan de egreso de pacientes con artritis reumatoidea***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Fomenta la verbalización de las preocupaciones sobre el proceso de la enfermedad las expectativas futuras. Ofrece la oportunidad para identificar temores, errores, y afrontarlos directamente.		
2	Explica al enfermo de la pérdida o el cambio, en su estilo de vida, incluidos aspectos sexuales.		
3	Incluye a los pacientes en la planificación de los cuidados y en las actividades de la vida diaria.		
4	Ayuda a determinar al paciente el nivel habitual del funcionamiento físico usando una clasificación del nivel funcional 0-4. Identificara el grado de ayuda necesaria por ejemplo el paciente del nivel 0 es completamente capaz de realizar las tareas habituales de la vida cotidiana, mientras que el enfermo del nivel 4 presenta limitaciones en todas estas áreas y no participan en la actividad.		
5	Ayuda a identificar los sistemas de apoyo de los que dispone el paciente y allegados..		
6	Proporcionar asesoramiento sobre organismos extra hospitalarios		
7	Explicar el papel del paciente en la atención integral del proceso de la enfermedad a través de la nutrición, la medicación y un programa equilibrado de ejercicios y reposo.		
8	Identificar los efectos secundarios de los medicamentos, como intolerancia gástrica, hemorragia digestiva, eritema purpura.		
9	Describe al paciente la necesidad de seguimiento médico y de pruebas de laboratorio.		
10	Proporcionar asesoramiento sexual y de planificación familiar según la necesidad.		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES CON LUPUS ERITEMATOSO SISTÉMICO

DEFINICIÓN:

El lupus eritematoso sistémico (LES o lupus) es una enfermedad auto inmunitaria, lo que significa que el sistema inmunitario del cuerpo, ataca por error al tejido conjuntivo sano, esto lleva a que se presente una inflamación prologada crónica.

OBJETIVO

Brindar una atención oportuna de enfermería con un nivel de calidad y eficacia, para satisfacer las necesidades del paciente.

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la condición del paciente con la fatiga fiebre dolor torácico al respirar.

Puede manifestarse verbalmente y gesticulación del dolor

Criterio de Resultados / Criterio de Evaluación

Control del dolor (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Control de signos vitales T°,P,R,TA sat de oxígeno en cada turno, mediante el cual podemos detectar alteraciones hemodinámicas
- Posición semifowler, facilita el proceso respiratorio y evita complicaciones pulmonares.
- Explicarle los factores físicos y emocionales que puede causar la fatiga, la fatiga generalizada puede aumentar o disminuir en relación con la actividad del paciente.
- Analizar los resultados de laboratorio en busca de trombocitopenia, alteraciones de tiempos de coagulación. La enfermera debe diferenciar

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

los valores anormales que pueden estar presente en LES y pueden ser una emergencia.

- La oxigenoterapia, es necesario Mantener una buena ventilación pulmonar para evitar complicaciones o compromisos pulmonares.
- Aplicar técnicas de aislamiento protector , durante la reactivación relajación
- Administración de analgesia, se le indica al paciente la importancia de administrar los analgésicos indicados, valorar la intensidad del dolor, evaluar luego de la administración de medicación.
- Registrar la valoración, los calmantes administrados y evolución de los signos y síntomas.
- Fomentar el cumplimiento del tratamiento para mejorar

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Conocimiento deficiente de la enfermedad, los signos y síntomas que se presentan

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

El paciente aprenderá sobre su enfermedad y cuidado (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Baño diario con agua tibia, mantendrá la piel limpia y seca, pero humedecida con medicación tópica prescrita, lavado frecuente de manos y mantener uñas cortas, el baño suele disminuir las molestias y descamación de la piel. La piel debe mantenerse limpia y sin polvos u otros irritantes para evitar laceraciones.
- Evitar la exposición a la luz ultravioleta, solar y de las lámparas fluorescentes, usar bloqueador solar, es importante que el paciente adopte esta conducta para evitar desencadenar exacerbaciones de la enfermedad o erupciones cutáneas.
- Indicar al paciente que debe usar camisas pantalones largos y sombreros de alas anchas, el uso de gafas lo que disminuye la foto sensibilidad.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Indicar que la higiene bucal debe ser meticulosa con cepillos suaves. La higiene bucal sirve para prevenir y tratar las lesiones de la boca y evitar hemorragias
- Ayudar a sus necesidades diarias, realizar cambios de posición cada dos horas en pacientes encamados y cambio de ropa de cama PRN, con el fin de prevenir úlceras de decúbito y evitar proliferación de bacterias.
- Valorar el nivel de inmovilidad
- Enseñarle ejercicios aunque este en reposo, calmar el dolor
- Brindar apoyo y orientar en los movimientos.

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Temor

Resultado Esperados/ Criterios de Evaluación

El paciente afrontara la enfermedad con optimismo (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Apoyo psico emocional (NIC)

- Educación sobre el proceso de la enfermedad para que tenga la información necesaria y comprenda la importancia del tratamiento
- Ser escucha activa
- Despejar dudas e inquietudes
- Ponerla en contacto con el equipo tratante para que pueda a ser las consultas necesaria
- Involucrar a la familia en este proceso para que den apoyo
- Informar de todos los procedimientos que se realicen
- Coordinar con otros integrantes del equipo de salud (psicóloga), para poder apoyar y orientar.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 9***Estándar de atención de enfermería en el lupus eritematoso***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Controla signos vitales en cada turno para detectar signos de alarma		
2	Coloca al paciente en posición semifowler facilitando el proceso respiratorio		
3	Comunica al paciente que el equipo médico se encuentra dispuesto a despejar sus dudas e inquietudes con respecto a la enfermedad		
4	Indica al paciente la importancia de los periodos de descanso		
5	Explica al paciente la importancia de la oxigenoterapia		
6	Indica al paciente la importancia del baño diario y lubricación de la piel como también la utilización de ropa que cubra la mayor parte de su cuerpo		
7	Indica la importancia de la utilización de protector solar y no exponerse mucho tiempo a los rayos del sol		
8	Indica la importancia de seguir con el tratamiento y con el control periódico medico		
9	Indica la importancia de la actividad física continua aunque se encuentre en reposo		
	Registra el procedimiento en los informes de enfermería		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO

DEFINICIÓN: El envejecimiento es un proceso multidimensional que tiene incidencia en la persona, la familia y la comunidad en el Ecuador se produce un fenómeno de 65 años y más años de edad y el aumento del índice de enfermedades crónico degenerativas e incapacidades (Social, 2013)

OBJETIVO:

Lograr que el personal de salud que atiende a las personas adultos mayores, conozcan y aplique los protocolos de atención al usuario, con el fin de contribuir a mejorar su estado de salud con una buena calidad de vida, adaptando el sistema de salud a las necesidades de esta población, por lo que los protocolos de enfermería se realizara por sistemas.

Sistema Cardiovascular

Los cambios estructurales que son normales con el envejecimiento del aparato circulatorio, reduce la capacidad de este. Las válvulas cardiacas se vuelven más gruesas y rígidas, el corazón y las arterias pierden elasticidad, se dilatan se vuelven tortuosas y se acumulan depósitos de calcio y grasa en la pared interna de sus arterias

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Aumento de la TA

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Aprenderá a detectar signos de alerta y evitar complicaciones (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Control de presión arterial cada turno y comunicar hipertensión .La hipertensión arterial es un problema común entre la población de la tercera edad siendo un factor de riesgo mayor de trastornos

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

cardiovasculares. Los adultos mayores con presión sanguínea menor de 140/90mm Hg viven más que quienes tienen valores más altos

- Administrar los medicamentos hipertensivos. El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial debe iniciarse solo cuando se haya establecido con certeza el diagnóstico y las medidas no farmacológicas hayan sido insuficientes
- Valorar la presencia de insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores. La enfermedad oclusiva de miembros inferiores es el resultado de una disminución de flujo arterial en las extremidades inferiores, debido a estenosis gradual de las arterias como consecuencia de la arterioesclerosis, para ello es importante valorar los pulsos pedios, poplíteos y femorales.
- Estimular al paciente a que participe en la rehabilitación física.
- Aparato Respiratorio
- La insuficiencia respiratoria es un cuadro de etiología múltiple caracterizado por la imposibilidad del sistema respiratorio, para asegurar un adecuado intercambio gaseoso entre el aire y la sangre con la consiguiente disminución de los niveles de oxígeno en sangre, con una tasa de dióxido de carbono normales, disminuidos o por encima de los valores normales.

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución de la Capacidad Vital de intercambio de gases y capacidad de difusión de los mismos

Resultados Esperados/Criterio de Evaluación

Buen funcionamiento pulmonar (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Monitorizar la saturación, frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio incluyendo el uso de músculos accesorios, aleteo nasal y patrones respiratorios anormales

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Administrar oxígeno humidificado por medio de dispositivo apropiado (cánula nasal o mascarilla); intentar lograr un nivel de saturación de oxígeno de 90%. Observar por si se inicia la hipo ventilación que queda evidenciada por el incremento de somnolencia
- Colocar al usuario en la postura de fowler intermedia con un postura incorporada de 45° si fuera posible
- Debe darse líquidos al paciente para mantenerlo hidratado, ya que aumentar la ingesta de líquidos ayuda a disminuir el espesor de las secreciones
- Realizar terapia respiratoria los mismos que comprende una serie de ejercicios de reeducación de los músculos respiratorios y técnicas destinadas a aprovechar mejor la capacidad pulmonar y facilitar la eliminación de secreciones acumuladas en el tracto respiratorio, con la finalidad de lograr una adecuada ventilación.
- Realizar nebulizaciones, que consiste en la transformación de una solución líquida, o un aerosol de finas partículas que serán inhaladas y depositadas sobre el epitelio respiratorio
- Los pulmones afectados presenta una alta incidencia de infecciones ; no debería iniciarse el tratamiento con antibiótico hasta que se obtenga el resultado del cultivo a fin de seleccionar un antibiótico efectivo

Aparato Digestivo:

El adulto mayor padece síntomas relacionados desacceleración del tránsito de los alimentos. También disminuye la salivación con lo que experimenta resequead bucal.

El peristaltismo esofágico es menos eficaz, además el cardias presenta disfunción, originando demora del vaciado esofágico y dilatación de la porción inferior el esófago.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Disminuye la motilidad gástrica provocando retraso en vaciado del contenido gástrico. La hiposecreción de ácido clorhídrico y pepsina reduce la absorción de hierro y vitamina B12

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Reducción de la producción de saliva, acido gástrico, enzimas digestivas y moco intestinal

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Higiene bucal con cepillo de dientes, hilo dental y control odontológico periódico, Los dientes sufren numerosos cambios con la edad, se obscurece el esmalte, existe una formación lenta de dentina, aumenta el tejido fibroso y disminuye el número de vasos sanguíneos, estos cambios aumentan el riesgo de infección y de enfermedad en el adulto mayor.
- Considerar una derivación dietética para valorar las necesidades nutricionales. Hay dos formas principales de desarrollo de mal nutrición en la primera la mal nutrición de proteína – energía surge durante una lesión o enfermedad aguda es la ingesta inadecuada de nutriente durante un tiempo en que se incrementa la demanda nutricional esto es común en personas ancianas.
- Comprobar la presencia de eliminación intestinal. Es común que estos pacientes presenten estreñimiento debido a algunos factores como el aporte bajo de líquidos en la dieta, la disminución del tono muscular del colon, la pérdida del reflejo de defecación y la reducción de la actividad física por vida sedentaria.
- Realizar enemas evacuantes PRN ya que el estreñimiento puede ocasionar una impactación fecal con incontinencia por rebosamiento. El enema de limpieza es el más utilizado para facilitar la evacuación de las heces

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Sistema Genitourinario

Los cambios de función renal abarcan reducción del índice de filtración glomerular y de la función de los tubos renales, con menor eficacia en la reabsorción y la concentración de la orina y restauración lenta del equilibrio ácido-básico en respuesta al estrés: También disminuye el tono muscular de los uréteres, uretra y la capacidad de la vejiga de modo que la orina no se vacíe por completo teniendo a una infección de vías urinarias

4.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA “Distribución de la capacidad de la vejiga y demora de la sensación de orinar

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Disminuir las complicaciones nefróticas (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Ingesta adecuada de líquidos para conservar el balance hídrico
- Fomentar la excreción urinaria proporcionando intimidad al paciente, ayudarlo en el uso del baño, bidet, o pato, aplicar calor para relajar los esfínteres como baños de asiento o baños de regadera. La retención urinaria puede originar infecciones que suelen resultar de la distensión excesiva de la vejiga, disminución del riesgo sanguíneo.
- Realizar la higiene perineal con agua y jabón neutro, en los pacientes que usan pañal, sonda vesical o catéter de Texas. los adultos mayores son propensos a la incontinencia urinaria y por la presencia de nicturia es importante mantenerlo limpio y seco para evitar escaldaduras o infecciones.
- Enseñarle al paciente a realizar ejercicios de Kegel. Los ejercicios fueron ideados por el Dr Arnold Kegel para fortalecer los músculos del suelo pélvico. Consiste en apretar los músculos como cuando se intenta detener la orina tirándolos así arriba , contraerlos y mantenerlos así mientras

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

cuenta hasta 5 respirando suavemente , luego relajarlos durante 5 segundos más y repetir la serie 10 veces aumentar progresivamente el tiempo de contracción y relajación . Empezar cada 5 segundos en cada caso hasta llegar a los 20.

Musculo Esquelético

El envejecimiento de los huesos se caracteriza por una desmineralización y pérdida de matriz ósea. El tejido óseo pierde calcio, mineral que pasa al torrente sanguíneo. La masa ósea total disminuye y el hueso se hace cada vez más poroso y frágil, la pérdida de los huesos es superior en mujeres que en hombres

5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Reducción y desmineralización de los huesos (osteoporosis y fragilidad ósea) siendo los huesos más propensos a fracturas

Resultados esperados Criterio de Evaluación

Una calidad de vida al adulto mayor (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Mantener un ambiente seguro para el adulto mayor, con buena iluminación, pisos secos, espacios libres para que pueda desplazarse sin dificultad y evitar caídas. Los cambios que se produce con el envejecimiento predisponen al individuo a sufrir fracturas incluso tras una caída que en apariencia sea de poca importancia.
- Prevención del pie péndulo, colocando una almohada o tablón en las plantas de los pies. El pie péndulo es una deformidad en que aparece flexión plantar .Si el trastorno no se corrige, el paciente no puede sostener el pie en posición normal y caminar sobre los dedos, sin tocar el piso.
- Referir a los usuarios para fisioterapia para ayudar incrementar los niveles de actividad y fuerza. La movilidad en muchas ocasiones se

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

encuentra limitando a causa de dolor, parálisis, pérdida de fuerza muscular enfermedad sistemática etc.

- El ejercicio regular puede ayudar a mantener la movilidad articular y a retrasar la atrofia muscular.

Sistema Nervioso

Existe una reducción en la síntesis y metabolismo de los neurotransmisores principales; los impulsos nerviosos son conducidos más lentamente. El aporte de sangre al cerebro desciende por lo que disminuye la cantidad de oxígeno que llega a este nivel. Los reflejos osteo tendinosos disminuyen en intensidad de respuesta. La arquitectura del sueño se altera con reducción de la fase 3 y en especial de la fase 4 de sueño profundo, con lo cual se observa dificultad en la conciliación del sueño, despertar precoz, reducción del número de horas del sueño y disminución del efecto reparador del mismo.

6.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Reducción de la circulación cerebral desvanecimiento y pérdida del equilibrio, disminución de la estimulación ambiental y cambios en el patrón del sueño.

Resultados esperados /Criterio de Evaluación

El adulto mayor será capaz de mantener su estabilidad hemodinámica

Adecuado control del sueño (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Ayudar al paciente a incorporarse para evitar accidentes o lesiones. La pérdida de la conciencia o una sensación de fallecimiento se presenta cuando la persona se incorpora rápidamente de una posición ya sea sentada o recostado
- Permitir las visitas o la compañía de un familiar en la noche. Las personas mayores recién ingresadas en el hospital pueden presentar periodos de confusión, sobre todo la noche contribuye a ello el hecho de

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

estar en un ambiente desconocido, los cambios sensoriales, el temor y los efectos de la medicación.

- Intercalar el trabajo físico con el trabajo mental y la recreación por ejemplo al caminar ir contando los pasos que da, leer un libro o permitir que lea y hacer preguntas del mismo .La concentración mental, la capacidad de concentración es la cualidad del sistema nervioso saludable, no solamente aumenta la eficiencia de la persona, sino que le permite disfrutar más de las actividades, la concentración es favorecida por la tranquilidad y salud física mental.
- Promover la higiene del sueño en el día mantenerlo despierto realizando alguna actividad , acostar al paciente a la misma hora , verificar el ambiente para producir comodidad e inducir al descanso y al sueño (habitación limpia sabana limpias, iluminación adecuada)
- Administrar la medicación para inducir el sueño tal como está prescrito pero únicamente como último recurso.
- Reducir el riesgo de lesiones durante el sueño utilizando, barandas, timbres de llamada a su alcance, cama en posición correcta, luz nocturna suave y suficiente. El cuidado de higiene del sueño es la alternativa terapéutica menos agresiva, la profesional de enfermería como educadora debe promocionar el descanso nocturno para mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Órganos de los sentidos

Los órganos de los sentidos: la visión, la audición, gusto tacto y olfato permite estar en contacto con el medio externo. Los déficit sensoriales comunes en la edad avanzada afecta a todos los órganos de los sentidos, tienen efectos negativos en quienes no pueden leer o ver programas de televisión, escuchar conversaciones en la medida necesaria para participar en ellas por el déficit gustativo no disfruta de los alimentos.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

7.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución de la capacidad para enfocar la vista, dificultad en el ajuste a los cambios de la intensidad de la luz y disminución de la capacidad para diferenciar los colores

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Mejorar la calidad de vida del adulto mayor (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Preguntar al familiar si el paciente utiliza lentes para que siga utilizando durante el tiempo que se encuentra hospitalizado. A medida que uno envejece, la nitidez de su visión (agudeza visual) puede disminuir gradualmente. Los lentes pueden ayudar a corregir los cambios de visión relacionados con la edad.
- Aplicar los colirios o lágrimas artificiales, los ojos envejecidos producen menos lágrimas y su resequedad puede ser muy incómodo. Muchas personas encuentran alivio usando soluciones de gotas oftálmicas o soluciones de lágrimas artificiales
- Evitar cambios bruscos de obscuridad a la luz, tener una iluminación adecuada. La pupila puede reaccionar más lentamente en respuesta a la obscuridad o a la luz brillante. El cristalino se vuelve amarillento menos flexible y ligeramente opaco. Las almohadillas de grasa que brindan soporte al ojo se reduce y el ojo se hunde en la orbita

8.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Audición; Disminución de la capacidad para escuchar sonidos agudos

Resultados esperados/Criterio de Evaluación

Mejorar la calidad de vida del adulto mayor (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Recomendar examen de audición y el uso de audífonos. La audición puede disminuir ligeramente, en especial la de los sonidos de alta frecuencia. Esta pérdida de audición relacionada con la edad se denomina presbiacusia. Un poco de hipoacusia es casi inevitable. Se considera que el 30% de todas las personas de más de 65 años tiene deterioro significativo de la audición.
- Cuando se hable con el paciente mirarle de frente, enunciar las palabras con claridad y ayudarse con señas.
- Valorar la deambulacion del paciente ya que la pérdida de la audición produce desequilibrio .El equilibrio se controla en una parte del oído interno, el líquido y las pequeñas vellosidades en el conducto semicircular óseo (laberinto) estimulan el nervio que ayuda al cerebro a mantener el equilibrio.

Gusto y Olfato

El sentido del olfato puede disminuir especialmente después de la edad de 70 años y esto puede estar relacionado con la perdida de terminaciones nerviosas en la nariz. Algunas personas pueden descuidar su higiene personal cuando se disminuye el sentido del olfato.

9.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Disminución de la agudeza gustativa y olfatoria

Resultado esperado/ Criterio de Evaluación

Mejorar la calidad de vida del adulto mayor en cuanto al gusto y olfato (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Ayudar al paciente en su higiene personal
- La dieta del paciente debe ser variada y al gusto del paciente. El número de papilas gustativas disminuye, comenzado alrededor de los 40 años a

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

50 años de edad en las mujeres y 50 a 60 años de edad en los hombres. Cada papila gustativa que queda también comienza a atrofiarse. La sensibilidad a las cuatro sensaciones gustativas no parece disminuir hasta después de los 60 años, si es que sucede. En caso de perder la sensibilidad gustativa, generalmente se pierde primero los sabores salado y dulce y los sabores amargo y ácido permanece un poco más de tiempo.

- Limitar la temperatura máxima del agua para el baño disminuyendo el riesgo de quemaduras. Con el envejecimiento, uno puede presentar una reducción o un cambio en las sensaciones de dolor, vibración, frío, calor, presión, tacto, es difícil decir si estos cambios están relacionados con el envejecimiento en sí o con los trastornos que se presentan con más frecuencia en los ancianos

Sistema Tegumentario

La epidermis y dermis se adelgaza, disminuye el número de fibras elásticas y el colágeno se vuelve más rígido. Se reduce la cantidad de grasa subcutánea, ante todo en las extremidades, la pérdida de capilares de la piel origina un menor riego sanguíneo; la piel se seca y se vuelve susceptible de irritaciones, a raíz de la disminución en la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas.

10.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Piel fina destacándose las prominencias óseas de antebrazos, pantorrillas y dorso de manos, pies más pálidos con depósitos de pigmentos

Resultado Esperado/Criterio de Evaluación

Piel Hidratada (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Mantener la piel limpia seca, aplicar crema lubricante. Las personas con piel sensible deben bañarse con agua templada y usar el jabón al mínimo secar la piel mediante palmaditas suaves con una toalla, aplica un

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

emoliente a la piel húmedo para atrapar la humedad. El aire seco es irritante ya que reduce la humedad de la piel.

- Ayudarle es sus esfuerzos por mejorar su imagen corporal. Un enfoque positivo y las sugerencias sobre técnicas cosméticas con frecuencia ayudan a promover la aceptación de sí mismo y la socialización
- Mantener las uñas cortas. El cote de uñas disminuye las lesiones de la piel por rascado
- Realizar cambios de posición cada 2 horas o incluso con mayor frecuencia dependiendo del estado dela piel
- Cuando se acueste el paciente las sábanas deben estar totalmente enterradas sin arrugas , utilizar almohadas para aliviar la presión en los relieves óseos
- Evitar que los talones del paciente rocen el colchón colocando una sábana doblada bajo la parte inferior de las piernas o utilizar protectores de talones
- No permitir que las piernas descansen una sobre otra. Cuando se ejerce presión sobre cualquier área cutánea durante más de dos horas se puede producir una disminución importante del aporte sanguíneo o en el centro de la zona de presión.
- Levantar al sillón por lo mínimo 2 horas en la mañana y en la tarde. El sentarle durante un periodo largo en un sillón también puede producir úlceras de presión, comprobar que se coloque una almohadilla o un aro inflable en el asiento además los paciente deben cambiar su posición de lado cada 15 a 20 minutos.

Trastornos de las Relaciones Afectivas

La depresión es el trastorno afectivo o emocional más común de la vejez y suele responder a tratamiento, quienes padecen depresión no controlan la enfermedad por lo que se benefician de la ayuda de profesionales.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

11.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Depresión que modifica la calidad de vida personal, incrementa el riesgo de suicidio

Resultado Esperado/Criterio de Evaluación

Mejorará el estado emocional del paciente (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Dar afecto al adulto mayor escuchando los logros de su vida, ello logra un sensación de satisfacción e integridad del ego cuando se siente que los sucesos vitales de vida han sido positivos
- Procurar que el medio donde se desenvuelve el adulto mayor sea sencillo familiar y libre de ruidos

APOYO ENSEÑANZA A LOS FAMILIARES QUE ATIENDEN AL PACIENTE

12.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alimentación adecuada, medicación, seguridad física y comodidad.

Resultados Esperados/Criterio de Evaluación

El paciente se sentirá seguro (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA (NIC)

- Indicar que el adulto mayor tiene que ingerir alimentos, conocidos con aspecto apetitoso y buen sabor, deben estar cortados en pedazos pequeños para evitar el la obstrucción de vías aéreas .La comida permite una interacción social placentera o se convierte en periodos de perturbación y aflicción. Durante la alimentación el ambiente debe estar tranquilo.
- Los medicamentos deben ser administrados a la hora correcta
- Se indicara a los familiares el uso de una iluminación adecuada con pequeñas lámparas, una cama baja con media baranda.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Incentivar al paciente y a la familia a la utilización de bastones los cuales son excelentes para prevenir las caídas, en especial fuera del hogar. Las caídas son las causas principales de accidentes en ancianos, con frecuencia, no tiene consecuencias mortales pero si afectan la salud y calidad de vida de las personas.
- Enseñar a la familia los cuidados de la piel para evitar las escaras por presión.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Ministerio de salud. (2011). manual de prevención de caídas en el adulto mayor. Chile

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 10***Estándar de la atención de enfermería del adulto mayor***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Crea un ambiente de confianza y comodidad para que el adulto se encuentre tranquilo		
2	Tomar signos vitales en cada turno sobre todo TA y detectas signos de hipertensión		
3	Monitorea la oxigenación sobre todo la frecuencia , profundidad y esfuerzo respiratorio, se lo mantiene en posición semifowler		
4	Verifica presencia de la eliminación intestinal		
5	Considera una valoración dietética para valorar las necesidades nutricionales		
6	Indica al paciente la importancia del baño y la lubricación de la piel		
7	Se preocupa por la seguridad del adulto mayor en su entorno		
8	Permite que el adulto mayor sea acompañado por un familiar durante su hospitalización		
9	Identifica necesidades visuales , auditivas y de movilidad para ayudarlo		
10	Registra las acciones realizadas en el informes de enfermería		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON TUBERCULOSIS PULMONAR

DEFINICIÓN

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa producida por el bacilo de Koch caracterizado por una aparición de un pequeño nódulo denominada tubérculo.

OBJETIVO

Realizar un protocolo de enfermería que permitirá una adecuada atención de calidad de acuerdo a las necesidades del paciente.

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infecciones

Los factores de riesgo pueden incluir:

Insuficientes defensas primarias, disminución de la función ciliar/estasis de secreciones

Destrucción hística / extensión de la infección, desnutrición y exposición ambiental

Resultados Esperados/ Criterio de evaluación

Control de la Infección (NOC)

Identificar las intervenciones para prevenir / reducir el riesgo de extensión de la infección.

Mostrará técnicas/ iniciara cambios en el estilo de vida para promocionar en un entorno seguro

Intervención de Enfermería

Control de infecciones (NIC)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Revisar la patología de la enfermedad y la posibilidad de propagación a través de pequeñas gotas transportadas por el aire al toser estornudar, escupir, hablar, reír, cantar. Ayudar al paciente a darse cuenta aceptar las necesidades de cumplir el tratamiento farmacológico para prevenir la reactivación y complicaciones. El conocimiento de cómo se trasmite la enfermedad y la conciencia de las posibilidades de transmisión ayudan al paciente y allegados para tomar medidas para prevenir la infección a otros.
- Identificar a otras personas de riesgo, miembros de la familia, amigos. Aquellos que están expuestos pueden precisar un ciclo de farmacoterapia para prevenir la transmisión o desarrollo de la enfermedad.
- Enseñar al paciente a toser, estornudar y expectorar en pañuelos y a evitar escupir, Revisar la eliminación correcta de los pañuelos y técnica adecuada de lavado de manos. Pedir al paciente que haga demostraciones. Son conductas necesarias para evitar transmitir la infección.
- Revisar la necesidad de medidas de control de la infección como por ejemplo aislamiento respiratorio temporal. Puede ayudar al paciente a comprender la necesidad de proteger a otros mientras se reconoce la sensación de aislamiento y de estigma social del paciente asociada con las enfermedades.
- Vigilar la temperatura según se indique. Las reacciones febriles son indicadores de la presencia de la infección.
- Identificar los factores de riesgo individuales de reactivación de la tuberculosis por ejemplo, menor resistencia asociadas con alcoholismo, desnutrición, cirugía de derivación intestinal, uso de inmunosupresores, corticoesteroides, presencia de diabetes mellitus, cáncer. Conocer estos factores ayuda al paciente a modificar su estilo de vida y a evitar, reducirla incidencia de agravamiento.
- Destacar la importancia de no interrumpir el tratamiento farmacológico, evaluar las posibilidades de cooperación del paciente. El periodo de

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

contagio puede durar dos a tres días después de iniciada la farmacoterapia, pero ante la presencia de cavidades o de un proceso avanzado el riesgo de propagación de la infección puede durar hasta tres meses.

- Revisar la importancia del seguimiento y de los cultivos periódicos del esputo mientras dure el tratamiento. Ayuda a vigilar los efectos de la medicación y la respuesta del paciente al tratamiento.
- Fomentar la selección e ingestión de una alimentación equilibrada, ofrecer frecuentes alimentos en vez de abundantes comidas según esta indicado. La presencia de anorexia o desnutrición preexistente reduce la resistencia al proceso infeccioso y alerta la curación.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Administrar antibióticos según se indique. Los objetivos del tratamiento de la TB son curar al paciente y minimizar la transmisión a otras personas. Es fundamental que el tratamiento se individualice y la supervisión se debe basar en las circunstancias clínicas y sociales de cada paciente. La forma más eficaz de optimizar el cumplimiento del tratamiento puede ser la terapéutica observada directamente.
- De primera línea: la isoniazida (INF), rifampicina (RIF), pirazinamida (PZA) etambutol, estreptomina, rifapentina (RPT).
- En tratamiento consiste en un ciclo que dura de 6 a 8 meses en el que se utiliza una combinación de 4 a 5 fármacos potentes antituberculosos isoniazida, rifampicina, pirazinamida, etambutol y estreptomina a los cuales el estado garantiza el acceso y la gratuidad de los mismos.
- En fase inicial o primera fase que dura aproximadamente de 2 a 3 meses en los que los medicamentos se administran en una forma diaria. En fase de consolidación o segunda fase de cuatro a cinco meses en la que los medicamentos se administran tres días a la semana en forma intermitente, para eliminación de los bacilos y esterilización de las

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

lesiones (Salud, Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador, 2010)

- Notificar al departamento de salud local , lo exige la ley y debe ser notificada la semana después del diagnóstico , ayuda a identificar contactos para reducir la propagación de la infección , el curso del tratamiento es largo y suele seguir fuera del hospital bajo la supervisión del personal de salud pública .

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Limpieza ineficaz de las vías áreas

Puede asociarse a secreciones espesas, viscosas o sanguinolentas, cansancio, edema de tráquea y laringe.

Posiblemente se manifieste la frecuencia el ritmo y profundidad respiratorios anómalos (roncus, sibilancias) estridor y disnea

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Estado Respiratorio (NOC)

- Se mantendrá las vías respiratorias permeables
- El paciente será capaz de expectorar las secreciones por sí mismo
- Demostrara comportamientos para mejorar y mantener limpias las vías aéreas
- Participara en el régimen de tratamiento dentro de su nivel de capacidad
- Se identificara con prontitud las posibles complicaciones e iniciara las acciones adecuadas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de las vías aéreas (NIC)

- Evaluar la función respiratoria; ruidos frecuencia ritmo y profundidad respiratoria y el uso de músculos accesorios. la atenuación de los ruidos respiratorios pueden reflejar atelectasia. Los roncus, sibilancias indican

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

acumulación de secreciones, incapacidad para limpiar las vías respiratorias que puede conducir al uso de músculos accesorios e incrementar el trabajo de respiración.

- Observar la capacidad para expectorar moco, toser con eficacia, documentar el aspecto, cantidad de esputo, presencia de hemoptisis. La expectoración puede ser difícil cuando las secreciones son muy espesas como resultado de la infección o de una hidratación incorrecta.
- Colocar al paciente en posición semifowler, ayudar al paciente con la tos y los ejercicios de respiración profunda. La posición ayuda a optimizar la expectoración pulmonar y reducir el esfuerzo respiratorio. Una expectoración máxima puede abrir zonas atelectásicas y favorecer el movimiento de secreciones hacia las vías de mayor tamaño para su expectoración.
- Realizar la limpieza de secreciones de la boca y de la tráquea aspirar según necesidad, previene la obstrucción, puede ser necesario aspirar si el paciente es incapaz de expectorar las secreciones.
- Mantener una ingesta de líquidos de 2500ml si no está contraindicado. Una elevada ingesta de líquidos ayuda a fluidificar las secreciones
- Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario
- Humidificar el aire, el oxígeno inspirado. Evita la sequedad de las mucosas, ayuda a fluidificar las secreciones.
- Administrar medicamentos según este indicado, mucolíticos, broncodilatadores, cortico esteroides. Reduce el espesor y la viscosidad de las secreciones pulmonares para facilitar su eliminación. Los broncodilatadores incrementan el tamaño de la luz del árbol traqueo bronquial, reduciendo así la resistencia al flujo de aire y aumentando la oxigenación. Los corticoesteroides pueden ser útiles en presencia de una afección generalizada con intensa hipoxemia y cuando la respuesta inflamatoria es potencialmente mortal.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

3.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo del deterioro del intercambio gaseoso.

Entre los factores de riesgo se pueden incluir:

- Disminución de la superficie pulmonar funcional, atelectasias
- Destrucción de la membrana alveolar- capilar y edema bronquial

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Estado Respiratorio: Intercambio Gaseoso (NOC)

- Se disminuirá la disnea
- Demostrara mejoría en la ventilación y una oxigenación suficiente
- No presentara síntomas de insuficiencia respiratoria

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Vigilancia de la respiración (NIC)

- Evaluar la disnea en una escala de 0 a10, taquipnea, ruidos respiratorios anormales, atenuados, incremento del esfuerzo respiratorio, expansión torácica limitada y cansancio. La tuberculosis puede causar una amplia variedad de efectos sobre los pulmones desde un pequeño foco de bronconeumonía, hasta una intensa inflamación difusa, derrame pleural y fibrosis generalizada. Los efectos respiratorios pueden variar desde una disnea leve hasta una intensa insuficiencia respiratoria.
- Evaluar cambios en el nivel del estado cognitivo, observar la presencia de cianosis o cambios en el color de la piel incluyendo mucosas y lechos ungueales. La acumulación de secreciones e insuficiencia de vías respiratorias puede alterar la oxigenación de órganos y tejidos vitales.
- Enseñar al paciente la respiración con labios fruncidos durante la exhalación en especial para pacientes con fibrosis o destrucción del parénquima. Crea resistencia a la salida del aire para prevenir el colapso,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

el estrechamiento de las vías respiratorias ayudando así a distribuir el aire por los pulmones y reducir la disnea.

- Indicar al paciente que debe estar en reposo, limitar la actividad ayudando con las actividades de autocuidado según la necesidad. Reducir el consumo y demanda de oxígeno durante los periodos de deterioro respiratorio puede reducir la gravedad de los síntomas.

Actividades conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Se vigilara la oximetría de pulso. La disminución de la saturación o un incremento de la PaO₂ indica la necesidad de intervención y un cambio de régimen terapéutico.
- Proporcionar oxígeno complementario según la necesidad ayudara a corregir la hipoxemia que se puede producir secundaria a la ventilación.

4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Alteración de la nutrición

Puede asociarse a cansancio, tos frecuente, producción de esputo disnea, anorexia y insuficiencia de recursos económicos.

Posiblemente se manifieste por:

Peso 10 a 20% por debajo de lo ideal para constitución y estatura

Descripción de falta de interés por la comida, alteración del sentido del gusto

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Estado Nutricional (NOC)

- Mostrará aumento progresivo de peso hacia el objetivo marcado con normalización de los valores clínicos y no presentara signos de desnutrición.
- Se observara modificaciones de conducta y estilos de vida para recuperar o mantener el peso adecuado.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Estado Nutricional (NIC)

- Documentar el estado nutricional al ingreso observando turgencia de la piel, peso y grado de adelgazamiento, integridad de la mucosa bucal, capacidad e incapacidad para deglutir, presencia de ruidos intestinales antecedentes de náusea, vomitó o diarrea.
- Asegurarse el patrón dietético habitual del paciente y gustos, nos ayudara a identificar necesidades específicas y referencias individuales para mejorar la ingesta dietética.
- Vigilar el balance hídrico y pesar periódicamente al paciente , es útil para medir la eficiencia del soporte nutricional y liquido
- Investigar la anorexia, náusea, vomitó y observar su posible correlación con fármacos. Vigilar la frecuencia el volumen y la consistencia de las deposiciones. Puede afectar a las elecciones dietéticas e identificar problemas que necesitan solución con el fin de mejorar la ingesta y aprovechamiento de los nutrientes.
- Fomentar y proporcionar frecuentes periodos de reposo, ayuda a conservar la energía, en especial cuando los requerimientos energéticos se encuentran aumentados por la fiebre.
- Proporcionar cuidados bucales antes y después de los tratamientos respiratorios, reduce el mal gusto que deja el esputo o los medicamentos utilizados en los tratamientos respiratorios y que puede estimular el centro del vomitó.
- Fomentar frecuentes comidas poco abundantes de alimentos ricos en proteínas y carbohidratos, esto optimiza la ingesta de nutrientes sin cansancio un gasto de energía innecesario que cause una comida abundante y reduce la irritación gástrica.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Remitir al nutricionista para hacer ajustes en la composición de la dieta, nos ayudara a planificar una dieta con los nutrientes requeridos para cubrir las necesidades metabólicas del paciente
- Consultar con el terapeuta respiratorio para programar los tratamientos 1 a 2 horas antes de las comidas, nos ayudara a reducir la incidencia de náusea y vomitó asociada con la medicación o los efectos de los tratamientos respiratorios con el estómago lleno.
- Vigilar los resultados de laboratorio , proteínas y albumina, prealbumina sérica, los valores bajos reflejan desnutrición e indican la necesidad de intervención o un cambio en el régimen terapéutico
- Administrar antipiréticos según la necesidad, ya que la fiebre incrementa las necesidades metabólicas y el consumo de calorías.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Ministerio de Salud. (2010) Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis. Ecuador.

Alarcón, E. (2004). Guía de Enfermería para la Implementación y Expansión de las Estrategias Dots/Taes. Paris, Francia: Boulevard Saint Michel

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 11***Estándar de la atención de enfermería en pacientes con tuberculosis***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO	
		SI	DE NO
1	Revisa la patología de la enfermedad del paciente		
2	Enseña al paciente a toser , estornudar, expectorar en pañuelos y evitar escupir , le enseña la eliminación correcta de los pañuelos y la técnica de lavado de manos		
3	Enseña al paciente a identificar factores de riesgo individuales para una reactivación de la enfermedad como el alcoholismo la desnutrición, uso de inmunosupresores, presencia de diabetes, cáncer		
4	Evalúa la función respiratoria ruidos, frecuencia, ritmo y el uso de los músculos accesorios		
5	Coloca al paciente en posición semifowler		
6	Observa la capacidad para expectorar moco toser con eficacia documentando el aspecto cantidad del esputo presencia de hemoptisis.		
7	Evalúa disnea en una escala de 0 a 10 taquipnea ruidos respiratorios anormales , incremento del esfuerzo respiratorio, expansión torácica limitada y cansancio		
8	Evalúa cambios en el estado cognitivo		
9	Proporciona oxígeno complementario según la necesidad		
10	Documenta el estado nutricional del paciente al ingreso		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE ALTA A UN PACIENTE CON TUBERCULOSIS PULMONAR

OBJETIVO

Proporcional al paciente y la familia la información necesaria para que puedan sobrellevar la enfermedad en su domicilio y puedan tener calidad de vida.

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos, necesidad de aprendizaje sobre la enfermedad, tratamiento autocuidados y necesidades para el alta.

Puede asociarse a una mala interpretación de la información, limitaciones cognitivas o una información incompleta.

Puede manifestarse por:

Solicitud de información, expresión de conceptos erróneos sobre el estado de la salud, falta de seguimiento incorrecto de la instrucción, manifestación de sentimientos de encontrarse desprotegido.

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Conocimiento Cuidados de la Enfermedad (NOC)

- Verbalizara la comprensión del proceso patológico, pronóstico y prevención. Iniciará cambios de conducta estilos de vida para mejorar el bienestar general y reducir el riesgo de reactivación de la tuberculosis.
- Identificara los síntomas que requieren evaluación e intervención. Describirá un plan para indicar los cuidados de seguimiento apropiados.
- Verbalizara la comprensión del régimen terapéutico y los fundamentos de las acciones.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Facilitar el aprendizaje del paciente (NIC)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Evaluar la capacidad de aprendizaje del paciente por ejemplo nivel de temor, preocupación, cansancio, participación el mejor entorno en el que puede aprender, la cantidad de contenido, los mejores medios y lenguajes. El aprendizaje depende de la disposición emocional y física y se logra de forma individual.
- Proporcionar instrucciones e información escrita específica para que al paciente le sirva para consultar como es el horario de la medicación, y pruebas de esputo de seguimiento para comprobar la respuesta al tratamiento.
- Animar al paciente y familiares a verbalizar los temores y preocupaciones y responder a las preguntas con hechos.
- Educación
- Identificar los síntomas que se debe comunicar al personal de salud como por ejemplo hemoptisis, dolor torácico, fiebre, dificultad para respirar, pérdida de audición vértigo, puede indicar evolución o reactivación de la enfermedad, efectos secundarios de la medicación que requiere evaluaciones adicionales.
- Destacar la importancia de mantener una dieta rica en proteínas y carbohidratos y una ingesta suficiente de líquidos. Cubrir las necesidades metabólicas ayuda a minimizar el cansancio y favorecer la recuperación, los líquidos ayudan a fluidificar y expectorar las secreciones.
- Explicar la posología, frecuencia de la administración y el efecto esperado de los fármacos y el motivo para el largo periodo de tratamiento, revisar las posibles acciones con otros fármacos, sustancias y los efectos secundarios. Ayuda a fomentar el régimen terapéutico pudiendo evitar que el paciente abandone el tratamiento antes de estar realmente curado. Los pacientes con VIH y tuberculosis son en especial susceptibles a interacciones de fármacos ya que toman numerosas medicaciones algunas de las cuales reaccionan con los antituberculosos.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Revisar los posibles efectos secundarios del tratamiento como por ejemplo sequedad de la boca, náusea, molestias digestivas, estreñimiento, trastornos de la visión, cefalea e hipertensión ortostática. Es importante que los fármacos antituberculosos no se interrumpan por las molestias de sus efectos secundarios, Dar solución a los problemas como es tomar la medicación con las comidas nos ayuda a disminuir las molestias, las reacciones graves deben ser comunicadas al médico.
- Incidir en la necesidad de abstenerse de consumir alcohol durante el tratamiento con INH su combinación se asocia con el aumento de la incidencia de hepatitis
- Recomendar al paciente abstenerse de fumar, aunque el tabaquismo no favorece la reincidencia de TB si aumenta la probabilidad de disfunción respiratoria o bronquitis.
- Revisar el modo de la transmisión de la tuberculosis A través de la transmisión aérea aunque también se puede transmitir por las heces y la orina si existe infección en estos sistemas. El conocimiento puede reducir la transmisión o la reactivación. Las complicaciones producidas por la reactivación incluyen formación de cavidades abscesos, enfisemas, neumotórax espontáneo, fibrosis intersticial, empiema, bronquiectasias, úlceras digestivas, laringitis tuberculosa entre otras.
- Explicar y reforzar los problemas como es un fracaso al tratamiento de TB por resistencia a fármacos y recaídas. Los fracasos de tratamientos se produce con mayor frecuencia porque el paciente no cumple con el régimen terapéutico , pero también puede deberse a la resistencia a fármacos, mala absorción de medicamentos, La mayoría de las recaídas se produce 6 a 12 meses después de completar el tratamiento

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 12***Estándar de la atención de enfermería en el plan de egreso de pacientes con tuberculosis pulmonar***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO		DE NO
		SI	A VECES	
1	Evalúa la capacidad de aprendizaje del paciente por ejemplo nivel de temor, preocupación, cansancio, participación			
2	Proporciona instrucciones e información escrita específica para que al paciente le sirva para consultar como es el horario de la medicación, y pruebas de esputo de seguimiento para comprobar la respuesta al tratamiento.			
3	Anima al paciente y familiares a verbalizar los temores y preocupaciones y responder a las preguntas con hechos.			
4	Indica los síntomas que se debe comunicar al personal de salud como por ejemplo hemoptisis, dolor torácico, fiebre, dificultad para respirar, pérdida de audición vértigo			
5	Destaca la importancia de mantener una dieta rica en proteínas y carbohidratos			
6	Explica la posología, frecuencia de la administración y el efecto esperado de los fármacos , el motivo para el largo periodo de tratamiento,			
7	Informa sobre los posibles efectos secundarios del tratamiento como por ejemplo sequedad de la boca, náusea, molestias digestivas, estreñimiento, trastornos de la visión, cefalea, hipertensión ortostática			
8	Indica en la necesidad de abstenerse de consumir alcohol durante el tratamiento antituberculoso			
9	Informa al paciente el modo de la transmisión de la tuberculosis			
10	Proporciona instrucciones escritas para que el paciente le sirva de consulta como el horario de medicación, pruebas de esputo para comprobar la respuesta al tratamiento			
	Total			

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CIRROSIS HEPÁTICA

DEDICIÓN

La cirrosis es una enfermedad crónica del hígado que se caracteriza por alteraciones estructurales, cambios degenerativos y una desnutrición generalizada de los hepatocitos que alteran la función celular y dificultan el flujo sanguíneo.

.OBJETIVOS

- Aliviar el malestar del enfermo
- Evitar el desarrollo de complicaciones
- Promover en lo posible la recuperación del estado de salud del paciente

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Alteración en la nutrición por defecto

Puede asociarse, a una dieta incorrecta, incapacidad para digerir los nutrientes, anorexia, náusea, vómito, indigestión, ascitis, función intestinal anómala, etc.

Posiblemente se manifiesta por pérdida de peso, cambio en los ruidos y la función intestinal, escaso tono muscular, y alteración en las pruebas nutricionales.

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Estado Nutricional (NOC)

- Mostrará un aumento progresivo de peso así el objetivo marcado, con normalización de los valores clínicos individuales.
- No presentara más signos de desnutrición

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Terapéutica Nutricional (NIC)

- Evaluar el riesgo de desnutrición del paciente. Entre el 85% y 90% de la sangre que abandona el estómago y el intestino, transporta nutrientes al

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

hígado donde se transforman en sustancias que el organismo puede asimilar. El enfermo con difusión hepática suele presentar desnutrición a causa de una ingesta dietética insuficiente como por ejemplo mala selección de alimentos, preferencias de alcohol en vez de comida y puede padecer un síndrome de mala absorción, incapacidad para digerir los nutrientes, anorexia, náusea, vómito, indigestión.

- Determinar el interés por la comida y la capacidad de masticar deglutir y gustar. Explicar los hábitos alimentarios, incluyendo preferencias de alimentos, intolerancias, aversiones, Registrar la disponibilidad del sistema de apoyo. Son factores que afectan a la ingestión y digestión de los nutrientes.
- Pesar al paciente según este indicado. Comparar los cambios de estado hídrico, antecedentes recientes de peso. Puede ser difícil la aplicación del peso como indicador indirecto del estado nutricional ante la presencia de ascitis.
- Ayudar y animar al enfermo a comer, explicar los motivos de los tipos de dieta, alimentar al paciente si se cansa con facilidad o solicitar a los allegados que lo hagan, tener en cuenta las preferencias de alimentos. La mejoría del estado nutritivo es fundamental para la recuperación. Es posible que el paciente coma mejor si se implica a la familia y se incluye en la medida de lo posible los alimentos preferidos. El paciente y los familiares deben comprender la restricción de proteínas y como cubrir de forma óptima las necesidades dentro de las limitaciones.
- Recomendar que ingiera todas las comidas y complementos. El paciente puede mostrar una falta de interés en la comida a causa de la náusea, el cansancio suele ser el primer síntoma que se refiere, debilidad generalizada, malestar.
- Ofrecer frecuentes comidas poco abundantes, la escasa tolerancia a las comidas abundantes puede estar causada por el incremento de la presión intraabdominal por la ascitis.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Limitar los alimentos ricos en sal como por ejemplo sopas y verduras enlatadas, carnes procesadas, condimentos, y proporcionar sustitutos de la sal en caso permitido, evitar los que contengan amoníaco. La restricción de sal puede ayudar a evitar las complicaciones hídricas de la cirrosis como es la ascitis o edema hístico, los sustitutos de la sal potencian el sabor de los alimentos y ayudan a aumentar el apetito, el amoníaco incrementa el riesgo de encefalopatías.
- Restringir la ingesta de caféina y de alimentos que producen gas o muy condimentados o excesivamente calientes o fríos. Ayudándonos a reducir la irritación gástrica, la diarrea y las molestias abdominales que pueden deteriorar la ingesta oral y la digestión.
- Recomendar y proporcionar frecuentes cuidados orales especialmente antes de las comidas. El paciente tiende a sufrir dolor, sangrado de las encías y a tener un gusto desagradable en la boca que contribuye a la anorexia.
- Ayudar con las actividades según la necesidad, fomentar periodos de descanso sin interrupciones, especialmente antes de las comidas. El ahorro de energía reduce la demanda metabólica sobre el hígado y favorece la regeneración celular
- Recomendar al paciente el dejar de fumar, reduce una estimulación gástrica excesiva, el riesgo de irritación y las hemorragias hemorragia

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Revisar las pruebas de laboratorio como por ejemplo glucemia, prealbúmina, albúmina, proteína total, amoníaco. La glucosa puede estar reducida a causa de la alteración de la glucogénesis, las proteínas pueden estar reducidas a causa de la alteración del metabolismo, disminución de la síntesis hepática o perdida en la cavidad peritoneal (ascitis). La desnutrición proteica calórica contribuye aún más al desarrollo de un hígado graso y al deterioro funcional. El incremento de amoníaco puede

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

requerir una restricción de la ingesta de proteínas para prevenir complicaciones graves.

- Mantener el estado de NPO en caso de prescripción médica indicado. Puede ser necesario un reposo gastrointestinal en enfermos agudos para reducir las demandas sobre el hígado y la producción de amoniaco y urea en el sistema digestivo. En estos casos se debe utilizar una nutrición por otras vías como por ejemplo una alimentación enteral o parenteral.
- Determinar las necesidades nutricionales utilizando métodos adecuados como por ejemplo gasto energético total y índice de masa corporal,
- Consultar con el dietista para proporcionar una dieta rica en calorías y carbohidratos simples, pobre en grasa y pobre o moderada en proteínas, limitar el sodio según necesidad, proporcionar suplementos líquidos según se indique. Son deseables alimentos ricos en calorías ya que la ingesta del enfermo suele ser limitada. Los carbohidratos aportan una energía de disponibilidad rápida. Las grasas se observen mal a causa de la disfunción hepática y pueden contribuir a las molestias abdominales. Las proteínas son necesarias para aumentar las concentraciones de proteínas en el suero(reduciendo el edema) y para favorecer la regeneración de hepatocitos , sin embargo las proteínas también pueden elevar la concentración de amoniaco y se deben restringir si este es el caso o si el paciente presenta signos clínicos de encefalopatías hepáticas . Además estos individuos toleran mejor las proteínas de origen vegetal que las de origen animal.
- Administrar los medicamentos siguiendo las indicaciones médicas, el enfermo puede presentar algún déficit vitamínico a causa de malos hábitos alimentarios anteriores. Además el hígado dañado puede ser incapaz de utilizar las vitaminas y puede existir anemia (por la deficiencia de hierro o ácido fólico). Se puede utilizar las enzimas digestivas para estimular la digestión de las grasas y reducir la incidencia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

de diarrea. Puede utilizar antieméticos con precaución para reducir la náusea y vomito e incrementar la ingesta oral.

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Exceso de Volumen de líquido

Puede asociarse al deterioro de los mecanismos reguladores como por ejemplo síndrome de hormona antidiurética insuficiente, proteínas plasmáticas reducidas, desnutrición.

Puede manifestarse por edema, anasarca, ganancia de peso, oliguria, alteración de la densidad relativa de la orina, disnea, ruidos respiratorios, accesorios, derrame pleural, ingurgitación yugular positiva, alteración de la concentración de electrolitos y cambios en el estado cognitivo.

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

Balance Hídrico (NOC)

Demostrara un volumen de líquido estable, con balance hídrico, peso estable, signos vitales dentro de los valores de referencia del paciente y ausencia de edema.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de Líquidos y Electrolitos (NIC)

- Evaluar el estado respiratorio, observando incremento de la frecuencia respiratoria, disnea. Son indicativos de congestión pulmonar.
- Vigilar la presencia de arritmias cardíacas, auscultar los ruidos cardíacos, observando la presencia del ritmo de galope, puede estar causado por insuficiencia cardíaca, disminución de la perfusión coronaria arterial o desequilibrio electrolítico.
- Evaluar el grado de edema periférico como las extremidades inferiores. El desplazamiento de los líquidos hacia los tejidos es debido a la retención de sodio y agua, disminución de la albumina y aumento de la hormona antidiurética (ADH).

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Fomentar el reposo en cama cuando exista ascitis. Puede favorecer la diuresis inducida por la posición decúbite del paciente.
- Proporcionar frecuentes cuidados orales, hielo picado en ocasiones especialmente si el paciente se encuentra en NPO. disminuyendo la sensación de sed especialmente cuando la ingesta de líquidos está restringido.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Revisar la albumina sérica y los electrolitos especialmente potasio y sodio. Una disminución de la albumina sérica afecta la presión osmótica coloidal, provocando la formación de edema. La reducción de flujo sanguíneo renal acompañada por un incremento de la concentración de ADH (hormona antidiurética) y de aldosterona y el uso de diuréticos para reducir el líquido corporal total, puede causar varios desequilibrios de electrolitos.
- Observar radiografías torácicas ya que congestión vascular, edema pulmonar y los derrames plurales son frecuentes.

3.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo del deterioro de integridad cutánea

Los factores de riesgo pueden incluir, alteraciones circulatorias o del estado metabólico, acumulación de sales biliares en la piel, escasa turgencia cutánea, prominencia ósea, presencia de edema y ascitis.

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

Control de Riesgo (NOC)

Conservara una integridad cutánea, identificara factores de riesgo individuales y mostrara conductas y técnicas para prevenir el deterioro cutáneo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Vigilancia de la Piel (NIC)

- Inspeccionar rutinariamente la superficie cutánea y los puntos de presión. Masajear suavemente las prominencias óseas o zonas de estrés persistentes. Utilizar lociones emolientes, limitar el uso de jabón para el baño. Los tejidos edematosos tienen mayor tendencia deteriorarse y a presentar úlceras por decúbito. En las cirrosis graves, la ascitis puede estirar la piel hasta el punto de lesionarla.
- Recomendar al paciente elevar las piernas. Estimula el retorno venoso y reduce la formación de edema en las extremidades.
- Mantener las sábanas secas y sin arrugas. La humedad agrava el prurito y aumenta el riesgo de deterioro cutáneo
- Recomendar al paciente tener la uñas cortas, proporcionar guantes en caso indicado, previene que el paciente se lesione accidentalmente la piel, en especial mientras duerme.
- Fomentar los cuidados perineales tras la micción y la defecación, previene la excoriación cutánea causada por degradación de las sales biliares.
- Aplicar loción de calamina y proporcionar baños de bicarbonato, puede aliviar el prurito.
- Administrar fármacos con hidroxizina, colestiramina, colestipol, según indicación médica, aunque se desconoce la causa del prurito se puede asociar con la ictericia o las sales biliares en la piel y puede responder a estos tratamientos.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo del patrón Respiratorio Ineficaz

Los factores de riesgo pueden incluir acumulación de líquido intraabdominal (ascitis), expansión pulmonar reducida, acumulación de secreciones, energía reducida, cansancio, etc.

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

Estado Respiratorio, Ventilación (NOC)

Conservar un patrón respiratorio eficaz; no presentara disnea o cianosis.

INTERVENCIÓN DE ENFERMARÍA

Asistencia en la Ventilación (NIC)

- Vigilar la frecuencia, profundidad y esfuerzo respiratorio. Puede existir disnea a causa de la hipoxia o de la acumulación de líquidos en el abdomen.
- Mantener la cabecera de la cama elevada. Facilita la respiración al reducir la presión sobre el diafragma al tiempo que se minimiza el riesgo de aspiración de secreciones.
- Fomentar frecuentes cambios de posición y ejercicios de respiración profunda o tos según la necesidad. Ayuda a la expansión pulmonar y a movilizar las secreciones.
- Vigilar la temperatura, registrar la presencia de escalofríos aumentos de la tos, así como cambios en el aspecto del esputo.

Actividades conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Observar oximetría de pulso, medidas de capacidad vital, radiografías torácicas los cuales nos revelan cambios en el estado respiratorio, desarrollo de complicaciones respiratorias

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Proporcionar oxígeno complementario según se indique puede ser necesario para tratar o prevenir la hipoxia si la oxigenación es insuficiente.
- Ayudar con los accesorios respiratorios como por ejemplo la espirometría incentivada, reduce la incidencia de atelectasia, potencia la movilización de secreciones.
- Asistir en los procedimientos de cuidados a pacientes agudos como por ejemplo paracentesis que en muchas ocasiones se utiliza para eliminar el líquido ascítico y aliviar la presión abdominal cuando la insuficiencia respiratoria no se corrige de otro modo.

5.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de Lesiones (hemorragia)

Los factores de riesgo pueden incluir perfiles sanguíneos anómalos, factores de coagulación, alterados, hipertensión portal, desarrollo de varices esofágicas.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Estado de Coagulación (NOC)

Mantendrá la homeostasis con ausencia de hemorragia

Control de Riesgo (NOC)

Demostrara conductas para reducir el riesgo de hemorragias

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Prevención de Hemorragias (NIC)

- Evaluar los signos de hemorragias digestivas por ejemplo revisar todas las secreciones en busca de sangre manifiesta u oculta. Observar el color y la consistencia de las heces, el drenaje nasogástrico o el vómito. El tracto digestivo es la fuente más habitual de hemorragias debido a la

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

fragilidad de su mucosa y alteraciones de la homeostasia asociadas con la cirrosis.

- Observar la presencia de petequias, equimosis, hemorragia en una o más zonas. Se puede producir una coagulación vascular diseminada subaguda secundaria a la alteración de los factores de coagulación.
- Observar cambios en el estado cognitivo o nivel de conciencia. Los cambios pueden indicar una disminución de la perfusión cerebral secundaria a hipovolemia, hipoxemia.
- Fomentar el uso de un cepillo de dientes suave, máquinas de afeitar eléctricas, evitar los esfuerzos al defecar o sonarse con fuerza la nariz, etc. En presencia de trastornos de los factores de coagulación, un traumatismo mínimo puede causar hemorragias.
- Utilizar agujas pequeñas para las inyecciones. Aplicar presión a los sitios de punción venosa durante más tiempo de lo habitual, minimiza el daño a los tejidos y reduce el riesgo de hemorragia o hematoma.
- Tener cuidado con la utilización de medicamentos que contiene ácido acetilsalicílico. Ya que prolonga la coagulación y potencia el riesgo de hemorragia.

Actividades Conjuntas con el Equipo multidisciplinario

- Administrar la medicación según indicación médica, como complementos vitamínicos lo que favorece la síntesis de protrombina y la coagulación si el hígado es funcional, la deficiencia de vitamina C aumenta la susceptibilidad del sistema digestivo a irritación y hemorragias, la utilización de ablandadores de heces evitara que el paciente realice esfuerzo al defecar.
- Asistir con la inserción y mantenimiento de la sonda digestiva o la sonda esofágica. Controla temporalmente la hemorragia de las varices esofágicas cuando no se puede controlar por otros medios.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Preparar a los pacientes para los procedimientos, como por ejemplo ligaduras directas de las varices, resección esofagogastrica. Pueden ser necesarios estos procedimientos para controlar una hemorragia activa o puede reducir la presión en los vasos portales y colaterales para minimizar el riesgo de hemorragias recurrentes.

6.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de confusión aguda

Dentro de los factores de riesgo se puede incluir abuso del alcohol, incapacidad del hígado para metabolizar ciertas enzimas o fármacos.

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Estado Cognitivo (NOC)

Mantendrá el estado cognitivo habitual en relación con la realidad y la orientación iniciara modificaciones de conducta y de estilo de vida para prevenir o minimizar la recurrencia.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Orientación de la Realidad (NIC)

- Observar cambios de comportamiento y estado cognitivo por ejemplo letargo, confusión, somnolencia, hablar lento, irritabilidad. Despertar al paciente a intervalos según lo indique. Es importante realizar una evaluación continua del comportamiento y del estado cognitivo por la naturaleza fluctuante de un coma hepático inminente.
- Revisar el régimen terapéutico actual. Las reacciones adversas o interacciones de fármacos como por ejemplo la cimetidina con antiácido puede potenciar la confusión.
- Evaluar el horario de descanso y sueño las dificultades del sueño conducen a la falta del mismo y una disminución del estado cognitivo y letargo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Consultar con los allegados sobre la conducta y el estado cognitivo habitual del paciente. Proporciona una base de referencia para comparar con el estado actual.
- Solicitar al paciente que escriba periódicamente su nombre y conservar este registro para su comparación, informar del deterioro de esta capacidad, solicitar al paciente que realice operaciones aritméticas sencillas. Son pruebas sencillas del estado neurológico y de la coordinación muscular.
- Reorientar en tiempo y en espacio al paciente y la situación según la necesidad. Ayudar a mantener la orientación en la realidad reducir la confusión y la ansiedad.
- Mantener un entorno agradable y tranquilo y abordar al paciente lenta y calmadamente. Facilitar periodos de reposo sin interrupción, reduce los estímulos intensos y la sobrecarga sensorial, favorece la relajación del paciente y puede potenciar el afrontamiento.
- Propiciar continuidad en los cuidados. En caso posible asignar a una misma enfermera durante un periodo de tiempo, La familiaridad proporciona tranquilidad ayuda a reducir la ansiedad.
- Reducir los estímulos fuertes, la confrontación, no forzarle a realizar actividades, evaluar las posibilidades de una conducta violenta.
- Explicar la situación actual y las expectativas del futuro. El paciente y su familiares pueden sentirse tranquilos de que la función intelectual al igual que la emocional pueden mejorar a medida que se resuelve la afección hepática.
- Mantener el reposo del paciente en cama y ayudar con las actividades de autocuidado. Reduce las demandas metabólicas del hígado, previene el cansancio y favorece la curación, disminuyendo el riesgo de acumulación de amoniaco
- Identificar las necesidades de seguridad como por ejemplo mantener la cama en posición baja, subir los barandales laterales y almohadillas en

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

caso necesario. Reduce el riesgo de lesiones cuando el paciente está confundido, presenta convulsiones o conductas violentas.

- Investigar los aumentos de temperatura, buscar signos de infección. Las infecciones pueden desencadenar una encefalopatía hepática causada por el catabolismo hístico y la liberación de nitrógeno.
- Eliminar o restringir la proteína dietética, proporcionar complementos de glucosa y una hidratación adecuada.
- Administrar los medicamentos según se indique : inmunosupresores por ejemplo corticoesteroides, metotrexato, ciclosporina, estos fármacos pueden inhibir las reacciones inmunológicas que median en el proceso inflamatorio y a evolución de la enfermedad, los electrolitos, corrigen los desequilibrios y puede mejorar la función cerebral y el metabolismo del amoníaco, los ablandadores de heces, enemas, lactulosa, se utiliza en pacientes con encefalopatías hepáticas para reducir diariamente el amoníaco. Los bactericidas, neomicina y kanamicina destruye las bacterias intestinales reduciendo la producción de amoníaco para prevenir las encefalopatías.
- Administrar oxígeno si el medico lo indica complementario, el estado cognitivo se ve afectado por la concentración de oxígeno y su aprovechamiento en el cerebro
- Asistir con los procedimientos según se indique por ejemplo diálisis, plasmaféresis o perfusión hepática extracorpórea. Se puede utilizar para reducir la concentración sérica de amoníaco si se produce una encefalopatía o si otras medidas resultan ineficientes.

7.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Autoestima trastornos de la imagen corporal

Puede asociarse a cambios biofísicos o alteración del aspecto físico, incertidumbre sobre el pronóstico cambios en la función del rol, vulnerabilidad personal, comportamiento autodestructivo (enfermedad inducida por el alcohol).

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Posiblemente se manifieste por verbalización del cambio del estilo de vida, temor de rechazo o las reacciones de otras personas, sentimientos negativos sobre el cuerpo, sentimientos de desamparo de desesperanza o impotencia.

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Autoestima (NOC)

Verbalizara la comprensión de los cambios y la aceptación de sí mismo en la situación actual indicara sentimientos y forma de afrontar la percepción negativa de sí mismo.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA:

Mejorar la autoestima (NIC)

- Describir la situación y fomentar la verbalización de los temores y preocupaciones. Explicar la reacción entre la naturaleza de la enfermedad y los síntomas. El paciente es muy sensible a los cambios corporales y también puede experimentar sentimientos de culpa cuando las causas están relacionadas con el consumo de alcohol u otras drogas.
- Apoyar y animar al paciente, proporcionar cuidados con una actitud positiva y amistosa. En ocasiones los cuidadores permiten que sus juicios afecten al cuidado del paciente, necesitan realizar un gran esfuerzo para ayudar a que este se sienta valorado como persona.
- Animar a los familiares y allegados a verbalizar sus sentimientos, a visitar con frecuencia al enfermo y a participar en sus cuidados. Los familiares pueden sentirse culpables del estado del paciente y pueden tener su muerte inminente. Necesitan un apoyo emocional sin juicios y libre acceso al enfermo. La participación en su cuidado les hace sentir útiles y favorece la confianza entre en personal hospitalario, el paciente y los allegados.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Ayudar al paciente y allegados a afrontar el cambio de aspecto, recomendar ropa que no destaque el aspecto alterado. El enfermo puede tener el aspecto poco atractivo como resultado de la ictericia, ascitis y las zonas de equimosis.
- Realiza el informe de enfermería de las actividades realizadas

OBSERVACIONES

Las encefalopatías hepáticas: El amoniaco se produce por la degradación bacteriana de proteínas y otros compuestos nitrogenados en el intestino.

Cuando el hígado está dañado, no puede metabolizar sustancias que a veces son toxicas para el cerebro, como el amoniaco, mercaptano y aminoácidos.

Las alteraciones tienden a seguir cuatro pasos:

- a.- Estadio1 Desorientación, disminución de la atención, disminuciones tiempo de respuesta, perdida de la memoria, agitación irritabilidad, cambios en el patrón del sueño.
- b.- Estadio 2 confusión, incoherencia, somnolencia, apraxia
- c.- Estadio3 Asterixis, incoherencia, estupor, hiperventilación
- d.- Estadio4 Reflejo de Babinsky positivo, postura de descerebración, factor hepático, coma.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Fuentes, C., & Alfins, J. S. (2012). Manual de Enfermería Intensiva. Girona, España: Documenta Universitario

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 13***Estándar de atención de enfermería en pacientes con cirrosis hepática***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Consulta con el Nutricionista para que proporcione al paciente una dieta rica en calorías y carbohidratos simples.		
2	Recomienda al paciente el dejar de fumar		
3	Observa cambios en el estado cognitivo o nivel de conciencia.		
4	Evalúa el grado de edema periférico especialmente en los miembros inferiores		
5	Solicita al paciente que escriba periódicamente su nombre y conservar este registro para su comparación, informar del deterioro de esta capacidad		
6	Inspecciona la superficie cutánea y puntos de presión.		
7	Investiga los aumentos de temperatura, buscar signos de infección.		
8	Fomenta cambios de posición del paciente y ejercicios de respiración profunda o tos según la necesidad.		
9	Describe la situación y fomentar la verbalización de los temores y preocupaciones.		
10	Describe las actividades realizadas en la hoja de informes de enfermería		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE EGRESO DEL PACIENTE CON CIRROSIS HEPÁTICA

OBJETIVO

Ayudar al paciente a sobre llevar su enfermedad fuera del ambiente hospitalario, informarle sobre la enfermedad, aparición de síntomas clínicos y evitar posibles complicaciones.

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento, autocuidado y necesidades para el alta

Puede asociarse a la falta de la memoria, mala interpretación de la información, falta de familiaridad con los recursos informativos

Puede manifestarse a través de preguntas y necesidad de información

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Conocimiento: Cuidado de la Enfermedad (NOC)

Verbalizar la comprensión del proceso patológico, el pronóstico y las posibles complicaciones, correlacionara los síntomas con las posibles causas.

Conocimiento; Conductas saludables (NOC)

Iniciará las modificaciones necesarias del estilo de vida y participara en los cuidados

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Enseñanza: Proceso patológico (NIC)

- Revisar el proceso patológico y las expectativas del futuro. Proporciona una base de conocimiento sobre la cual el paciente puede tomar decisiones informadas.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Destacar la importancia de evitar el alcohol. Proporcionar información sobre los servicios extrahospitalarios disponibles para ayudar a la rehabilitación alcohólica en caso necesario. El alcohol es una de las principales causas del desarrollo de la cirrosis
- Informar al paciente sobre los efectos adversos de la medicación con la cirrosis y la importancia de consumir solamente fármacos prescritos o autorizados por un profesional de la salud. Algunos fármacos son hepatotòxicos además el hígado lesionado tiene menor capacidad para metabolizar todos los fármacos, lo que potencia los efectos acumulativos y agrava la tendencia a las hemorragias.
- Ayudar al paciente a identificar a personas de apoyo, debido a la duración de la recuperación el riesgo de recaída y la convalecencia lenta, los sistemas de apoyo son muy importantes para mantener las modificaciones e conducta.
- Un mantenimiento correcto en la dieta evitando los alimentos ricos en sodio y proteínas ayudan a que remitan los síntomas y a prevenir la acumulación de amoniaco y más daño hepático. Las instrucciones por escrito son beneficiosas para que el paciente las consulte en el domicilio.
- Destacar la importancia de los cuidados de seguimiento y el cumplimiento del régimen terapéutico. La naturaleza crónica de la enfermedad conlleva el riesgo de complicaciones potencialmente mortales, ofrece la oportunidad de evaluar la eficacia del régimen.
- Explicar la restricción de sodio y de sustitutos de sal y la necesidad de leer las etiquetas de los alimentos y fármacos, nos ayudara a minimizar la ascitis y la formación de edema.
- Promocionar actividades recreativas que disfrute el paciente. Prevenir el aburrimiento, facilita el descanso y minimiza la ansiedad y la depresión.
- Recomendarle que evite estar en lugares donde se encuentran personas con infecciones especialmente del tracto respiratorio superior.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Identificar peligros ambientales por ejemplo los productos de limpieza con tetracloruro de carbono puede desencadenar una recaída.
- Enseñarle al paciente y la familia los síntomas como por ejemplo el aumento del diámetro abdominal, pérdida o ganancia rápida de peso, aumento del edema periférico, aumento de la disnea, fiebre, presencia de sangre en las heces u orina, hemorragia excesiva de cualquier tipo, ictericia. La referencia inmediata de los síntomas reduce el riesgo de mayor lesión hepática y ofrece la oportunidad para tratar las complicaciones antes de que sean potencialmente mortales.
- Identificar cualquier signo de confusión, desaliño, temblores o cambios de personalidad. Estos cambios pueden ser detectados por los familiares con mayor facilidad

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Fuentes, C., & Alfins, J. S. (2012). Manual de Enfermería Intensiva. Girona, España: Documenta Universitaria

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 14***Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso en pacientes con cirrosis hepáticas***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Proporciona información sobre los servicios extrahospitalarios disponibles para ayudar a la rehabilitación alcohólica en caso necesario.		
2	Informa al paciente sobre los efectos de la medicación con la cirrosis y la importancia de consumir solamente fármacos prescritos o autorizados por un profesional de la salud.		
3	Recomienda al paciente que evite estar en lugares donde se encuentren personas con infecciones especialmente del tracto respiratorio		
4	Destaca la importancia de una buena nutrición, recomienda que evite alimentos ricos en proteínas, sal, cebolla y alimentos fermentados.		
5	Destaca la importancia de los cuidados de seguimiento y cumplimiento del régimen terapéutico..		
6	Identifica cualquier signo de confusión, desaliño, temblores o cambios de personalidad		
7	Recomienda programas de actividades con periodos suficientes de reposo.		
8	Enseña al paciente y la familia los síntomas como por ejemplo el aumento del diámetro abdominal, pérdida o ganancia rápida de peso de peso, aumento del edema periférico, aumento de la disnea, fiebre, presencia de sangre en las heces u orina, hemorragia excesiva de cualquier tipo, ictericia		
9	Identificar signos de confusión, temblores o cambios de personalidad		
10	Revisa e informa al paciente sobre el proceso patológico y las expectativas del futuro.		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON PANCREATITIS AGUDA

DEFINICIÓN

Es un trastorno inflamatorio doloroso en el cual las enzimas pancreáticas se activan provocando lesión tisular, respuesta inflamatoria y compromiso variable de otros tejidos o sistemas orgánicos distales.

OBJETIVO

Brindar una atención de enfermería con conocimiento científico y apegado a la realidad de nuestros pacientes.

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor Agudo

Puede asociarse a obstrucción de conductos pancreáticos o biliares, contaminación química de las superficies peritoneales por auto digestión del páncreas, extensión de la inflamación del plexo nervioso retroperitoneal.

Posiblemente se manifiesta por, dolor, alteración del tono muscular, conductas de protección o distracción.

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Control del Dolor (NOC)

Referirá alivio o control del dolor, seguirá el régimen terapéutico prescrito

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral del Dolor (NIC)

- Investigar las referencias verbales de dolor observando localización específica e intensidad (escala del 0 al 10). Registrar los factores que agravan o alivian el dolor. El dolor suele ser difuso intenso e implacable en la pancreatitis aguda o hemorrágica. El dolor intenso suele ser el

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

principal síntoma del enfermo con pancreatitis crónica. Un dolor aislado en el cuadrante superior derecho es indicativo de afección de la cabeza del páncreas. Dolor en el cuadrante superior izquierdo es indicativo que la afección está en la cola del páncreas. Un dolor localizado puede indicar el desarrollo de pseudoquistes o abscesos.

- Mantener el reposo en cama durante la crisis aguda y proporcionar un entorno tranquilo. Reduce la tasa metabólica y la estimulación digestiva reduciendo así la actividad pancreática.
- Fomentar posiciones cómodas por ejemplo sobre un lado, con las rodillas flexionadas, sentado e inclinado hacia delante. Reduce la presión abdominal proporcionando cierto alivio de dolor
- Proporcionar medidas adicionales de confort, recomendar técnicas de relajación, actividades lúdicas..
- Mantener el entorno libre de olor a comida. La estimulación sensorial puede activar las enzimas pancreáticas, aumentando el dolor.
- Mantener una limpieza escrupulosa de la piel, especialmente en presencia de fistulas que drenan en la pared. Las enzimas pancreáticas pueden digerir la piel y los tejidos de la pared abdominal, causando una quemadura química.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- No administrar alimentos o líquidos, según se indique. El paciente debe mantenerse con NPO hasta que el dolor y la náusea se alivien para reducir la liberación de enzimas pancreáticas y el dolor resultantes.
- Mantener la aspiración gástrica cuando se use. Se puede utilizar una sonda gástrica cuando los pacientes con íleo o vómito persiste para prevenir la acumulación de secreción gástrica y la actividad de las enzimas pancreáticas.
- Preparar para intervención quirúrgica en caso indicado por el médico. Puede ser necesario una exploración quirúrgica en caso de dolor

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

implacable o de complicaciones que afecten a los conductos biliares como por ejemplo abscesos y pseudoquistes pancreáticos.

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de déficit de volumen de líquidos

Los factores de riesgo pueden incluir pérdidas excesivas como vómito, secreción gástrica, incremento del tamaño del lecho vascular, desplazamiento de tejido al tercer espacio, formación de ascitis alteración de la coagulación, hemorragias.

Resultados Esperados / Criterios de Evaluación

Hidratación (NOC)

Conservara una hidratación adecuada, evidenciada por signos vitales estables, buena turgencia cutánea, llenado capilar rápido, pulso periférico fuerte, y una diuresis adecuada.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de líquidos y electrolíticos (NIC)

- Vigilar signos vitales especialmente tensión arterial. El secuestro de líquidos, las hemorragias y la liberación de vasodilatadores y factores depresores cardiacos desencadenados por la isquemia pancreática pueden provocar una profunda hipotensión.
- Investigar los cambios del sentido sensorial como por ejemplo confusión, respuestas lentas, los cambios pueden estar asociados con hipovolemia, hipoxia, desequilibrio de electrolitos o delirium tremens, una grave enfermedad pancreática puede causar una psicosis tóxica.
- Medir balance hídrico incluyendo vomitó, aspirado gástrico, diarrea. Calcular el balance hídrico de 24 horas, según indicadores de necesidad de reposición y de la eficacia del tratamiento.
- Observar disminución de la diuresis (inferior a 400ml /24 horas). Se puede producir oliguria como señal de insuficiencia renal o de una

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

necrosis tubular aguda, en relación con un incremento de la resistencia vascular o de una alteración del flujo sanguíneo renal.

- Registrar el color y las características del drenaje gástrico, comprobar la presencia de sangre oculta. El riesgo de hemorragia gástrica es elevado.
- Pesar según se indique, correlacionar con un equilibrio hídrico estimado. La pérdida de peso puede indicar hipovolemia, sin embargo el edema, la retención de líquidos y la ascitis se pueden reflejar por un incremento o peso estable, incluso en presencia de emanación muscular.
- Observar turgencia cutánea, piel y mucosas secas, referencia de sed. Son otros indicadores fisiológicos de deshidratación.
- Registrar la presencia de edema periférico, y en zonas declives. Medir la circunferencia abdominal si existe ascitis. Se produce desplazamiento de líquidos, edema como resultado de una mayor permeabilidad vascular, retención de sodio y disminución de la presión osmótica coloidal. La pérdida de líquidos de 6l/48h es signo de mal pronóstico.
- Inspeccionar la piel en busca de petequias, hematomas y heridas inusuales o hemorragias por punciones venosas. Observar hematuria, sangrado de mucosas y contenido gástrico sanguinolento. Se puede iniciar una coagulación intravascular diseminada, por la liberación de proteasas pancreáticas activas a la circulación, los órganos más frecuentes afectados son los riñones, piel y los pulmones.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Administrar fluidoterapia según se indique por ejemplo solución salina, albumina, sangre o hemoderivados. La elección de soluciones para la fluido terapia puede tener menos importancia que la rapidez y la cantidad de volumen de reposición. Se puede utilizar soluciones salinas o albumina para favorecer la movilización del líquido de nuevo al espacio vascular.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Reponer electrolitos sodio, potasio, cloro, calcio, según se indique. La reducción de la ingesta oral y las perdidas excesivas afectan en gran medida al equilibrio electrolítico y acido básico, que es necesario para obtener una función celular óptima.

3.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición por defecto

Puede asociarse a vómito, disminución de la ingesta oral, restricciones dietéticas prescritas, pérdida de enzimas digestivas y de insulina.

Posiblemente se manifiesta por insuficiente ingesta de alimentos aversión por los alimentos, alteración del sentido del gusto, falta de interés por la comida adelgazamiento, escaso tono muscular.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Estado Nutricionales (NOC)

Mostrará una ganancia de peso, con normalización de los valores clínicos, no mostrara signos de desnutrición.

Conocimiento: Dieta (NOC)

Mostrará cambios de conducta y de estilo de vida para recuperar o mantener el peso adecuado

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

- Evaluar el abdomen observando la presencia y las características de los ruidos intestinales, dilatación abdominal y la presencia de nausea. Con frecuencia se observa dilatación gástrica y atonía intestinal. El retorno de los ruidos intestinales y el alivio de los síntomas son una señal para retirar la sonda de aspiración gástrica.
- Ayudar al paciente a seleccionar alimentos y líquidos que cubran sus necesidades y restricciones nutricionales cuando se reinicie la dieta. Los

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

hábitos dietéticos previos puede no ser los adecuados para las necesidades actuales de generación hística y curación.

- Observar el color, consistencia y la cantidad de las heces. Registrar la presencia de heces con consistencia espumosa y maloliente. Se puede producir una esteatorrea por la digestión incompleta de las grasas.

Atención Integral de la hiperglucemia (NIC)

- Observar signos de incremento de sed y de micción o cambios en el estado cognitivo y la actividad visual. Puede advertir la presencia de hiperglucemia asociada con el aumento de la liberación de glucagón o disminución de la liberación de insulina.
- Realizar la pruebas de glucemia a nivel capilar. La detección precoz de la utilización inadecuada de glucosa puede prevenir la aparición de una crisis hiperglucémica. Puede ser necesaria la administración intravenosa de insulina para mantener la glucemia dentro de los valores normales.
- Reiniciar lentamente la ingesta oral con dieta líquida absoluta rica en proteínas y carbohidratos cuando se indique. Una alimentación oral demasiado precoz en el curso de la enfermedad puede agravar los síntomas. La pérdida de función pancreática puede requerir iniciar una dieta diabética.

Atención Integral de la Nutrición (NIC)

- Administrar la medicación según se indique vitaminas, por ejemplo A; D; E; K., es necesario su reposición ya que el metabolismo de las grasas esta alterado, reduciendo la absorción de las vitaminas liposolubles.
- Reposición de enzimas como por ejemplo pancreatina, lipasa pancreática. Se usa en las pancreatitis crónicas para corregir las deficiencias, estimular la digestión y absorción de nutrientes.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de infección

Los factores de riesgo pueden incluir, estasis de líquidos corporales, peristaltismo alterado, cambios en el PH de la secreción inmunosupresión, deficiencias nutricionales destrucción de tejido, enfermedad crónica.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Estado Inmunológico (NOC)

Se lograra una curación rápida, no presentara signos de infección

Control de Riesgo (NOC)

Participara en actividades para reducir el riesgo de infección

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Prevención de las Infecciones (NIC)

- Aplicar una técnica estrictamente aséptica al cambiar los vendajes quirúrgicos o al trabajar con las vías intravenosas, catéteres sondas permanentes o drenajes. Cambiar con rapidez los vendajes manchados. Limita las fuentes de infección, que puede causar sepsis de un enfermo inmunodeprimido.
- Destacar la necesidad de una buena técnica de lavado de manos, reduce el riesgo de contaminación cruzada.
- Observar la frecuencia y las características de la respiración, de los ruidos respiratorios. Registrar la presencia de tos y producción de esputo. Las complicaciones pulmonares ya que la pancreatitis incluyen atelectasias, derrame pleural, neumonía, síndrome de insuficiencia respiratoria aguda. La acumulación de líquido ascítico puede elevar el diafragma y entorpecer respiración abdominal.
- Recomendar frecuentes cambios de posición, respiración profunda y tos, ayudar con la deambulacion en cuanto se establezca. Fomentar la

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

ventilación de todos los segmentos pulmonares y favorece la movilización de la secreción.

- Observar signos de infecciones como por ejemplo fiebre e insuficiencia respiratoria junto con ictericia. La ictericia colestasica y la disminución de la función pulmonar puede ser el primer signo de sepsis. Incremento de dolor abdominal, rigidez y dolor a la palpación con rebote, disminución o ausencia de ruidos intestinales. Fiebre superior a 38°C, leucocitosis, hipotensión, taquicardia y escalofríos. Los abscesos se pueden producir dos o más semanas después de la aparición de la pancreatitis, y se debe sospechar su presencia siempre que el estado del paciente se deteriore a pesar de las medidas de soporte.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Obtener muestras para cultivo como por ejemplo sangre, heridas, orina, esputo o aspirado pancreático. Identifica la presencia de la infección y el microorganismo casual.
- Preparar al paciente para la intervención quirúrgica según necesidad. Los abscesos se pueden drenar quirúrgicamente con la resección del tejido necrótico.

5.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo del patrón respiratorio ineficaz/ deterioro del intercambio gaseoso

Los factores de riesgo pueden incluir, dolor al respirar, dilatación abdominal superior, derrame pleural, cambios en la membrana capilar o alveolar, edema intersticial, congestión pulmonar.

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

Estado Respiratorio (NOC)

Conservara una ventilación adecuada con una frecuencia y ritmos respiratorios normales para el paciente, ruidos respiratorios limpios y sin disnea.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Estado Respiratorio Intercambio Gaseoso (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Observación de la Respiración (NIC)

- Evaluar la frecuencia y profundidad respiratoria, observar el esfuerzo respiratorio por ejemplo presencia de disnea, uso de músculos accesorios, ensanchamiento nasal. Las respuestas del paciente son variables, la frecuencia y los esfuerzos pueden aumentar con el dolor, la acumulación de secreciones o la dilatación abdominal. Se puede producir una inhibición respiratoria con el uso de analgésicos narcóticos. El diagnóstico y el tratamiento precoz de las anomalías respiratorias pueden prevenir complicaciones.
- Recomendar al enfermo que participe y se responsabilice de los ejercicios respiratorios. Cambiar frecuentemente de posición. Estimular la función respiratoria y la expansión pulmonar es eficaz para prevenir y resolver la congestión pulmonar.
- Reforzar la inmovilización del abdomen con almohadas durante las respiraciones profundas y la tos. Puede potenciar la eficacia del esfuerzo de tos
- Registrar incrementos de nerviosismo, confusión y letargo. Puede indicar una alteración del intercambio gaseoso, un posible síndrome de insuficiencia respiratoria aguda que requiere una evaluación e intervención rápida.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

- Administrar oxígeno complementario según se indique. Incrementa el oxígeno disponible para una oxidación óptima.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México:
McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires:
akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 15***Estándar de la atención de enfermería en pacientes con pancreatitis***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Investiga las referencias verbales de dolor observando localización específica e intensidad (escala del 0 al 10).		
2	Inspecciona la piel en busca de petequias, hematomas y heridas inusuales o hemorragias.		
3	Evalúa el abdomen observando la presencia y las características de los ruidos intestinales, dilatación abdominal y la presencia de náusea.		
4	Mantiene al paciente en reposo y ambiente tranquilo en cama durante la crisis aguda		
5	Mantiene una limpieza escrupulosa de la piel		
6	Evalúa el abdomen y características intestinales (ruidos intestinales, dilatación abdominal , presencia de náusea)		
7	Observa signos de infecciones como por ejemplo fiebre e insuficiencia respiratoria junto con ictericia, el incremento de dolor abdominal, rigidez y dolor a la palpación con rebote, disminución o ausencia de ruidos intestinales.		
8	Evalúa la frecuencia y profundidad respiratoria, observar el esfuerzo respiratorio		
9	Recomienda al enfermo que participe y se responsabilice de los ejercicios respiratorios, y cambiar frecuentemente de posición.		
10	Ayuda al paciente a controlar el incremento de nerviosismo, confusión y letargo.		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE EGRESO PARA PACIENTES CON PANCREATITIS

OBJETIVO

Informar al paciente sobre la importancia de cuidado en su domicilio para evitar complicaciones e indicar signos de alarma, para una atención adecuada y oportuna del personal de salud

1.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Déficit de conocimientos sobre la enfermedad, el tratamiento y autocuidado.

Falta de exposición o de memoria, mala interpretación de la información, falta de familiaridad con los recursos informativos, Se manifestara a través de preguntas.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Conocimiento: Cuidado de la Enfermedad (NOC)

Verbalizar la comprensión del proceso patológico y de las posibles complicaciones, verbalizar la comprensión de la necesidad terapéutica.

Realizar correctamente los procedimientos necesarios y explicar el motivo de las acciones iniciara las modificaciones necesarias del estilo de vida y participara en régimen de tratamiento.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Enseñanza del proceso patológico (NIC)

- Destacar la importancia de los cuidados de seguimiento y revisar los síntomas que se deben referir inmediatamente al médico por ejemplo reaparición del dolor, fiebre persistente, náusea o vómito, dilatación abdominal, heces espumosas y malolientes, intolerancia general a los alimentos. El prolongado periodo de recuperación requiere una supervisión estrecha para prevenir complicaciones.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Revisar la importancia de continuar inicialmente con una dieta blanda pobre en grasas, con comidas frecuentes y poco abundantes y restricción de cafeína. La comprensión del objetivo de la dieta de maximizar el aprovechamiento de enzimas a la vez que se evita la sobre estimulación del páncreas.
- Instruir en el uso de reposición de enzimas pancreáticas y la terapéutica de sales biliares, según se indique evitando la ingestión de alimentos o líquidos calientes. Si se ha producido un daño permanente al páncreas existirán deficiencias exocrinas que requieren su reposición a largo plazo. Los alimentos y bebidas calientes pueden inactivar las enzimas.
- Recomendar dejar de fumar. La nicotina estimula las secreciones gástricas y una actividad pancreática innecesaria.
- Describir los síntomas de una diabetes mellitus por ejemplo polidipsia, poliuria, debilidad adelgazamiento
- Indicar la importancia del control periódico con el medico
- Enseñar al paciente y la familia a sobrellevar la sintomatología y entenderla
- Dar por escrito las indicaciones en cuanto a su mediación y cuidados

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 16***Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso en pacientes con pancreatitis***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Explica al paciente sobre factores asociados a complicar su enfermedad como por ejemplo excesivo consumo de alcohol, trastornos de la vesícula biliar y la administración de algunos medicamentos.		
2	Explica al paciente sobre los síntomas que se debe referir inmediatamente al médico como es reaparición del dolor, fiebre persistente, náusea o vómito, dilatación abdominal, heces espumosas y malolientes, intolerancia general a los alimentos.		
3	Destaca la importancia de los cuidados de seguimiento del tratamiento		
4	Revisa la importancia de continuar inicialmente con una dieta blanda pobre en grasas, con comidas frecuentes y poco abundantes y restricción de cafeína.		
6	Instruye al paciente en el uso de reposición de enzimas pancreáticas y la terapéutica de sales biliares, según se indique evitando la digestión de alimentos o líquidos calientes..		
6	Se recomienda al paciente dejar de fumar.		
7	Describe e informa al paciente sobre la aparición de los síntomas de una diabetes mellitus por ejemplo polidipsia, poliuria, debilidad adelgazamiento		
8	Indicar la importancia de un control periódico con su medico		
9	Indicar al paciente y la familia a sobrellevar y entender la sintomatología de la patología		
10	Da instrucciones por escrito en cuanto a su mediación y cuidados en casa.		
	Total		

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ASISTENCIA DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICA

DEFINICIÓN

Se define como pérdida progresiva, permanente e irreversible de la tasa de filtración glomerular a lo largo de un tiempo variable a veces incluso de años, expresado por una reducción de aclaramiento de creatinina estimado $< 60\text{ml/min}$, también se puede definir como la presencia de daño renal persistente durante al menos tres meses, secundario a la reducción lenta, progresiva e irreversible del número de nefronas con el consecuente síndrome clínico derivado de la incapacidad renal para llevar a cabo funciones depurativas, excretoras, reguladoras y endocrino-metabólicas. (Gómez, 2012)

OBJETIVO

Es poner en conocimiento un plan de cuidados de enfermería que satisfaga las necesidades del paciente durante el proceso patológico y el régimen terapéutico.

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de disminución del gasto cardiaco

Los factores de riesgo pueden incluir desequilibrio hídrico que afecte al volumen circulante, el trabajo del miocardio y la resistencia vascular sistemática.

Alteraciones en la frecuencia, el ritmo, la conducción cardiaca, acumulación de sustancias toxicas, calcificación de tejidos blandos

Resultados Esperados/Criterio de Evaluación

Estado Circulatorio (NOC)

Mantendrá un gasto cardiaco demostrado por una presión sistólica, diastólica y una frecuencia cardiaca dentro del intervalo de lo normal para el paciente, los pulsos periféricos serán fuertes e iguales y el llenado capilar inmediato.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Regulación hemodinámica (NIC)

- Valorar la presencia o el grado de hipertensión comprobar la existencia de cambios ortostáticos, al levantarse, acostarse o al permanecer de pie. Aunque la hipertensión es frecuente se puede manifestar hipotensión ortostática debido a una deficiencia de líquidos intravasculares en respuesta a los efectos de la medicación antihipertensora o por taponamiento pericárdico urémico.
- Investiga si el paciente refiere dolor torácico, comprobar su localización, irradiación, gravedad (escala de 0-10) y esta amplificado con la inspiración profunda y la postura en decúbito supino.
- Valorar el grado a la actividad y la respuesta a la misma. La debilidad puede atribuirse a la insuficiencia cardíaca y anemia.

Actividades Conjuntas con Equipo Multidisciplinario

- Preparar al enfermo para un tratamiento de reposición renal. La reducción de las sustancias tóxicas, urémicas y la corrección de los desequilibrios electrolíticos y la sobrecarga hídrica, puede limitar o evitar las manifestaciones cardíacas incluso la hipertensión y el derrame pericárdico.
- Ayudar a la pericardiocentesis si está indicado. La acumulación de líquido dentro del saco pericárdico puede afectar al llenado cardíaco y la contractilidad del miocardio alterando el gasto cardíaco.

2.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de protección ineficaz

Los factores de riesgo pueden incluir datos hemáticos anómalos (supresión de la producción o secreción de eritropoyetina, disminución de la producción de eritrocitos, alteración de los factores de coagulación, aumento de fragilidad capilar)

Resultados Esperados / Criterio de Evaluación

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Estado de Coagulación (NOC)

No manifestara signos ni síntomas de hemorragia, mantendrá mejoría en los datos de laboratorio.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de la Enfermería (NIC)

- Informar si el paciente se fatiga y debilita, comprobar si presenta taquicardia, palidez en facies y mucosas, disnea y dolor torácico. Planificar las actividades del paciente para evitar fatiga, puede indicar los efectos de la anemia y la respuesta cardiaca necesaria para mantener oxigenadas las células.
- Controlar el grado de conocimiento y la conducta, la anemia puede causar hipoxia cerebral, manifestada por cambios mentales, la orientación y respuesta conductuales.
- Evaluar la respuesta a la actividad, la capacidad para desempeñar las tareas, ayudar cuando sea necesario, la anemia disminuye la oxigenación de los tejidos y aumenta la fatiga, la cual necesita ser atendida.

Precauciones ante la hemorragia (NIC)

- Realizar pruebas para detectar sangre en las secreciones digestivas o las heces. Los cambios en las mucosas y la alteración de la función plaquetaria, debido a la uremia, puede causar erosión de la mucosa gástrica o hemorragia gastrointestinal.
- Proporcionar al paciente un cepillo de dientes suave, y maquina eléctrica para afeitar, utilizar agujas de calibre lo más pequeño posible y aplicar punción prolongada después de la inyección. Reduce el riesgo de hemorragias o la formación de hematomas.

Actividades Conjuntas con el Equipo Multidisciplinario

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Controlar los datos de laboratorio como por ejemplo electrolitos, Hb, Hct. La uremia disminuye la producción de eritropoyetina y al producción de eritrocitos

3.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA. Alteración de los procesos de pensamiento

Puede asociarse a cambios fisiológicos, acumulación de sustancias toxicas, acido metabólica, desequilibrio electrolítico, calcificaciones en el cerebro.

Posiblemente se manifiesta por desorientación tiempo lugar y situación; déficit de memoria, alteración del periodo de atención, disminución de la capacidad para captar ideas, alteración de la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas.

Cambios en el sensorio: somnolencia estupor, coma.

Cambios en la conducta: irritabilidad, retraimiento depresión y psicosis

Resultados Esperados/Criterios de Evaluación

Conocimiento (NOC)

Resultará o mantendrá un estado mental óptimo, identificara formas de compensar el deterioro cognitivo o el déficit de memoria.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Orientación en la Realidad (NIC)

- Proporcionar un ambiente tranquilo y un uso racional de la televisión la radio y las visitas. Reduce los estímulos ambientales, para disminuir la sobrecarga sensorial y la confusión.
- Reorientar al paciente en su entorno, personas, etc. Ofrecerle señales al paciente para hacerle regresar a la realidad.
- Transmitirle la información y las instrucciones con frases sencillas y breves. Realizar preguntas directas y con respuestas afirmativas o

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

negativas repetir las explicaciones cuando sea necesario. Puede ayudar a reducir la confusión y aumentar la posibilidad de la información se comprenda y recuerde.

- Proporcionarle oxígeno complementario como se indique, la corrección de la hipoxia puede mejorar por si sola el conocimiento.
- Preparar al paciente para una diálisis. Un deterioro acusado de los procesos del pensamiento puede indicar empeoramiento de la hiperazoemia y del estado general que precisa de una intervención inmediata para recuperar la homeostasis.

4.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo de la alteración de la integridad cutánea

Los factores de riesgo pueden incluir, alteración del estado metabólico, modificación en la turgencia de la piel, reducción de la actividad e inmovilidad, acumulación de sustancias tóxicas de la piel.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Integridad hística: Piel y membranas mucosas (NOC)

Demostrara conductas o el uso de técnicas para evitar lesiones cutáneas

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Vigilancia de la piel (NIC)

- Inspeccionar la piel por si presenta cambios en el color de la piel, la turgencia y la vascularidad, comprobar se presenta eritema o escoriación, observar si existe equimosis o purpura. Indican áreas de circulación deficiente o de lesión cutánea que puedan causar la formación de úlceras de decúbito e infecciones.
- Observar miembros inferiores por si presenta edema .Los tejidos edematosos tienen una mayor predisposición a las lesiones. La elevación

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

de las piernas favorece el retorno de la circulación, limitando la estasis venosa y la formación de edema.

- Cambiar al enfermo de postura cada dos horas, moverlo con cuidado, almohadillar las prominencias óseas con la piel de oveja si se contara con este medio y protectores para codos y talones. Disminuye la presión en los tejidos edematosos con perfusión deficiente para reducir la isquemia.
- Proporcionar un cuidado suave de la piel, limitar el uso de jabones aplicar pomada o cremas para lubricar la piel. Los baños con bicarbonato sódico y maicena disminuye el prurito y son menos deshidratantes que los jabones. Las lesiones y pomadas pueden ser beneficiosas para reparar la piel seca y agrietada.
- Mantener las sábanas secas y sin arrugas, reduce la irritación dérmica y el riesgo de lesiones cutáneas.
- Investigar la presencia de prurito. Aunque la diálisis ha eliminado en gran medida los problemas cutáneos asociados a la escarcha urémica, se puede producir prurito porque la piel es una vía de excreción de los productos de desecho como por ejemplo cristales de fosfato.
- Recomendar al paciente que utilice compresas frías u húmedas para presionar en lugar de rascarse las zonas con prurito. Mantener cortas la uñas de las manos, recordar el uso de guantes durante el sueño si es necesario. Alivia el malestar y reduce el riesgo de lesión dérmica.
- Recomendar el uso de ropa de algodón y suelta. Evita la irritación dérmica y favorece la evaporización de la humedad de la piel.
- Proporcionar un colchón de espuma o flotación. Reduce la presión prolongada sobre los tejidos, que puede limitar la perfusión celular, potenciando la isquemia y la necrosis.

4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA Riesgo de la alteración de la membrana de la mucosa oral

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Los factores de riesgo pueden incluir falta o disminución de saliva, restricción hídrica, irritación química, transformación de la urea de la saliva en amoniaco.

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Salud bucal (NOC)

Mantendrá la integridad de la mucosa bucal

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Mantenimiento de la salud oral (NIC)

- Inspeccione la cavidad oral, comprobar la humedad, las características de la saliva, la presencia de inflamación, úlceras y leucoplaquia (zonas compactadas en las finas capas que reviste la boca o la lengua). Ofrece una oportunidad para intervenir inmediatamente y evitar la infección.
- Ofrecer líquidos a lo largo de las 24 horas del día, dentro de los límites prescritos. Evitar la sequedad oral excesiva por un periodo prolongado sin ingestión.
- Proporcionar un cuidado y enjagüé oral frecuente con una solución de ácido acético al 0.25%, ofrecerle chicle caramelos de menta entre comidas. Las mucosas pueden secarse y agrietarse. El cuidado oral suaviza, lubrica y refresca el sabor de boca, que a menudo es desagradable debido a la uremia y a la limitación de la ingestión oral, el enjuague con ácido acético ayuda a neutralizar el amoniaco formado a partir de la urea.
- Recomendar al paciente no fumar y evitar los productos con alcohol. Esto reduce el crecimiento bacteriano y la posibilidad de infección, la seda dental puede cortar las encías, propiciando una posible hemorragia.
- Fomentar la higiene bucal adecuada después de las comidas y antes de acostarse se aconsejar al paciente que evite la seda dental. Estas

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

sustancias son irritantes de mucosa y tienen efecto deshidratante, aumentando las molestias.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Claros, F. (2006). Manual para el Paciente Renal. Cochabamba, Bolivia.

Torre, A. (1996). Concepción Arribas. Manual de Cuidado Intensivo para la Enfermería. España: Springer Verlag Iberica

Rivas, A., Romero, A & Vásquez, M. (2010). Diagnóstico de Enfermería en Personas con Enfermedad Renal Crónica en el tratamiento de Hemodialisis Duazary

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 17***Estándar de la atención de enfermería en pacientes con insuficiencia renal crónica***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO DE	
		SI	NO
1	Valora la TA en diferentes posiciones para valorar el grado de hipertensión.		
2	Evalúa la respuesta a la actividad, la capacidad para desempeñar las tareas, ayudar cuando sea necesario.		
3	Informa si el paciente se fatiga y debilita, comprobar si presenta taquicardia, palidez facies y mucosas, disnea y dolor torácico.		
4	Realiza pruebas para detectar sangre en las secreciones digestivas o las heces.		
5	Trasmite la información y las instrucciones con frases sencillas u breves		
6	Inspecciona la piel por si presenta cambios en el color de la piel, la turgencia y la vascularidad, comprobar se presenta eritema o escoriación, observar si existe equimosis o purpura.		
7	Cambia al enfermo de postura cada dos horas		
8	Recomienda al paciente que utilice compresas frías u húmedas para presionar en lugar de rascarse las zonas con prurito. (Mantiene cortas la uñas de las manos del paciente , recordar el uso de guantes durante el sueño si es necesario.)		
9	Ofrece líquidos a lo largo de las 24 horas del día, dentro de los límites prescritos.		
10	Fomenta la higiene bucal adecuada después de las comidas y antes de acostarse se aconsejar al paciente que evite la seda dental.		
Total			

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE EGRESO DEL PACIENTE CON INSUFICIENCIA RENAL CRÓNICO

DEFINICIÓN

Información de la situación actual de salud del paciente y su autocuidado en el domicilio

OBJETIVO

Proporcionar información sobre la patología, tratamiento y pronóstico

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento sobre la situación, pronóstico, tratamiento, autocuidado.

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Conocimiento: Proceso Patológico (NOC)

Expresará oralmente la comprensión de su enfermedad y de las posibles complicaciones

Conocimiento (NOC): Régimen de tratamiento

Expresara la comprensión de las necesidades terapéuticas, desempeñara correctamente las intervenciones necesarias y explicara sus motivos, demostrara los cambios precisos en el estilo de vida.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Educación: Proceso Patológico (NIC)

- Informar el proceso patológico, su pronóstico y las expectativas. Proporcionar información para que el individuo pueda tomar decisiones fundamentadas, el paciente se enfrenta a muchos cambios en el estilo de vida especialmente en un plan complicado de medicamentos,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

modificación de la dieta, ejercicio y citas con numerosos profesionales de atención a la salud.

- Hablar con el paciente y allegados de sus sentimientos e inquietudes y métodos de afrontar la situación, escucharles y contestar sus preguntas con sinceridad, derivarles a los recursos de apoyo. Las reacciones frecuentes al diagnóstico incluyen incredulidad, ansiedad, ira, depresión leve a moderada.
- Revisar las modificaciones y limitaciones dietéticas. La restricción de fósforo estimula las glándulas paratiroides a desplazar el calcio de los huesos (osteodistrofia renal) y la acumulación de magnesio puede alterar la función neuromuscular y el estado mental.
- Limitación de líquidos, potasio y sodio cuando este indicado, si la retención de líquidos es un problema, el individuo puede necesitar limitar su ingestión, de potasio y sodio de origen alimenticio como se prescriba si se presenta sobrecarga hídrica el tratamiento diurético o la diálisis formara parte del régimen de tratamiento.
- Hablar de otras inquietudes nutricionales como por ejemplo la regulación de la ingesta de proteínas de acuerdo con el grado de función renal (generalmente es de 0.6-0.7 g /kg de peso corporal al día, de proteína de alta calidad como carne pollo, pescado, huevos). Los metabolitos que se acumulan en la sangre proceden casi en su totalidad del catabolismo de las proteínas al disminuir la función renal se puede limitar el consumo de proteínas de manera proporcional. Una ingestión demasiado baja de proteínas puede provocar desnutrición.
- Recomendar la ingestión de calorías suficientes, especialmente de carbohidratos en el paciente no diabético, ahorra proteínas evita debilidad y proporciona energía.
- Explicar el tratamiento farmacológico, como el uso de complementos de calcio y de fijadores de fosfato por ejemplo antiácidos con hidróxido de aluminio y evitar los antiácidos con magnesio y el consumo de vitamina

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

D. Evitar complicaciones graves por ejemplo al reducir la absorción de fosfato en el tubo digestivo y aportar calcio para mantener la concentración normal sérica reduce el riesgo de desmineralización ósea y e fracturas.

- Subrayar la importancia de leer la etiqueta de todos los productos fármacos y alimentos y de no tomar medicamentos sin autorización previa del profesional de la salud. Es difícil mantener el equilibrio electrolítico cuando no se tiene en cuenta el consumo exógeno en las limitaciones dietéticas como por ejemplo hipercalcemia que puede ser resultado de un consumo complementario de calcio.
- Enseñar al paciente a controlar en el hogar la presión arterial o la glucosa e informarle sobre la manera de obtener el equipo adecuado, como se indique. Como la hipertensión y un control deficiente de la glucemia son factores de riesgo alto en la evolución de una nefropatía, es importante que el paciente controle esta situación y las trate.
- Subrayar la necesidad de dejar de fumar. El tabaquismo aumenta la vasoconstricción renal y exacerba la hipertensión.
- Enseñarle estrategias para evitar el estreñimiento, como los ablandadores de heces y los laxantes que aumentan su volumen, pero deben evitarse los productos con magnesio. La reducción de la ingesta de líquidos, los cambios en la alimentación y el uso de productos fijadores de fosfato causan a menudo estreñimiento pero no responde a las intervenciones o médicas.
- Revisar medidas para evitar una hemorragia como evitar el estreñimiento, limpiarse la nariz con fuerza o realizar ejercicio intenso o deportes de contacto. Reduce el riesgo de la alteración de los factores de coagulación o disminuye el recuento de plaquetas.
- Prevenir exposiciones extremas de temperaturas como por ejemplo almohadas eléctricas. Se puede manifestar neuropatía periférica especialmente en las extremidades inferiores efecto de la uremia,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

desequilibrio electrolítico y acidobásico, alteración de la sensibilidad periférica y aumento del riesgo de lesión histica.

- Analizar los efectos de la fatiga en las actividades diarias del paciente, aconsejarle a realizar un programa de ejercicios habituales dentro de los límites de su capacidad individual, con periodos de reposo. La fatiga debido a la anemia, los trastornos de sueño, la desnutrición o la incapacidad renal para eliminar las sustancias toxicas, a todo ello puede reducir notablemente la tolerancia del paciente a la enfermedad, al mismo tiempo el ejercicio es necesario para mantener el tono muscular y la flexibilidad articular.
- Abordar las inquietudes sexuales. Los efectos fisiológicos de la uremia y el tratamiento antihipertensor puede alterar el deseo o la función sexual.
- Identificar los signos y síntomas que precisan una evaluación médica inmediata como por ejemplo: hipotermia escalofríos, cambios en las características de la orina o el esputo, edema, úlceras orales, entumecimiento u hormigueo en los dedos de las manos, calambres abdominales o musculares, dolor o sensibilidad de las extremidades, edema o sensibilidad articular, disminución de la aptitud de movilización, reducción de la fuerza muscular. La depresión el sistema inmunitario, la anemia y la desnutrición contribuyen al aumento del riesgo de infección, la uremia y la disminución del calcio pueden provocar neuropatías periféricas, el enfermo tiene también riesgo de manifestar complicaciones tromboflebiticas.

Bibliografía:

Claros, F. (2006). Manual para el paciente renal. Cochabamba, Bolivia: caja de salud de la banda privada

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Rivas, A., Romero, A., & Vásquez, M. (2010). Diagnóstico de Enfermería en Personas con Enfermedad Renal Crónica en el tratamiento de Hemodialisis Duazary.

Torre, A. (1996). Concepción Arribas. Manual de Cuidado Intensivo para la Enfermería. España: Springer Verlag Iberica

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 18.***Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso de pacientes con insuficiencia renal crónica***

ORD	CRITERIO	% CUMPLIMIENTO		DE NO
		SI	A VECES	
1	Habla con el paciente y allegados de sus sentimientos e inquietudes y métodos de afrontar la situación, escucharles y contestar sus preguntas con sinceridad.			
2	Aborda las inquietudes sexuales del paciente e informa de manera adecuada.			
3	Subraya la importancia de dejar de fumar			
4	Revisar las modificaciones y limitaciones dietéticas.			
5	Explica el tratamiento farmacológico al paciente y la familia se destacara efectos adversos y contraindicaciones			
6	Enseña estrategias para evitar el estreñimiento, como los ablandadores de heces y los laxantes			
7	Analiza los efectos de la fatiga en las actividades diarias o deseables del paciente, aconsejarle a realizar un programa de ejercicios habitual dentro de los límites de su capacidad individual,			
8	Incentiva al paciente a realizar ejercicios dentro de los límites de su capacidad			
9	Enseña al paciente a controlarse la TA y la glucosa en casa			
10	Identifica e informa al paciente los signos y síntomas que precisan una evaluación médica inmediata como por ejemplo fiebre baja escalofríos, cambios en las características de la orina o el esputo hinchazón o superación hística, úlceras orales, Entumecimiento u hormigueo en los dedos de las manos, calambres abdominales o musculares, dolor o sensibilidad delas extremidades, edema o sensibilidad articular, disminución de la aptitud de movilización, reducción de la fuerza muscular.			
Total				

El cumplimiento de los 10 criterios es igual 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON SIDA

DEFINICIÓN:

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida es el resultado final de la infección por un retrovirus, que ataca a las células de defensa del cuerpo llamado linfocitos CD4.

Las personas cuando se infectan de virus es portadora por lo que se designa como cero positivo y puede permanecer en esta etapa de 5 a 10 años sin presentar signos y síntomas de enfermedades oportunistas.

La etapa temprana o de infección el paciente va a presentar fiebre, adenopatías, faringitis, mialgias entre otros .La etapa terminar o de Sida el virus ha destruido las células de defensa o linfocitos T, el sistema inmunológico es atacado por bacterias, gérmenes, hongos y otros virus ocasionado enfermedades oportunistas que pueden llevar a la muerte si no se controla a tiempo.

El virus del sida también puede atacar al sistema nervioso y eventualmente causar daño al cerebro desarrollando síntomas como pérdida de memoria, apatía, parálisis parcial o desajuste mental

Modo de Trasmisión

- 1.- Relaciones sexuales vaginales, anales, y orales en homosexuales y heterosexuales
- 2.- Sangre infectada: transfusión de sangre infectada el 90% uso de agujas, instrumentos corto punzante infectados
- 3.- Trasmisión vertical: de madre infectada al bebe con un riesgo de contagio del 15 al 45%.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

OBJETIVO

Orientar al personal de salud para brindar una atención integral, física, psicológica y emocional al paciente con VIH / SIDA encaminados a proporcionar confort al paciente en las condiciones que se presente debido a la presencia de enfermedades oportunistas

1.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgo a infecciones

Resultados Esperados/ Criterios de Evaluación

Gravedad de la infección (NOC)

Lograr una curación rápida de heridas o lesiones, no se presentara fiebre

Control de Riesgo (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Control de las Infecciones (NIC)

- Lavarse las manos antes y después de los procedimientos realizados en el paciente, enseñar al paciente y a la familia a lavarse las manos según se indique, reduciendo el riesgo de contaminación cruzada.
- Explicarle el motivo y la justificación de las medidas de aislamiento y el aseo personal permanente, fomentara la cooperación en el tratamiento.
- Evaluar la frecuencia y profundidad respiratoria, observar la presencia de tos seca espasmódica con las inspiraciones profundas, cambios en las características del esputo y presencia de sibilancias o roncus. Se iniciara el aislamiento respiratorio cuando se desconozca el origen de la tos productiva
- Investigar si el paciente manifieste, cefaleas, rigidez del cuello y alteraciones de la visión, como también cambios en el estado cognitivo, los trastornos neurológicos son frecuentes y pueden estar relacionados con el VIH o infecciones secundarias los síntomas pueden variar desde

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

alteraciones en el estado de ánimo hasta alucinaciones pérdida de la memoria y demencias graves.

- Inspeccionar la piel y mucosas bucales en busca de lesiones blanquecinas, ya que las candidosis oral, el sarcoma de Kaposi, el herpes y la criptocoosis son infecciones oportunistas frecuentes que afectan a las membranas cutáneas.
- Limpiar con frecuencia las uñas del paciente limar en vez de cortar y evitar cortar las cutículas ,reduciendo el riesgo de transmisión de microorganismos
- Inspeccionar las heridas o los sitios de inserción de dispositivos observando signos de infección local , el diagnóstico y tratamiento precoz de infecciones secundarias puede prevenir la sepsis
- Llevar guantes y bata durante el contacto directo con secreciones , llevar mascarilla y gafas protectoras para proteger nariz, boca y ojos de las secreciones durante el procedimiento
- Desechar agujas en contenedores rígidos resistentes a pinchazos previene los accidentes del cuidador. En el caso de suceder un accidente comunicar inmediatamente al servicio que llevara el seguimiento.
- Rotular la fundas con desechos contaminantes del paciente

2.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA; Riesgo de déficit de Volumen de Líquido

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Hidratación (NOC)

Mantener una hidratación evidenciada por mucosas húmedas, buena turgencia cutánea, signos vitales estables.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral de líquidos (NIC)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Vigilar signos vitales
- Observar elevación de temperatura y duración del periodo febril, administrar baños de esponja templados según lo indique, mantener la ropa y las sábanas secas, mantener una temperatura ambiente agradable. La fiebre es un síntoma más experimentado por los pacientes con VIH Atraves del cual se produce diaforesis excesiva provocando pérdida de líquidos corporales.
- Realizar control de ingesta y eliminación ,calcular las perdidas por diarreas , un incremento de la densidad y la disminución de la diuresis refleja una alteración en la perfusión renal
- Pesar diariamente al paciente Las oscilaciones bruscas de peso reflejan el grado de hidratación del paciente. Las pérdidas de líquidos por diarrea pueden desencadenarse en un acontecimiento mortal.
- Eliminar alimentos que provoquen la diarrea, alimentos muy condimentado lácteos esto puede ayudar a reducir la diarrea.
- Fomentar el uso de yogurt, ya que los antibióticos alteran e equilibrio fisiológico de la flora intestinal y causando la diarrea, se debe tomar 2 horas antes o después de los antibióticos.

Administrar la medicación según se indique:

- Antieméticos, trimetobenzamida, metoclopramida, reduce la incidencia de vomito para reducir más pérdida de líquidos y electrolitos.
- Antidiarreicos: difenoxilato, loperamida, paregorico; o antiespasmódicos: mepenzolato, bromuro, reduce la fluidez de las heces, puede disminuir los espasmos y peristaltismo intestinal.
- Antipiréticos: paracetamol ayuda a reducir la fiebre pero se debe tener precaución puede producir una intoxicación en pacientes con sida.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

3.- DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en la Respiración

Los factores de riesgo pueden incluir deterioro muscular, disminución de energía, cansancio, disminución de la expansión pulmonar, retención de secreciones.

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Estado Respiratorio (NOC)

Conservara un patrón respiratorio eficaz, no presentara disnea o cianosis, con ruidos respiratorios y radiografía de tórax limpia

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Control de la Respiración (NIC)

- Investigar las queja de dolor torácico, el dolor del pecho pleurítico puede reflejar una neumonitis inespecífica o derrame pleural asociado con cáncer.
- Ayudar con el uso del espirómetro de incentivo, proporcionar fisioterapia torácica, percusión, vibración, y drenaje postural, esto fomenta una técnica de respiración correcta y mejora la expansión pulmonar, favorece la limpieza de las vías aéreas.
- Proporcionar oxígeno complementario humidificado a través del medio adecuado, como cánula, mascarilla, ventilación mecánica según indicación médica. Mantiene una oxigenación adecuada para poder corregir una crisis respiratoria.
- Administrar la medicación prescrita, la elección del tratamiento depende de la situación individual o del microorganismo infeccioso

4.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Riesgos de Lesiones que provoque hemorragias

Resultados Esperados/ Resultados Esperados

Control del Riesgo (NOC)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Mostrará una homeostasis evidenciada

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Prevención de Hemorragia (NIC)

- Mantener un entorno seguro; poner todos los objetos necesarios y el timbre, colocar la cama en posición baja, reduce lesiones accidentales, que pueden causar hemorragias.
- Realizar pruebas para sangre oculta en líquidos corporales, orina, heces, y vómito, una detección rápida de una hemorragia puede prevenir una crisis crítica.
- Observar y notificar la presencia de epistaxis, hemoptisis, hematuria, hemorragia vaginal o sitios de inserción de vías. Una hemorragia espontánea puede indicar el desarrollo de coagulación intravascular diseminada o trombocitopenia
- Evaluar cambios en el estado de conciencia puede indicar hemorragia cerebral

5.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración de la nutrición

Puede asociarse de la capacidad para ingerir, digerir o metabolizar nutrientes, náusea o vómito, reflejo faríngeo hiperactivo, trastornos intestinales, infecciones digestivas, cansancio, incremento del metabolismo basal, de las necesidades nutricionales.

Posiblemente se manifiesta por adelgazamiento, disminución de la grasa subcutánea, emaciación muscular, falta de interés por la comida, aversión por los alimentos, alteración de la sensación del gusto, calambres abdominales, ruidos intestinales hiperactivos, diarrea

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Estado Nutricional (NOC)

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Mostrará un peso estable o una ganancia del mismo hacia el objetivo marcado

Mostrará una balanza de nitrógeno positivo, no mostrara signos de desnutrición

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Control de Nutrición (NIC)

- Evaluar la capacidad para masticar, saborear y deglutir, las lesiones de la boca garganta y esófago causados por candidosis, herpes simple, sarcoma de Kaposi y sabores metálicos causada por la medicación puede causar disfagia, limitando la capacidad del paciente para ingerir alimentos y reducir el deseo de comer.
- Pesar diariamente, comparar medidas antropométricas los mismos que son indicadores de necesidades nutricionales.
- Vigilar los efectos secundarios de los fármacos, puede que la medicación preventiva y terapéutica afecten a la nutrición.
- Consultar con el Nutricionista sobre , proporcionar una dieta basada en las necesidades individuales y por vía apropiada

6.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Dolor agudo o crónico

Puede asociarse a inflamación o destrucción histica, infecciones lesiones cutáneas internas o externas excoriaciones rectal, neoplasias, necrosis, neuropatías periféricas, mialgias y artralgias, calambres abdominales

Posiblemente se manifiesta por dolor centrado en sí mismo, enfoque estrecho, conducta de protección, alteración del tono muscular, calambres musculares, ataxia, debilidad muscular, parestesias etc.

Resultados Esperados/ Criterio de evaluación

Nivel del Dolor (NOC)

Referirá dolor o control del dolo, demostrara una postura y expresión facial relajada

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención Integral del Dolor (NIC)

- Evaluar las referencias del dolor, registrando localización intestinal de 0 a 10 frecuencia y hora de la aparición
- Animar al paciente a informar del dolor a medida que se produzca, en vez de esperar a que sea intenso, la eficacia de las medidas de bienestar y de la medicación mejora si se interviene con rapidez
- Realizar medidas paliativas como cambio de posición, fortalece la relajación y reduce la tensión muscular.
- Proporcionar cuidados bucales, las úlceras orales pueden provocar intensas molestias.
- Aplicar compresas húmedas calientes sobre los sitios de inyección de pantamidina durante 20 min después de la administración, se sabe que estas inyecciones causan dolor y abscesos estériles.

7.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la integridad cutánea

Puede incluirse disminución del grado de actividad o inmovilidad, sensaciones alteradas, prominencia ósea, cambios de la turgencia cutánea, desnutrición alteración del estado metabólico.

Puede asociarse a déficit inmunitario: dermatitis asociada con sida, infecciones víricas, bacterianas y fúngicas. Enfermedades oportunistas como el sarcoma de Kaposi.

Posiblemente se manifiesta por lesiones cutáneas, úlceras, formación de úlceras por decúbito.

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Control de Riesgo (NOC)

Mostrará mejoría de la curación de las heridas

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Integridad Hística: Piel y membranas mucosas (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Vigilancia de la piel (NIC)

- Inspeccionar diariamente la piel, observar el color, turgencia, circulación y sensación describir y medir las lesiones y observar los cambios, se establecerá unos valores de referencia comparativos para intervenciones rápidas.
- Enseñarle a conservar una higiene cutánea , lavar suavemente secar con cuidado dando pequeños golpes sin restregar la toalla con la piel
- Cambiar frecuentemente de posición, usar las sábanas para girar según necesidad, proteger prominencias óseas con almohadas, almohadillas para talones y codos, reduce el estrés sobre el punto de presión, mejora el flujo sanguíneo de los tejidos y favorece la cicatrización.
- Limpiar la zona perineal, eliminando restos de heces, con agua o producto comercial, evitar el uso de papel higiénico si existen fistulas, aplicar cremas protectoras óxido de zinc, previene la laceración causada por la diarrea y mantiene secas las lesiones perianales.
- Cubrir las úlceras por presión abiertas con vendajes estériles , nos ayuda a reducir la contaminación bacteriana y fomentar la cicatrización

8.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Deterioro de la membrana mucosa oral

Puede asociarse a déficit inmunitario y presencia de microorganismos que causan lesiones: Candida, herpes, sarcoma de kaposi.

Deshidratación, desnutrición, higiene bucal ineficaz, efectos secundarios de fármacos y quimioterapia.

Posiblemente se manifiesta por lesiones ulceradas abiertas, vesículas, dolor o molestias orales, estomatitis, leucoplasia, gingivitis, caries dentales

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Resultados Esperados Criterio de Evaluación

Higiene bucal (NOC)

Mostrará una membrana mucosa intacta, de color rosa, húmedo y sin inflamación o úlceras.

Control de Riesgo (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Restablecimiento de la salud oral (NIC)

- Evaluar las membranas mucosas, documentar todas las lesiones orales, registrar todas las referencias de dolor, tumefacción, el edema, las lesiones abiertas, y las costras sobre la mucosa oral y garganta puede provocar dolor y dificultad para masticar.
- Proporcionar cuidados orales a diario después de cada comida , usando un cepillo de dientes suave , alivia las molestias
- Enjuagar las lesiones de la mucosa oral con solución salina o agua oxigenada diluida o una solución de bicarbonato de sodio , reduce la extensión de las lesiones y las costras producidas por candida produciendo bienestar al paciente
- Animar al paciente a no fumar , el humo seca e irrita las mucosas orales

9.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Cansancio

Puede asociarse a disminución de la producción de energía metabólica, incremento de las demandas energéticas

Demandas psicológicas o emociones excesivas

Alteración de la bioquímica sanguínea, efectos secundarios de la medicación, quimioterapia, resistencia a la insulina

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Puede manifestarse por falta insuperable de energía, incapacidad de desarrollar las rutinas habituales, disminución del rendimiento, menor capacidad de concentración, letargo, apatía.

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Resistencia (NOC)

Referirá un incremento del nivel de energía, Participara en las actividades deseadas según su nivel de capacidad.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Atención integral de la Energía (NIC)

- Evaluar los patrones de sueño y los cambios del proceso de pensamiento, numerosos factores pueden agravar el cansancio incluyendo la falta de sueño, el efecto emocional, los efectos secundarios de los fármacos.
- Animar al paciente a realizar las actividades de la vida diaria , sentarse en una silla, paseos cortos , y aumentar el nivel de actividad según se indique , nos ayuda a prevenir un grave deterioro físico , puede conservar la resistencia , aumentar la energía y permitir al paciente ser más activo
- Vigilar respuestas fisiológicas a la actividad cambios de frecuencia respiratoria o cardiaca, la tolerancia a la actividad varía dependiendo del proceso patológico, el estado nutricional, el balance hídrico y el número y tipo de enfermedades oportunistas.
- Proporcionar oxígeno si es necesario , la presencia de anemia o hipoxemia reduce el oxígeno disponible para su captación celular y contribuye al cansancio

10.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Alteración en el proceso de pensamiento

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Puede asociarse a hipoxemia, infecciones del SNC (sistema nervioso central) por VIH, neoplasia cerebral o infecciones sistémicas oportunista, accidente cerebrovascular.

Alteración del metabolismo o excreción de fármacos, acumulación de elementos tóxicos, insuficiencia renal

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Estado Cognitivo (NOC)

Mantendrá la orientación habitual de la realidad y una función cognitiva óptima

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Estimulación Cognitiva (NIC)

- Evaluar el estado cognitivo y neurológico con las herramientas adecuadas establece el nivel funcional en el momento del ingreso y proporciona las bases para comparaciones futuras.
- Considera los efectos del sufrimiento emocional, como ansiedad, duelo, ira, puede contribuir a una disminución de la atención, confusión, inhibición, disminución de la actividad.
- Mantener un entorno agradable con los estímulos auditivos y visuales apropiados puede ayudarnos a mantener la orientación en la realidad.
- Proporcionar referencias para reorientar al paciente como es el radio la televisión, calendarios, reloj, o cualquier instrumento informativo etc.
- Explicar el uso de agendas, listas y otros recursos para anotar las actividades, esta técnica ayuda al paciente a manejar los problemas de memoria
- Animar a los familiares y allegado a colaborar con la orientación dándole a conocer noticias y sucesos familiares actuales especialmente cuando el enfermo tiene alucinaciones.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

11.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Ansiedad

Puede asociarse a amenaza de auto concepto, amenaza de muerte, cambios en la salud y el estatus socioeconómicos.

Transmisión y contagio intrapersonal, separación del equipo de apoyo, miedo de la transmisión de la enfermedad a la familia o seres queridos.

Puede manifestarse por aumento de la tensión, aprensión sentimientos de impotencia y desesperanza, expresión de preocupación sobre cambios vitales, temor a consecuencias inespecíficas

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Autocontrol de la Ansiedad o temor (NOC)

Mostrará habilidades para resolver sus problemas, utilizara con eficiencia los recursos

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Reducción de la Ansiedad (NIC)

- Asegurar la confidencialidad del paciente dentro de los límites de la situación, proporciona consuelo y la oportunidad para que el paciente resuelva por anticipado sus problemas.
- Proporcionar información coherente sobre el pronóstico de la enfermedad, puede reducir la ansiedad y permitirá que el paciente tome decisiones basada en la realidad.
- Observar signos de negación o depresión, determinan la posibilidad de ideas suicidas debido a que el paciente suele tener sentimientos de culpa por lo que se debe realizar la intervención adecuada.
- Proporcionar un entorno abierto en el que el paciente se sienta seguro para hablar de sus sentimientos, ayudado al paciente a sentirse aceptado

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

en el estado actual sin sentirse juzgado y fomentar la sensación dignidad y control.

- Explicar los deseos y necesidades de final de vida revisar los deseos específicos y explicarle claramente las diversas opciones, puede ayudar al paciente y la familia a planificar de forma realista la fase terminal y la muerte.

12.-DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Aislamiento Social

Puede asociarse a alteración del estado de bienestar, cambio en el aspecto físico, alteración en el estado cognitivo, percepción de conductas o valores sociales o sexuales inaceptables.

Puede manifestarse por expresión de sentimientos de soledad impuestos por otros, sentimientos de rechazo, ausencia de allegados para brindarle apoyo como la familia amigos y pareja

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Apoyo social (NOC)

Identificara personas de apoyo

Utilizará los recursos de apoyo

Implicación Social (NOC)

Participara en las actividades o programas según su capacidad o deseo

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Potenciar el sistema de Apoyo (NIC)

- Identificar la percepción del paciente de la situación ya que el aislamiento puede ser en parte autoimpuesto ya que el paciente teme al rechazo de otros

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Es muy importante la comunicación con el paciente mientras se encuentra realizando los cuidados, tratarlo con dignidad y respeto.
- Identificar los sistemas de apoyo con los que cuenta el paciente, incluyendo la existencia y la relación con la familia ya esto ayudaría a disminuir los sentimientos de soledad y rechazo.
- Explicar las medidas de procedimientos preventivos de aislamiento al enfermo y allegados, las batas, los guantes y las mascarillas no son necesaria habitualmente con un diagnóstico de sida excepto cuando se espera un contacto con secreciones.
- Animar a las visitas sin horario contactos telefónicos le permitirá al paciente a no sentirse aislado.

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Ministerio de salud. (2010). Guía clínica síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, chile

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 19***Estándar de atención de enfermería en pacientes con sida***

ORD	CRITERIO	Cumplimiento		
		SI	A VECES	NO
1	Investiga las quejas de cefaleas, rigidez del cuello y alteraciones de la visión, cambios en el estado memoria			
2	Proporciona confidencialidad al paciente			
3	Realiza pruebas para comprobar sangre oculta en líquidos corporales, orina, heces, y vómito, una detección rápida de una hemorragia			
4	Pesa diariamente y comparar medidas antropométricas			
5	Anima al paciente a informar del dolor a medida que se produzca , en vez de esperar a que sea intenso			
6	Cambia frecuentemente de posición cada dos horas			
7	Anima al paciente a realizar los autocuidados, sentarse en una silla, paseos cortos, y aumentar el nivel de actividad según se indique.			
8	Mantiene un entorno agradable con los estímulos auditivos y visuales apropiados puede ayudarnos a mantener la orientación en la realidad al paciente.			
9	Observa signos de depresión y comunica al médico			
10	Explica las medidas de procedimientos preventivos de aislamiento al enfermo y allegados, las batas , los guantes y las mascarillas no son necesaria habitualmente con un diagnóstico de sida excepto cuando se espera un contacto con secreciones			
	TOTAL			

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL PLAN DE EGRESO DE PACIENTES CON SIDA

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Déficit de conocimiento sobre la enfermedad, el tratamiento y autocuidado

Puede asociarse falta de exposición o de memoria, mala interpretación de la información, limitaciones cognitivas, falta de familiaridad con los recursos informáticos

Puede manifestarse por preguntas solicitud de información, afirmaciones incorrectas, seguimiento incorrecto de las instrucciones, desarrollo de complicaciones prevenibles.

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Ideas sobre la salud: Control percibido (NOC)

Reconoce los sentimientos y formas saludables para afrontarlos, verbaliza cierta sensación de control, sobre la situación actual, tomara decisiones relativas a los cuidados

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Facilitará la autorresponsabilidad (NIC)

- Determinar el grado de independencia y el estado físico , el nivel de apoyo disponible
- Revisar las formas de trasmisión de la enfermedad ,corrigiendo mitos y errores , favorece la seguridad para el paciente y otros
- Enseñar al paciente y sus familiares a controlar las infecciones , aplicar una buena técnica de lavados de manos para todos , usar guantes cuando se manipule secreciones vendajes, ropa de cama manchada , llevar mascarilla si el paciente presenta una tos productiva , colocar la ropa de cama sucia en bolsas de plástico y separar de la ropa sucia familiar , lavar

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

con detergente y agua caliente, limpiar las superficies con una solución de elegía , desinfectar el retrete y orinal, preparar la comida del paciente en una zona limpia , lavar los platos y utensilios de comida en agua jabonosa caliente , reduciendo de esta manera el riesgo de transmisión de la enfermedad , fomentar el bienestar del paciente disminuyendo la flora bacteriana.

- Destacar la necesidad de realizar cuidados diarios de los pies, incluyendo la inspección de los pliegues cutáneos, los puntos de presión y el perineo, la piel sana es una barrera frente a las infecciones.
- Enseñar al paciente y a sus familiares a realizar el cuidado bucal necesario , ya que esta puede presentar complicaciones graves
- Revisar las necesidades nutricionales adecuadas para la curación y soporte del sistema inmunitario, incrementa la sensación de bienestar.
- Explicar el régimen farmacológico, las interacciones y efectos secundarios.
- Destacar la importancia de un reposo suficiente nos ayudara a tratar el cansancio
- Fomentar ejercicios al nivel que tolere el enfermo estimula la liberación de endorfinas en el cerebro brindándole una sensación de bienestar
- Se le recomendara que deje de fumar , el tabaquismo aumenta el riesgo de infecciones respiratorias y puede deteriorar más el sistema inmunitario
- Enseñarle al paciente y familia signos y síntomas que requieren una evaluación médica, fiebre persistente, diaforesis nocturna, ganglios inflamados, adelgazamiento continuo, diarrea, lesiones cutáneas, cefalea, dolor torácico o disnea, el diagnostico precoz de complicaciones en desarrollo y una intervención rápida puede prevenir la evaluación de situaciones potencialmente mortales.
- Identificar recursos extrahospitalarias o centros para enfermos terminales , servicios de cuidados a domicilios , facilita la trasferencia de un marco de cuidados agudos a la recuperación , la autonomía y cuidados paliativos

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía:

Doenger, M. (2012). Interamericana planes de cuidados de enfermería. México: McGraw-Hill

Gomis, D., & Kordi, S. (2012). Enfermería Teórica más práctica. Buenos aires: akadia

Ministerio de salud. (2010). Guía clínica síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA, chile

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 20***Estándar de atención de enfermería en el plan de egreso en el paciente con sida***

ORD	CRITERIO	% de Cumplimiento		
		SI	A VECES	NO
1	Informa al paciente las formas de transmisión de la enfermedad			
2	Enseña al paciente y a su familia a realizar una buena técnica de lavado de manos			
3	Informa al paciente sobre las necesidades nutricionales adecuadas , para el soporte del sistema inmunitario			
4	Destaca la necesidad de realizar un reposo suficiente			
5	Destaca la necesidad de realizar cuidados diarios de los pies, incluyendo la inspección de los pliegues cutáneos, los puntos de presión y el perineo.			
6	Fomenta la realización de ejercicios a nivel de tolerancia del paciente			
7	Explica el régimen farmacológico, las interacciones y efectos secundarios de la medicación			
8	Recomienda al paciente dejar de fumar			
9	Enseña al paciente y familia signos y síntomas que requieren una evaluación médica, fiebre persistente, diaforesis nocturna, ganglios inflamados, adelgazamiento continuo, diarrea, lesiones cutáneas, cefalea, dolor torácico.			
10	Identifica recursos extrahospitalarios o centros para enfermos terminales , servicios de cuidados a domicilio , facilita la transferencia de un marco de cuidados agudos a la recuperación , la autonomía y cuidados paliativos			
TOTAL				

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A PACIENTES EN AISLAMIENTO

DEFINICIÓN

Es la separación de un individuo que padece una enfermedad infecto contagiosa, de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisión de la enfermedad, bajo condiciones que eviten o limiten la transmisión de agentes infecciosos.

OBJETIVO

Precautelar la integridad física del paciente la familia y el personal de salud utilizando medidas de precaución ante las diferentes patologías infectas contagiosas.

Las precauciones estándar

DIAGNOSTICO DE ENFERMERÍA: Falta de práctica de las precauciones básicas de aislamiento

Resultados Esperados/ Criterio de Evaluación

Manejo adecuado de las precauciones básicas de aislamiento (NOC)

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA

Utilización de las precauciones estándar (NIC)

- Lavado de manos es la medida de higiene más eficaz para limitar la transmisión de enfermedades en el hospital, el personal debe lavarse las manos antes y después de cada actividad, aunque se encuentre usando guantes.
- Utilización de guantes , se usan solo si se manipula algún fluido corporal, materiales contaminados
- Mandil, mascarilla o lentes, se usa cuando se sospecha que durante el procediendo puede haber salpicaduras de sangre o cualquier fluido.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Equipos y dispositivo, los materiales recuperables que serán reprocesado debe ser lavados y esterilizados.
- Batas las cuales se utilizara para proteger de contaminación el uniforme o la piel al realizar procedimientos que puedan generar contaminación con sangre o fluidos corporales.

Utilización de las precauciones basada en la transmisión (NIC)

Estas precauciones están diseñadas para los pacientes que se sabe o se sospecha están infectados con patógenos epidemiológicos importantes o altamente transmisibles para la cual se necesita precauciones añadidas a las estándar con el fin de interrumpir su transmisión dentro del hospital.

Hay tres tipos de precauciones

Precauciones de Transmisión Aérea

Son las que reducen el riesgo de contagio aéreo de los agentes infecciosos. La transmisión aérea se produce a través de pequeñas partículas o residuos que contienen el agente patógeno los mismos que se pueden expender rápidamente a través de las corrientes de aire pudiendo ser inhalados o depositado en un huésped susceptible.

Las precauciones aéreas se aplican en pacientes que se sabe o se sospecha que tienen una enfermedad transmisible como es el caso del sarampión, varicela, tuberculosis

Para lo cual se utilizara las medidas de precaución estándar anteriormente mencionada y medida de precaución específica como el uso del siguiente equipo:

- Mascarilla con filtro para todas aquellas personas que entren en la habitación
- El material contaminado con secreción se recoge en doble funda
- Las muestras para ser enviadas a laboratorio como es el esputo, se colocara en los contenedores destinados para tal fin

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- La ropa no se deber airear. Así se evita la diseminación de microorganismos

Precaución de Trasmisión por gotas

Está diseñada para reducir el riesgo de trasmisión por gotas de agentes infecciosos. El contagio por gotas se realiza a través de las conjuntivas o las mucosas de la nariz y la boca de una persona susceptible.

Las gotas se producen a partir de que la persona portadora las mismas que tosen, estornudan, hablan medios por los cuales. Este tipo de trasmisión requiere de un contacto estrecho para el contagio ya que las gotas no permaneces susceptibles en el aire y normalmente solo viajan distancias cortas a través del aire, debido a esta circunstancia no se requiere medidas especiales de ventilación o de manejo de aire para prevenir la trasmisión.

Este tipo de medidas de precauciones la tenemos en pacientes con las siguientes patologías:

- Enfermedades invasivas por Haemophilus influenza de tipo B incluyendo meningitis, neumonía, epiglotis y sepsis
- Enfermedades invasivas por Neisseria
- Otras infecciones respiratorias bacteriana: difteria , neumonía por mycoplasma , peste neumónica y faringitis estreptocócica,
- Otras infecciones víricas: Adenovirus, gripe, parotiditis, parvovirusB19 y rubeola

Se aplicara las medidas de precaución estándar juntamente con precauciones específicas como:

- Mascarilla quirúrgica para todas las personas que entren en la habitación
- El material contaminado con secreción se recoge en doble bolsa

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Él envió de la muestras de laboratorio se colocar en los contenedores destinados para el fin
- La ropa no se debe airear así se evitara la diseminación de microorganismos

Precauciones de Trasmisión por contacto

Está diseñada para reducir el riesgo de trasmisión de infecciones por contacto directo o indirecto a través del contacto de piel con piel y la trasferencia física del microorganismo a un huésped susceptible, esto ocurre cuando el personal mueve a un paciente, lo baña o desarrolla otra actividad de cuidado que requiere contacto físico. La trasmisión por contacto también puede darse también puede ocurrir entre dos pacientes a través del contacto de manos.

Las precauciones de trasmisión por contacto se aplican en los pacientes que se sabe o se sospecha esta infectados o colonizados con microorganismos que puedan transmitirse.

Pacientes que lo requieren:

- Colonizaciones o infecciones gastrointestinales, respiratorias, de piel o herida quirúrgica con bacterias multiresistente, calificadas así en base a recomendaciones nacionales, regionales o locales por ser de especial significado clínico o epidemiológico.
- Infecciones entéricas
- Clostridium difficile.
- Infecciones con echericha coli enterohemorragica. Shigella, hepatitis A o rotavirus
- Infecciones de piel altamente contagiosas
- Difteria cutánea
- Impétigo
- Pediculosis
- Escabiosis

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Infecciones por microorganismos multiresistente

Se aplica precauciones estándar

Precauciones específicas

- Las muestras de laboratorio para su envío se colocara en el contenedor destinado para tal fin
- El uso de la habitación individual
- Uso de guantes para la manipulación de todo elemento que haya estado en contacto con el paciente
- Uso de mandil ante la probabilidad de contaminación en la atención del paciente o con los elementos que este haya utilizado, este mandil debe ser desechable o para uso exclusivo en la atención del paciente
- La ropa no se debe airear. Así se evita la diseminación de microorganismos

Medidas Generales para todos los aislamientos (NIC)

- Habitación: Sera individual debe estar equipada con un lavabo e instalación sanitaria, si es necesario, los pacientes con la misma patología pueden compartir habitación, la puerta debe estar cerrada para evitar contaminaciones.
- Visitas: la entrada será restringida
- La enfermera informara de las normas que deben seguir para la visita.
- Traslado de los pacientes: Se avisara al servicio donde vaya el paciente de la situación de aislamiento.
- En las precauciones respiratorias el paciente llevara mascarilla y las personas que le trasladen también
- Muestras de laboratorio: Se colocara en recipientes específicos, bien cerrados para evitar derramamiento

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Limpieza

- General: se aplicara la misma técnica que para el resto de habitaciones deberá ser diaria.
- El equipo exclusivo para la habitación no se sacara de la misma con la respectiva desinfección
- En las habitaciones de aislamiento respiratorio si no se dispone de aireación forzada, se tendrá que programar la ventilación abriendo la ventana durante cinco minutos varias veces al día, controlando que la puerta permanezca cerrada mientras las ventanas están abiertas.
- Comprobar la información que tienen el paciente y su familia sobre su enfermedad infecciosa y los motivos de su aislamiento. Un déficit de información puede generar ansiedad y temor ante estas situación

Aislamiento Protector

La finalidad es prevenir que los enfermos con alteraciones importantes de su sistema inmunitario sean infectados por agentes exógenos, durante su estancia hospitalaria.

- Aplicar las precauciones estándar
- Normas de aislamiento

Habitaciones individuales

- La habitación contara con un sistema de ventilación centrifuga, en la puerta se encontrara rotulada con aislamiento de protección
- La limpieza de la habitación se lo hará diariamente
- Existirá un lugar específico, para que toda persona encargada del cuidado de los enfermos se prepare convenientemente
- Las entradas y salidas de la habitación serán restringidas al máximo para personas con cualquier tipo de infección

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Las visitas deberán contactar previamente a la enfermera responsable del paciente
- La enfermera indicara las medidas que se debe tomar y verificara que se lleve a cabo
- El contacto intenso con el paciente no está permitido
- El aislamiento finalizara cuando del médico clínico responsable del paciente considere que el nivel inmunitario es el adecuado.
- Bata y Mascarilla, al entrar en la habitación
- Todas las personas se deben lavar las manos obligatoriamente, antes de entrar en la habitación
- El personal que tenga contacto directo o que tenga que realizar cualquier procedimiento utilizara guantes.

Bibliografía

Ministerio de Salud. (2003). Manual de aislamiento hospitalario. Perú: ISBN

Fernández, a., Bonilla, J., Noguil, a., Y otros. (2011). Manual de prevencion y control de infecciones intrahospitalarios. Uruguay: bases de seguros de estado

Ortiz, G., Miranda, G., & Lara M. (2014). Precauciones de aislamiento de los pacientes con enfermedades trasmisibles en una institución de tercer nivel. Revista de enfermería neurológica

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuadro 21***Estándar de atención de enfermería en el aislamiento del paciente***

ORD	CRITERIO	% De Cumplimiento		
		SI	A VECES	NO
1	Aplica las precauciones estándar, lavado de manos , utilización de guantes, mascarilla y batas para la atención del paciente			
2	Aplica las normas de precaución para evitar la contaminación de gérmenes patógenos por vía aérea utilizando amas de las medidas estándar , la utilización de mascarilla con filtro			
3	Aplica las normas de precaución para evitar la continuación de enfermedades infectocontagiosas por gotas			
4	Utiliza las medidas de precaución para evitar contaminación por contacto			
5	Informa al paciente acerca de su enfermedad de transmisión y porque las medidas de aislamiento			
6	Informa al paciente y la familia acerca de qué medidas se debe tomar al visitar al paciente			
7	Supervisa la limpieza de la habitación debe ser diaria y con el equipo exclusivo para esa habitación			
8	Realiza la eliminación del material de desecho contaminado de acuerdo a las medidas de bioseguridad de la institución			
9	Utiliza las medidas de precaución en el tipo de aislamiento protector			
10	Registra en el informe de enfermería las actividades realizadas con el paciente en aislamiento			
	Total			

El cumplimiento de los 10 criterios es igual al 100%

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018



PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Antecedentes Generales:

La administración de medicamentos es uno de los procedimientos que la enfermera realiza dentro del proceso asistencial en una unidad de hospitalización, esta actividad lo realiza con conocimiento científica y con una actitud responsable frente a la suministración de un determinado fármaco en el paciente a su cargo, el profesional de enfermería debe conocer indicaciones del medicamento, formas de preparación, precauciones y recomendaciones previó a su administración, evitando de esta manera hacer daño al paciente.

La seguridad del paciente dentro del proceso asistencial es un elemento que a nivel mundial la OMS ha venido trabajando en los diferentes países que la conforman, y de las cuales nuestro país acoge sus recomendaciones para mejorar el sistema de salud, por lo que se ha considerado en este manual contribuir con el conocimiento de los diferentes factores de la medicación más utilizada a nivel hospitalario en el servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo.

Lo que contribuirá a la atención de enfermería y sus responsabilidades frente a la preparación y administración de los medicamentos dando seguridad al paciente y la familia y contribuyendo a la terapéutica del paciente.

Lo que indica que una buena técnica y conocimiento actualizado de estos medicamentos contribuirá a una atención de calidad eficiente y eficaz.

En el hospital Eugenio Espejo y en cada uno de los servicios de especialización la prescripción de medicamentos se realiza en base al cuadro básico que le proporciona el ministerio de salud.

En el servicio de Medicina Interna los medicamentos son:

Antibióticos

- Ampicilina + sulfatan
- Meropenen
- Imepenem

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Cefapina
- Amikacina
- Gentamicina
- Vancomicina
- Ciprofloxacina

Analgesicos

- Paracetamos IV
- Tramadol

Antihipertensivos

- Losartán
- Amnolipino
- Enalapril

Diureticos

- Furosemida
- Espirolactona

Anticoagulantes

- Heparina
- Warfarina Sodica

Antidiabeticos

- Metformina
- Insulina NPH
- Insulina Cristalina
- Glimepidina

Antituberculosos

- Isoniacida

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Rifampicina
- Piramicida

Medicación para el Lupus

- Prednisona

Retrovirales

- Tenofovir
- Emtricitabina
- Efavirenz

De los cuales se describirá parámetros como.

- Mecanismos de Acción
- Indicaciones
- Contraindicaciones
- Efectos Adversos y
- Responsabilidad de la enfermera

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

DEFINICIÓN

Es el procedimiento mediante el cual un fármaco es proporcionado por el personal de enfermería al paciente por distintas vías de administración según indicación médica escrita, debe ser debidamente informada y registrada.

OBJETIVO

Proporcionar al paciente la administración segura del medicamento en forma segura, oportuna e informada.

Consideraciones:

Administración de medicamentos.- Es la actividad mediante el cual un fármaco es proporcionado por el personal de enfermería a través de distintas vías de administración, según indicación médica escrita que debe ser debidamente informado y registrado.

Vías de administración.-vía oral, enteral, rectal, vaginal, ocular, otica, nasal. Inhalatoria, endovenosa, intramuscular, subcutánea, intradérmica, epidural, intratecal etc.

Inyección intravenosa directa.- Es la administración tal y como viene presentado, pudiendo inyectar el contenido de la ampolla o el vial reconstituido directamente a la vena. Es recomendable diluir el medicamento en la jeringa con una cantidad adicional de solución salina o agua para inyectable antes de su administración. Como norma general la velocidad de administración debe ser lenta, como mínimo en 1-2 minutos en unos casos y en 3-5 minutos en otros.

Infusión Intravenosa diluida.- Se ha considerado así cuando el medicamento se administra diluido con una pequeña cantidad de solución intravenosa y durante un

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

periodo de tiempo limitado. Se administra generalmente en un periodo de treinta-sesenta minutos.

Infusión Intermittente.- Se ha considerado cuando el medicamento se diluye en un volumen y se administra en un periodo de tiempo sobre 15 minutos.

Infusión Intravenosa Continua.- el medicamento se diluye en soluciones intravenosas de gran volumen y se administra de forma continua, con la utilización de bombas.

Inyección intramuscular.-La técnica de administración es la habitual para esta vía, sobre todo en medicamentos muy irritantes de los tejidos.

Otras vías.-Tales como vi SC interarticular, intrapleural, intrasínovial.

Reconstitución y compatibilidad

Reconstrucción del medicamento.- Cada medicamento tiene la indicación de cantidad y tipo de diluyente a emplear.

Solución intravenosa compatible.- Existe en algunos casos una recomendación de empleo específica para medicamentos puntuales. En el resto de casos se acepta que el medicamento tiene compatibilidad con los sueros más habituales en el hospital. (Solución fisiológica en cloruro de sodio 0,9% y solución glucosada al 5%).

Incompatibilidad.- Se señala los medicamentos que no pueden emplearse juntos con el fármaco en cuestión.

PROCEDIMIENTO

La administración segura de medicamentos se relaciona en gran medida con sistemas de control definidos para la prescripción médica solicitud del fármaco y despacho desde farmacia, almacenamiento en el área hospitalaria, de la administración y registro por parte del personal de enfermería en este procedimiento se definirán los requisitos relacionados con:

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Prescripción Médica
- Transcripción
- Dispensación del medicamento
- Administración del medicamento
- Recepción y almacenaje de los fármacos en el área clínica
- Definición de errores de medicación y sistemas de notificación

Prescripción Médica

- Toda administración de medicamentos debe estar respaldada por una indicación médica escrita que debe cumplir los requisitos mínimos definidos por la institución.
- Es responsabilidad del médico el cumplimiento de estos requisitos y será responsabilidad de los jefes del servicio asegurar un sistema de entrenamiento al personal médico en los requisitos de calidad de la indicación médica o recetas y vigilar dicho cumplimiento.
- No se permite órdenes verbales salvo situaciones de urgencia en que igualmente deberá existir debido registro médico y de enfermería posterior a la urgencia.

Transcripción

- La transcripción de la indicación médica por parte del personal de enfermería se lo realizara directamente a la hoja de kardex.
- En el servicio de Medicina interna la transcripción de las indicaciones médicas son realizadas desde la hoja de prescripciones médicas original en la que constela identificación clara del facultativo responsable y su firma.
- En el servicio de Medicina Interna la enfermera de cada sector será responsable de la transcripción del tratamiento en base a la revisión en cada turno de las indicaciones médicas de cada paciente.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- La hoja de kardex debe ser realizada con letra clara y legible este debe contener nombre y apellido del paciente, sala y numero de cama del paciente, nombre del medicamento, presentación del medicamento, dosis a administración, dilución a administrar solución y volumen utilizado para la dilución tiempo de administración, vía de administración, y horario de administración.

Dispensación del Medicamento

- Los medicamentos deben ser despachados desde farmacia en dosis unitarias y los que se envían a preparar, deben contar con requisitos mínimos como, nombre y apellido del paciente, identificación el fármaco, forma de presentación, dosis y fecha de vencimiento.

Administración de la Medicación

- Sera de responsabilidad de la enfermera del servicio la administración de medicamentos.
- El ejecutor de la preparación de la medicación deberá ser el mismo quien la administre disminuyendo de esta manera el riesgo de error en el procedimiento.
- Para la administración de medicamentos se debe utilizar los diez correctos.
- Todo cambio de indicación médica debe ser registrado con hora nombre y firma del médico responsable y debe ser debidamente informado a la enfermera encargada del paciente.
- Toda administración de medicamento se realizara en un área limpia y ordenada de trabajo con un mínimo de interrupción y según técnicas correspondientes.
- El personal de enfermería antes de administrar un medicamento debe siempre informar al paciente y a la familia.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Antes de administrar un medicamento consultar al paciente por antecedentes conocidos como alergia al fármaco.
- Antes de administrar el medicamento debe verificarse el paciente correcto con el brazalete de identificación.
- Toda administración de medicamentos una vez realizada, se debe registrar con la hora y responsable de la administración.
- La no administración debe registrarse con un círculo en el horario no cumplido especificando en la hija de informes de enfermería el motivo de la no administración.

Recepción y Almacenaje de los fármacos en el área de clínica

- En la unidad de hospitalización los medicamentos deben ser recibidos por el personal de enfermería, desde la farmacia, con el respectivo nombre apellido cama, cedula de identidad.
- Las solicitudes de fármaco entregadas por farmacia deberán ser revisadas por el personal de enfermería comprobando que el despacho haya sido el solicitado en cuanto al nombre del medicamento cantidad, presentación y su integridad.
- Cada paciente debe tener en cada servicio de enfermería una unidad de almacenamiento de los medicamentos por lo que se dispone de gavetas las cuales se encuentran debidamente identificadas con el nombre número de cama, y cedula de identidad.
- En esta unidad se almacenara solo medicamentos que se encuentren en uso y que por condiciones recomendadas pueden ser almacenados a temperatura ambiente.
- Todo medicamento que por indicación médica haya sido suspendido deberá ser retirado de la gaveta y posteriormente devuelto a la farmacia.
- Cada clínica debe disponer de refrigeradores de uso exclusivo para medicamentos que requieren mantener refrigeración, con termómetro de temperatura máxima y mínima.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía

Lazcano, H. (2009). Normativas para una Administración de Medicamentos Segura.

Maureira, M. (2011). Protocolo de Administración de Medicamentos. Obtenido de www.hospitaldelinares.cl/index2.php?...79

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

RESPONSABILIDAD DE LA ENFERMERA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Farmacocinética.- Es el estudio del proceso por el cual el organismo absorbe, distribuye, metaboliza y elimina los fármacos

Este proceso también describe cuando se inicia la acción del fármaco cuando alcanza el nivel más alto y la duración de la acción así como la biodisponibilidad del mismo.

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de Medicamentos

El tratamiento medicamentoso en la mayoría de enfermedades es de vital importancia y tiene grandes beneficios, pero también puede tener efectos nocivos en el paciente producidos por el medicamento o por errores en la administración.

La enfermera es la responsable directa de la administración de medicamentos cuando el paciente está hospitalizado, se debe recordar que no solo es la cumplidora de las indicaciones médicas sino que es una profesional de la salud que debe utilizar los conocimientos de fisiología, patología, sociología, psicología y farmacología en la administración de los medicamentos, al realizarlo en forma correcta se estará contribuyendo a la recuperación de la salud del paciente.

Las responsabilidades de la enfermera en la administración del medicamento se pueden resumir de la siguiente manera:

1. Comparar la tarjeta de medicación con las indicaciones médicas, considerando: nombre del paciente, fecha de la indicación, nombre del fármaco dosis, vía de administración, la frecuencia entre otros.
2. Controlar si el paciente requiere estar en ayunas contraindicándose la administración de la medicación como por ejemplo exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, intervenciones quirúrgicas.
3. Antes de administrar un medicamento la enfermera debe conocer la acción fisiológica, uso terapéutico, efectos indeseables,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

contraindicaciones, dosis recomendadas, vía por la que se puede administrar el fármaco, si es posible diluir o no y con qué líquido se puede diluir.

4. Seleccionar la droga específica seleccionada por el médico, no se debe substituir por ninguna otra salvo indicaciones médicas
5. Controlar si la dosis prescrita está en los límites establecidos y si no lo está conversar con quien la prescribió.
6. Antes de administrar la medicación, la enfermera debe identificar al paciente para valorar su estado emocional, físico y establecer si el paciente está en condiciones de recibir la medicación por la vía prescrita.
7. En caso de que el paciente no está en condiciones de recibir, se debe consultar al médico para que se adopte otra decisión
8. Si el paciente tiene restricción de líquidos por vía oral o parenteral se administrará respetando la cantidad de líquidos permitidos y se registrará en la hoja de control de ingesta y eliminación la cantidad administrada.
9. Al administrar los medicamentos por vía oral, la enfermera debe esperar hasta que el paciente la haya deglutido completamente.
10. El conocimiento de los efectos indeseables, efectos esperados, interacciones con otras drogas, permitirán a la enfermera efectuar las observaciones necesarias para detectar resultados positivos o negativos de los medicamentos en el paciente.
11. El registro de las medicinas administradas se efectuará luego de la administración
12. Una de las funciones más importantes de la enfermera es la de educación en salud al paciente, la familia y la comunidad, por lo que en el campo farmacológico será la enseñanza sobre técnicas e información necesaria para que el paciente y su familia realicen adecuadamente la administración de los medicamentos en el domicilio.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Administración de Fármacos en Pacientes de Edad Avanzada

El envejecimiento usualmente se acompaña de deterioro de las funciones del organismo que puedan afectar la distribución y eliminación de las drogas.

Los pacientes ancianos presentan dos veces más reacciones adversas que los individuos jóvenes, cualquier fármaco puede producir reacciones adversas en estos pacientes, se observa con mayor frecuencia cuando reciben diuréticos antihipertensivos, digitálicos, corticoesteroides, anticoagulantes y medicamentos que inducen el sueño.

1. **Toxicidad por diuréticos** : debido a que la cantidad de líquidos disminuyen con la edad, una dosis normal de un diurético que produce pérdida de potasio como por ejemplo la furosemida, que puede ocasionar pérdida considerable de fluidos y aun deshidratación .
2. **Toxicidad por antihipertensivos:** Muchos de los pacientes que toman estos fármacos pueden presentar acoloramiento y desmayo ocasionados por la arterioesclerosis y la disminución de la elasticidad de los vasos sanguíneos. Estos fármacos pueden disminuir la tensión arterial en forma muy rápida por lo que disminuye el flujo sanguíneo al cerebro y puede causar mareo, desmayo u otro problema cerebral más severo.
3. **Toxicidad Digitálica:** como en pacientes ancianos la función renal se encuentra disminuida, el nivel de los digitálicos puede aumentarse y ocasionar náusea, vómito, diarrea y más seriamente arritmias cardíacas. Es importante vigilar a los pacientes que reciben esta medicación para detectar tempranamente signos y síntomas de complicaciones causados por estos fármacos.
4. **Toxicidad por anticoagulantes:** pacientes que toman estos medicamentos aumentan el riesgo de sangrado, especialmente cuando simultáneamente toman drogas antiinflamatorias no esteroideas lo que es muy frecuente e este tipo de pacientes. Además tienen un mayor riesgo de hemorragia ocasionada por caídas, Es imperativo observar de cerca a

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

pacientes con estos antecedentes para detectar signos de hemorragia en forma temprana.

5. **Toxicidad por Fármacos que inducen el sueño:** Algunos fármacos ocasionan excesiva sedación y se debe recordar que el consumo de alcohol puede aumentar el efecto depresor aun si el fármaco ha ingerido la noche anterior.

Las siguientes consideraciones se deben tener en cuenta cuando el paciente anciano recibe fármacos.

- Este tipo de pacientes suele recibir más medicación que el resto de la población
- Los pacientes ancianos tienen el riesgo superior de presentar efectos secundarios debido a que padecen más afecciones por lo que ingieren más medicamentos lo que posibilita la presencia de varias interacciones.
- El reposo en cama la fiebre, deshidratación, dieta, humedad, estrés, modifican la acción de los fármacos en este grupo de pacientes
- En los pacientes ancianos es difícil recordar todos los medicamentos que están recibiendo, por lo tanto se hace necesario tener una lista de todos.
- Al instruir al paciente sobre los medicamentos se tomara en cuenta los cambios a nivel de los órganos de los sentidos que el paciente puede experimentar como por ejemplo déficit auditiva, ocular y otros
- Los ancianos suelen preferir medicamentos sin prescripción médica para evitar la consulta.
- La mucosa del intestino en el anciano puede presentar dificultad al paso de los fármacos más que en un individuo joven debido a la disminución de líquidos de la acidez gástrica, el peristaltismo y el vaciado gástrico y el flujo sanguíneo a nivel intestinal.
- El incumplimiento de las prescripciones médicas ocasionan frecuentes hospitalizaciones en pacientes ancianos y tienen relación directa con la

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

capacidad visual y auditiva disminuida, memoria disminuida, factores socio económico.

PROCESO DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Preservar la seguridad del paciente ante errores ocasionados por factores humanos o tecnológicos es uno de los temas más importantes hoy en día siendo los más frecuentes los humanos, entre ellos los errores en la administración de medicamentos que pueden ocurrir en cualquiera de las cinco fases del proceso de la administración de fármacos.

1. Valoración.-El primer paso del proceso de enfermería es la valoración del paciente, que consiste en la recolección y organización sistemática de la información acerca del mismo, que debe incluir aspectos psicológicos, intelectuales, emocionales, sociales y del medio ambiente, los aspectos de mayor importancia se puede resumir de la siguiente manera.

- Es necesario averiguar las enfermedades y procedimientos quirúrgicos anteriores y la presencia de enfermedades crónicas
- La utilización de fármacos de forma permanente, adicción a drogas, ingesta de alcohol, nicotina, terapias alternativas con hierbas, utilización de suplementos vitamínicos y minerales y uso de fármacos anticonceptivos.
- Identificar los aspectos familiares nos permitirá conocer cuando el paciente sea dados de alta el cumplimiento de las indicaciones que requiere su condición de salud.

Al realizar el examen físico se considera los siguientes aspectos.

- **Peso:** Que es determinante para establecer la dosis correcta
- **Edad:** Es importante ya que en los adultos mayores la función renal y hepática tienen sus características propias

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

El conocimiento de las alteraciones físicas que presenta el paciente antes de iniciar la farmacoterapia son de vital importancia ya que nos ayudara a determinar que los fármacos administrados están actuando para mejorar la condición del paciente o para alertar ante la presencia de efectos secundarios que pueden ocasionar los fármacos.

2. **Diagnostico.-** Se refiere al informe de la condición del paciente desde la perspectiva de la enfermera permitiéndole tomar decisiones más acertadas.

- Para lo cual es recomendable utilizar los diagnósticos de enfermería elaborados por NANDA (Diagnostico de Enfermería por la Asociación Americana de Enfermeras).

3. **Intervención.-** La valoración y el diagnostico de enfermería le permiten realizar acciones específicas de enfermería que corresponden a la administración de medicamentos y son las siguientes.

- El cumplimiento de los nueve correctos en la administración de la medicación

1.- Revisar la fecha de expiración del fármaco

2.-Droga correcta

3.-Paciente correcto

4.-Dosis correcta

5.-Hora exacta

6.-Via Correcta

7.- Razón que justifica la administración

8.-Vigila la respuesta del paciente al fármaco administrado

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

9.- Registrar en la historia clínica del paciente en forma exacta los fármacos administrados y las reacciones que el paciente haya presentado por la administración de medicamentos.

- **Medidas de Confort**

La enfermera tiene la responsabilidad de tomar medidas para asegurar el bienestar del paciente. Se le informa al paciente los aspectos positivos que tiene la droga administrada, se le dará a conocer los efectos adversos que produce el fármaco, necesidad de controlar la temperatura, luz ambiental, la utilización de barandas en la cama, necesidad de comidas frecuentes entre otros.

- **Modificación en el estilo de vida**

Algunos fármacos obligan a cambiar los estilos de vida del paciente por ejemplo los diuréticos se deberán administrar en la mañana para evitar la diuresis durante la noche. Algunos relajantes deben ser administrados solo durante la noche, para precautelar la integridad del paciente.

4.-**Evaluación.**- La evaluación es parte del proceso de enfermería que permite continuamente modificar la valoración, el diagnóstico y la intervención de enfermería, ya que continuamente se evalúa la respuesta terapéutica.

Se debe evaluar las fases del proceso en forma individual y además es necesario analizar y tomar las medidas correctivas en el plan educativo impartido al paciente.

5.-Estrategias para Reducir Errores en la Administración de Medicamentos

Los medicamentos producen tasas de morbilidad y mortalidad elevadas y lo que es más alarmante en gran medida se debe a los fallos o errores producidos durante su utilización clínica y a la no observación de normas y procedimientos aprobados en el proceso de administración de medicamentos, para disminuir este riesgo la profesional deberá:

- Actualizarse continuamente en farmacología.
- Establecer una adecuada relación paciente- enfermera.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Disponer de áreas de preparación de medicamentos seguras con suficiente espacio , luz temperatura adecuada y adecuada ventilación
- Establecer protocolos de enfermería que aseguren la administración segura de medicamentos.
- Establecer la dosis única de los medicamentos para cada paciente en colaboración con la farmacia del hospital
- Cambiar la medicación por vía IV a vía oral tan pronto sea posible
- Es lo ideal que las preparaciones intravenosas o epidurales sean preparadas en la farmacia.
- Toda solución IV debe estar rotulada con la sustancia que contiene la solución, fecha de preparación nombre de quien la preparo.
- En el sitio de preparación de medicamentos debe existir información sobre las drogas que con más frecuencia se utiliza en el servicio, además información que establezca el número de gotas por minuto de acuerdo a la cantidad establecida cada hora y en 24 horas.
- Cuando el paciente recibe algunos fármacos requiere ser monitorizado antes y después de la administración, por lo que se debe disponer de monitores cardiacos, Oxímetros de pulso.
- Si la indicación no está legible se debe se debe preguntar a quién lo prescribe

Prevenir los errores e identificar las causas que los originan, es la mejor forma de mejorar los procesos y procedimientos de la administración de medicamentos así como crear un ambiente profesional no punitivo que deseche la idea de culpabilidad y fortalezca la comunicación para la identificación de los errores que se producen, el análisis de sus causas y la discusión y establecimiento de estrategias necesarias.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE CLORHIDRATO DE VANCOMINCINA

DEFINICIÓN.- Es un antibiótico glucopéptido tricíclico que actúa inhibiendo la biosíntesis de la pared celular, afecta la permeabilidad de la membrana celular bacteriana y síntesis de RNA. Es activa contra microorganismos del tipo Gram positivos.

OBJETIVO:

- Brindar calidad en la administración del medicamento
- Educar informar adecuadamente sobre efectos de la medicación al paciente
- Identificar, prevenir y controlar posibles efectos adversos de la administración del medicamento para prevenir complicaciones.

Mecanismo de Acción

Es un bactericida parece ejercer sus efectos uniéndose los precursores de la pared celular de las bacterias, impidiendo la síntesis de estas, el punto de fijación es diferente al de la penicilina. El resultado final es una alteración de la permeabilidad de la pared celular de la bacteria incompatible con la vida.

Farmacocinética

Se absorbe mal por el tracto gastrointestinal, excretándose en grandes cantidades por las heces y detectándose solo pequeñas cantidades en suero. Por eso la vía de administración es la parenteral, salvo que se quiera obtener una acción local, sin embargo en presencia de una enfermedad inflamatoria intestinal aumenta la absorción de vancomicina, alcanza niveles terapéutico en plasma especialmente si el enfermo tiene insuficiencia renal.

Como el hígado también puede estar implicado en la eliminación de la vancomicina, se aconseja disminuir la dosis en pacientes con insuficiencia

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

hepatocítica severa, la vancomicina no es removida por hemodiálisis ni por diálisis peritoneal.

La combinación con gentamicina es sinérgica contra cepas *S aureus* y *Enterococcus*.

Indicaciones

Esta indicado como tratamiento de segunda elección para pacientes alérgicos a la penicilina en infecciones causadas por microorganismos sensibles y en enfermedades en las que han fallado otro tratamiento como: enfermedades estafilocócicas, endocarditis, septicemia, infecciones óseas, del tracto respiratorio bajo, piel y tejido blando.

Se usa también como tratamiento preventivo en el drenaje quirúrgico de abscesos por estafilococos, es utilizado también en pacientes inmunocomprometidos con neutropenia febril, meningitis, peritonitis, así también en infecciones por *Corynebacterium*.

Contraindicaciones

Hipersensibilidad al fármaco, precaución en pacientes ancianos, con alteraciones renales, pérdida auditiva previa, concomitancia con fármacos oto o nefrotóxicos.

Efectos Adversos

Durante la infusión rápida de clorhidrato de vancomicina los pacientes pueden desarrollar reacciones anafilácticas, hemodinámicas, respiratorias.

El síndrome del cuello rojo suele aparecer durante la administración de la vancomicina a demás presenta hormigueos, prurito intenso y una erupción maculopapular en la parte superior del cuello, cara y extremidades superiores. En general estas acciones cesan en 20 minutos, pero también pueden persistir varias horas esto se relaciona con la velocidad de la administración y la concentración de la solución.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Cuando la vancomicina se administra en infusión diluida, tales efectos son poco frecuentes.

Interacción

Potencia efectos neuro o nefrotóxicas de: anfotericina B aminoglucósidos, bacitracina, colistina, viomicina, cisplatino.

Técnica de Preparación

Reconstituyente con 10ml de agua si la ampolla es de 500mg o un reconstituyente de 20ml si la ampolla de vancomicina es de 1 gramo

Diluir la dosis en 250ml de cloruro de sodio 0.9% o DAD 5%

La administración se debe realizar mínimo en 3 horas o deseablemente en infusión para 12 horas, es decir máximo 20cc/h.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Los medicamentos deben ser preparados en el cuarto de drogas
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Investigar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de Enfermería

- Monitorizar signos vitales
- Valorar signos de complicaciones
- Vigilar la concentración plasmática (<60- 80 mg/ml)
- Administrar por acceso venoso de buen calibre
- Administrar en dosis en infusión continua y controlada con bomba
- Este medicamento debe administrarse con especial precaución en pacientes con enfermedad del riñón.
- Evaluar permeabilidad del acceso venosos antes de administrar el fármaco
- Vigilar signos de infiltración o flebitis química
- Comprobar que la presentación del fármaco que tiene el servicio de farmacia corresponde con el prescrito, dosis, volumen y vías de administración
- Verificar los diez correctos
- No administrar con otros medicamentos pues suele precipitarse
- Chequear la administración de la medicación

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Bermúdez, M. Jiménez, V. (2012). Cuidados de Enfermería en la Administración de Vancomicina. Obtenido de www.slideshare.net/.../cuidados-de-enfermeria-en-la-a..

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospitals

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE IMPENEM

DEFINICIÓN

Es un antibiótico efectivo contra infecciones bacterianas, pertenece al grupo de antibióticos llamado beta-lactámicos de amplio espectro. Imipenem es un potente antibacteriano

Principio.- Cada vial contiene una cantidad de imipenem en forma de monohidrato equivalente a 500mg de imipenem anhidro y una de cilastatina sódica a 500mg de cilastatina anhidra.

OBJETIVO

- Dar una atención de calidad
- Conocer sobre sus efectos y complicaciones
- Actuar frente un efecto adverso a tiempo y con eficacia

Mecanismos de Acción

Es principalmente bactericida inhibe la tercera y la última etapa de la síntesis de la pared celular bacteriana, mediante la unión de determinadas proteínas

Farmacocinética

El imipenem – cilastatina se administra por vía IV o IM, los niveles plasmáticos máximos de imipenem ocurre en los 20 minutos después de una dosis IV. En adultos las concentraciones máximas en plasma de imipenem oscila entre intervalo de 14- 24 mg/ml para la dosis de 250 mg, 21-58 g/ml para la dosis de 500 mg

Tanto el imipenem como la cilastatina atraviesan la placenta. La cilastatina se metaboliza en los riñones.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Indicaciones

Imipenem/Cilastatina está indicado en el tratamiento de las siguientes infecciones graves debido a organismos sensibles.

- Neumonía nosocomial o neumonía adquirida en comunidad complicada que requiere hospitalización.
- Infecciones intra- abdominales complicadas
- Infecciones del tracto genitourinario complicadas
- Infecciones de la piel y tejidos blandos complicadas

Contraindicaciones

En pacientes con hipersensibilidad a la penicilina o cefalosporinas. A pesar de que el imipenem se ha utilizado de forma segura en estos pacientes, este antibiótico es similar a las penicilinas y cefalosporinas por lo que estos pacientes pueden ser más susceptibles a reacciones de hipersensibilidad.

El imipenem se debe utilizar con precaución en pacientes con lesiones cerebrales, traumatismos craneoencefálicos o una historia de trastornos del SNC tales como convulsiones, estos pacientes están en mayor riesgo de sufrir ataque inducidos por el imipenem, este riesgo se incrementa cuando el imipenem se administra a dosis superiores a las recomendadas.

El imipenem debe usarse con precaución en pacientes que tratados con ciclosporina, ganciclovir o teofilina ya que los efectos sobre el sistema nervioso central pueden ser aditivos.

En pacientes con insuficiencia renal (aclaramiento de creatinina < 5 ml/min) no debe recibir imipenem a menos que se instituya una hemodiálisis dentro de las 48 horas

También debe usarse con precaución.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Efectos Adversos

Es generalmente biotolerado y los efectos secundarios rara vez requieren una interrupción del tratamiento. En algunos casos y debido a su gravedad es necesario dicha interrupción.

Se han descrito las siguientes reacciones adversas: reacciones locales como eritema, dolor local, tromboflebitis, reacciones alérgicas en la piel como erupciones cutáneas, prurito, urticaria, eritema multiforme, síndrome de Stevens- Johnson. Angioedema, necrolisis epidérmica toxica, dermatitis exfoliativa, candidiasis, fiebre, reacciones anafilácticas.

Trastornos gastrointestinales, como náusea, vómito, diarrea, manchas dentales, glositis, gastroenteritis, dolor abdominal etc. Trastornos hepáticos como eosinofilia, leucopenia entre otros.

Al igual que con otros antibióticos betalactámicos se han descrito actividad mioclónica, alucinaciones, estados confusionales, pérdida de la audición alteración del gusto etc.

Interacción

Se han observado convulsiones generalizadas en pacientes que recibieron ganciclovir e imipenem +cilastatina. Estos dos medicamentos no se deben utilizar concomitantemente a menos que los beneficios potenciales sean mayores que los riesgos.

La administración concomitante de imipenem + cilastatina y probenecid duplico la concentración y la semivida plasmática del antibiótico pero no tubo ningun efecto sobre la recuperación de la orina.

El uso del imipenem –cilastatina en combinación con ciclosporinas en pacientes trasplantados se ha asociado con una menor incidencia de nefrotoxicidad inducida por ciclosporina.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Técnica de preparación de Imipenem

El imipenem de 500 mg debe ser disuelto y transferido a una solución para perfusión apropiada para alcanzar un volumen de 100 ml.

Un procedimiento que se sugiere es añadir aproximadamente 10 ml de la solución para perfusión al vial. Agitar bien y transferir la suspensión resultante al frasco de la solución.

La solución reconstituyente se debe inspeccionar visualmente por si hubiera partículas o decoloración antes de la administración.

Una vez reconstituida imipenem varia de incoloro a amarillenta lo cual no afecta la potencia de del producto.

El imipenem puede ser reconstituido con agua par inyectables o cloruro de sodio al 0,9% solución para perfusión.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación Atraves de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Bibliografía

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Bermúdez, M. Jiménez, V. (2012). Cuidados de Enfermería en la Administración de Vancomicina. Obtenido de www.slideshare.net/.../cuidados-de-enfermeria-en-la-a..

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospitals

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE AMPICILINA + SULBACTAN

DEFINICIÓN

Es la combinación de penicilina con inhibidor de las beta lactamasas, la adición de sulbactam a la ampicilina aumento su espectro contra las cepas de S. Aureus productora de betalactamasas .

OBJETIVO

Dar a conocer la terapéutica de los medicamentos para una utilidad adecuada en el paciente.

Mecanismos de Acción

Es un antibiótico que inhibe la síntesis de la pared celular durante la multiplicación bacteriana.

Farmacocinética

Tiene una vida media de 1-11/2 hora y de 10 24 horas en pacientes con severo daño renal.

Indicaciones

- En infecciones intraabdominales, ginecológicas, y de las estructuras de la piel ocasionadas por gérmenes susceptibles.
- En neumonía comunitaria adquirida
- En neumonía adquirida en hospitales
- En endocarditis infecciosa
- En enfermedad inflamatoria pélvica

Contraindicaciones

- En pacientes susceptibles a la ampicilina o a las cefalosporinas ya que puede presentar sensibilidad cruzada.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- En pacientes con mononucleosis ya que existe la posibilidad de rash maculopapular.

Efectos Adversos

- Puede existir disminución de granulocitos, plaquetas, hemoglobina, glóbulos blancos y aumento de la cantidad de eosinofilos, fosfatasa alcalina, creatinina y los niveles de LDL.
- Puede existir alteraciones en los resultados de exámenes de orina cuando se utiliza el Clinitest y Benedict.

Interacción

- Con los anticoagulantes por vía oral se incrementa el riesgo de sangrado
- Con anticonceptivos por vía oral se disminuye la efectividad de los anticonceptivos por lo que se debe utilizar otro método de anticonceptivo.
- Con el alopurinol se incrementa el riesgo de rash

Técnica de preparación

- En adultos diluir en 100cc y pasar e goteo lento en un tiempo no mayor a 3 horas se puede diluir e solución salina al 0.9% o dextrosa al 5%.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación Atraves de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la administración de ampicilina + sulbactan

- Debe conocer las pruebas de función renal ya que al recibir este fármaco y si hay alteración del funcionamiento renal se debe disminuir la dosis.
- Debe conocer que en pacientes con mal estado general o que reciben fármacos inmunosupresores si reciben tratamiento por periodos prolongados existe la posibilidad de infecciones micóticas
- El paciente debe reportar presencia de rash, fiebre o escalofrió ya que será manifestaciones de alergia al fármaco.
- Debe preguntar al paciente por antecedentes de reacciones alérgicas y además debe saber que aunque no hayan antecedentes de reacciones alérgicas existe la posibilidad que el paciente presente en cualquier ocasión.
- Los fármacos en presentación en polvo se puede diluir en agua estéril para dilución, en solución salina, dextrosa al 5% en agua y lactato ringer.
- Si se va a administrar en infusión se debe diluir con 50-100cc del diluyente seleccionado y administrar en 15- 30 minutos.
- Si el paciente recibe un antibiótico bacteriostático este fármaco se dará por lo menos con una hora de anterioridad.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía

Bermúdez, M. Jiménez, V. (2012). Cuidados de Enfermería en la Administración de Vancomicina. Obtenido de www.slideshare.net/.../cuidados-de-enfermeria-en-la-a..

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospital.

Universidad Hospital. (2013). Guía para la Preparación, control y vigilancia de los medicamentos. Colombia: Copyright

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA LA ADMINISTRACIÓN DE AMIKACINA

DEFINICIÓN

Es un antibiótico semisintético del grupo de los aminoglicósidos, derivado de la kanamicina de acción bacteriana.

OBJETIVO

- Realizar una administración segura del medicamento.

Mecanismos de Acción

- Es un bactericida que inhibe la síntesis de la membrana celular que se altera y causa la muerte celular.

Farmacocinética

- Se metaboliza como término medio de 2 a 3 horas, atraviesa la placenta está presente en la leche materna y se elimina en la orina.

Indicaciones

- Infecciones seriadas causadas por pseudomona aeruginosa, E. coli Proteus, klebsiella o Staphylococcus.
- Infecciones no complicadas de vías urinarias causadas por organismos no susceptibles a drogas menos tóxicas.
- En TB activa en forma conjunta con otros antituberculosos

Contraindicaciones

- Pacientes alérgicos a cualquier aminoglicósido, con enfermedad renal o hepática preexistente pérdida auditiva miastenia gravis, parkinson, butulismo infantil, lactancia.
- Se utiliza con precaución en pacientes ancianos y en el embarazo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Efectos Adversos

- A nivel del sistema nervioso existe ototoxicidad, confusión, desorientación, depresión, letargia, nistagmos, desordenes visuales, cefalea, fiebre, parestesias, convulsiones, debilidad muscular, bloqueo neuromuscular, apnea.
- A nivel cardiovascular palpitaciones, hipertensión, hipotensión.
- A nivel gastrointestinal, nausea, vómito, anorexia, diarrea, pérdida de peso, estomatitis, aumento de la salivación, esplenomegalia.
- Nefrotoxicidad a nivel del sistema urinario
- A nivel hematológico existe agranulocitosis, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia, eosinofilia, pancitopenia, anemia hemolítica, aumento o disminución de los reticulocitos, alteración de los electrolitos.
- Reacciones de hipersensibilidad como purpura, rash, urticaria, dermatitis, exfoliativa, prurito.
- Como otros efectos adversos que se presentan como dolor e irritación en los sitios que se administra la medicación.

Interacción

- Los siguientes fármacos pueden aumentar la nefrotoxicidad: Aciclovir, Anfotericin, vancomicina y otros aminogluucosidos.
- Con los anestésicos generales puede aumentar el bloqueo neuromuscular, se debe vigilar al paciente por el aumento de estos efectos.
- Con la indometacina puede aumentar los niveles de amikacina.
- Con los diuréticos de asa como la furosemida puede aumentar la ototoxicidad.
- Con la penicilina por vía parenteral puede inactivar la amikacina, no se debe mezclar.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Técnica de Preparación:

- Se administra por perfusión intermitente, diluido la dosis a administrarse en 100ml de solución salina o solución glucosada al 5%, administrar en 30-60- minutos

Procedimiento:

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Investigar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación Atraves de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la enfermera

- Previa la administración de esta medicación, la enfermera debe conocer antecedentes de alergia a cualquier aminogluocido, enfermedad hepática

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

o renal, pérdida auditiva pre- existente, miastenia gravis, parkinson, butilismo infantil, lactancia, deshidratación, desorden neuromuscular.

- Debe valorar el color de la piel, capacidad auditiva, estado de hidratación, antes, durante y después del tratamiento.
- También se debe valorar, peso, estado de orientación, reflejos y movimientos intestinales del paciente.
- Usualmente el tratamiento dura de 7 a 10 días si no existe respuesta clínica dentro de los 3- 5 días se debe suspender el tratamiento.
- Si se administra el fármaco por vía IM se lo hará en forma profunda.
- Este fármaco solo existe en forma IM y IV.
- Se debe indicara al paciente que puede presentar cefalea, ruidos auditivo, mareo que es reversible, nausea, vomito pérdida de apetito.
- Debe reportar dolor intenso en el sitio de la inyección, cefalea intensa, perdida de la audición, cambio en la eliminación urinaria, dificultad en la respiración, rash y lesiones dérmicas.
- Cuando se administra por vía IV se debe diluir el contenido con 100cc a 200cc de Dextrosa al 5% o en S.S isotónica, cuando se administra a adultos, en niños depende de la dosis indicada.
- En adultos y niños se debe administrar durante 30- 60 minutos y en infantes de 1 – 2 horas.
- Luego de la administración se debe lavar la vía con solución isotónica o Dextrosa al 5% en agua.

Bibliografía:

Bermúdez, M. Jiménez, V. (2012). Cuidados de Enfermería en la Administración de Vancomicina. Obtenido de www.slideshare.net/.../cuidados-de-enfermeria-en-la-a..

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Lcdas de los servicio del Hospital Maria Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Peru: Hospital Maria Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospitals.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE METRONIDAZOL

DEFINICIÓN

El metronidazol es un nitroimidazol antibiótico y antiparasitario que se utiliza principalmente en el tratamiento de las infecciones debido a parásitos y bacterias anaerobias, se emplea en el tratamiento de acné rosácea de la amebiasis.

OBJETIVO

Administración segura y eficaz del medicamento

Mecanismos de Acción

- Actúa directamente contra las amebas y tricomonas, en la parte interna y externa del intestino. En células de organismos que contienen nitroreductasa forman compuestos que impiden la síntesis del ADN causando la muerte celular.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 6-8 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina en orina y heces.

Indicaciones

- En infecciones agudas por bacterias anaeróbicas susceptibles
- En amebiasis intestinal aguda
- En absceso hepático amebiano
- En tricomoniasis
- Como profilaxis en el preoperatorio, trans- operatorio y post- operatorio de cirugías colo- rectal.
- La aplicación tópica en el tratamiento de pápulas, pústulas, y en eritema en rosácea.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- También se utiliza como profilaxis en pacientes con cirugías ginecológicas, encefalopatías hepáticas, enfermedad de Crohn, en colitis pseudomembranosa asociada a antibiótico terapia y en el tratamiento de Gardnerella vaginalis.

Contraindicaciones

- En pacientes con hipersensibilidad al Metronidazol, en embarazo no se debe usar en tricomoniasis, en el primer trimestre del embarazo.
- No se debe utilizar cuando hay antecedentes de discrasias sanguíneas, problemas del sistema nervioso central o cambio de retina o alteraciones del campo visual.

Efectos Adversos

- Existe convulsiones, ataxia, mareo, confusión, irritabilidad, debilidad, debilidad, depresión, neuropatía periférica.
- Dolor del pecho, arritmias cardíacas, hay aplanamiento en la onda T y tromboflebitis cuando se administra por vía IV.
- También se presenta náusea vómito, dolor abdominal tipo calambre, estomatitis, diarrea, constipación, proctitis, boca seca y sabor metálico.
- Hay rinitis, sinusitis, faringitis, vaginitis, color oscuro de la orina, diuresis, dispareunía, resecamiento de vulva y vagina, prurito vaginal, candidiasis, disminución de la libido.
- A nivel hematológico hay neutropenia y leucemia.
- Existe dolor articular en forma transitoria, y puede haber rash.

Interacciones

- Disminución de su efectividad con los barbitúricos
- Existe una reacción parecida a la del Disulfiram cuando se hinciere alcohol
- Aumento de la tendencia a la hemorragia con los anticoagulantes orales.
- Con la cimetidina se incrementa la toxicidad del Metronidazol ya que se inhibe el metabolismo hepático.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Con el litio se puede aumentar se puede aumentar la toxicidad
- Con el fenobarbital y la fenitoina puede disminuir la efectividad del Metronidazol, puede reducir la eliminación de la fenitoina.

Técnica de preparación

- Las soluciones utilizadas como solventes se en cuenta el suero fisiológico, solución glucosada al 5%, a través de infusión intermitente o infusión continua, la dilución es de 500mg en 100ml de solución.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación Atraves de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Responsabilidad de la Enfermera

- La enfermera debe valorar la presencia de reflejos, características de la piel, color, palpación de abdomen y de hígado, examen de orina.
- Se debe insistir al paciente que durante el tratamiento y después de tres días de haber terminado el mismo no debe ingerir alcohol.
- Los medicamentos por vía oral se debe administrar con un vaso de agua y con estómago lleno.
- Observar al paciente que reciba corticoesteroides y metronidazol IV ya que puede presentar edema por retención de sodio.
- El paciente debe saber que la orina puede aparecer de color oscuro.
- Puede presentar efectos colaterales como boca seca, sabor metálico que puede disminuir chupando caramelos sin azúcar además puede presentar náusea, vómito y diarrea.
- Si hay presencia de severo malestar gástrico, mareo, fatiga inusual, fiebre y escalofrío debe reportar de inmediato.
- Si la paciente recibe tratamiento por tricomoniasis la pareja debe utilizar condón durante la relación sexual.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospital.

Universidad Hospital. (2013). Guía para la Preparación, control y vigilancia de los medicamentos. Colombia: Copyright

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE GENTAMICINA

DEFINICIÓN:

Es un medicamento antibiótico que se utiliza para la lucha contra las bacterias gran negativa, no es capaz de atravesar la pared intestinal y su administración solo se puede hacer por vía intravenosa o intramuscular.

OBJETIVO:

Eliminar los microorganismos causales de la patología que afecta al usuario, mejorando su estado de salud.

Mecanismos de Acción

- Son antibióticos con acción bactericida, inhiben la síntesis proteica en bacterias Gran- negativas susceptibles y además alteran la integridad de la membrana celular de la bacteria causando la muerte.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en 1-15 a 2 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche y se elimina por la orina.

Indicaciones

- Tratamientos cortos para infecciones serias causadas por Pseudomonas, Escherichia coli, variedades de Proteus, Klebsiella, Serratia.
- También se utiliza cuando se sospecha de una infección por Gran- Negativos y cuando aún no se tiene los resultados del cultivo y antibiograma.
- Intratecal se utiliza en infecciones por Gran- Negativos en infecciones serias de SNC como meningitis, ventriculitis, infecciones causadas por especies susceptibles de pseudomona.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Las preparaciones oftálmicas en tratamientos de infecciones oculares superficiales causadas por micro-organismos susceptibles a este fármaco.
- Las preparaciones dermatológicas se utilizan como profilaxis de infecciones de áreas superficiales de la piel causados por organismos susceptibles a la gentamicina.

Contraindicaciones

- Está contraindicado en pacientes con alergias a cualquier aminoglucosido, enfermedad renal, enfermedad hepática, pérdida auditiva preexistente, miastenias gravis, Parkinson, butulismo infantil.
- También se puede utilizar con precaución en pacientes ancianos, con función renal disminuida, con deshidratación, desordenes neuromusculares y embarazo.

Efectos Adversos

- A nivel del SNC puede existir ototoxicidad, confusión, desorientación, depresión, letargia, nistagmos, alteraciones visuales, cefalea, fiebre, amortiguamiento, temblor, parestesias, convulsiones, apnea.
- A nivel del sistema cardiovascular existe hipertensión o hipotensión.
- A nivel del sistema gastrointestinal presenta náusea vómito, anorexia, diarrea, pérdida de peso estomatitis aumento de la salivación y esplenomegalia.
- El sistema hematológico se observa agranulocitosis, leucopenia, leucocitosis, trombocitopenia, eosinofilia, pancitopenia, anemia hemolítica, aumento o disminución de la cantidad de reticulocitos, alteraciones de los electrolitos.
- A nivel del sistema genitourinario se presenta nefrotoxicidad
- A nivel hepático hay toxicidad y hepatomegalia.
- Cuando presenta hipersensibilidad se observa purpura rash, urticaria, dermatitis exfoliativa y prurito.
- También se puede observar presencia de infecciones generalizadas dolor e irritación en el sitio de la administración IM o IV

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Interacciones

- Si el paciente recibe simultáneamente diuréticos o drogas similares como la cefalosporina, vancomicina, Methoxyflurane y Euflurane aumenta la ototoxicidad y la nefrotoxicidad .
- Aumenta el bloqueo neuromuscular cuando se ha administrado después de poco tiempo de haber recibido anestésicos de tipo general pudiendo causar paro respiratorio.
- Potencia la inactivación de la gentamicina si se mezcla con antibióticos tipo beta- lactámicos.
- Aumenta el efecto bactericida con las penicilinas, cefalosporinas.

Técnica de Preparación

- Su preparación será para infusión intermitente adicionar a la dosis de 50 a 100 ml de solvente se administrara de 20 a 60 minutos, soluciones utilizadas como solventes suero fisiológico y solución glucosada al 5%.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la administración de la Gentamicina

- Antes de indicar y durante la administración de estos fármacos se debe valorar la función del oído para detectar vértigo o disminución auditiva ya que su administración puede implicar un daño de este órgano.
- Es importante conocer si el paciente tiene alergia a cualquier aminoglucosido, presencia de enfermedad renal o hepática, pérdida auditiva preexistente, miastenia gravis, Parkinson, embarazo, lactancia, deshidratación o problemas neuromusculares.
- Controlar la función renal para detectar problemas de nefrotoxicidad
- Cuando el paciente recibe estos fármacos se debe sugerir la ingesta de 1500 a 2000cc diarios de líquidos, para una función renal adecuada.
- Si no existe respuesta al tratamiento de 3 a 5 días, se suspenderá estos fármacos ya que el tratamiento prolongado puede aumentar el riesgo de toxicidad.
- Al administrar estos fármacos por vía IM se lo hará en forma profunda.
- Si el paciente presenta náusea o anorexia deberá recibir comidas frecuentes.
- Al paciente se le deberá indicar que debe completar la dosis del fármaco e insistir la necesidad de líquidos.
- Se le informara que puede presentar dolor en el sitio de la inyección, cefalea, mareo, pérdida auditiva, cambio en la orina, dificultad respiratoria, rash o lesiones de la piel y que deben ser comunicados.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospital.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEROPENEM

DEFINICIÓN

Es un antibiótico sistemático de la familia de los carbapenems que se utiliza por vía IV, el meropenem no necesita para activarse la administración de un inhibidor de las enzimas renales como la cilastatina

OBJETIVO

Conocer al fármaco para su administración correcta

Mecanismos de Acción

- El meropenem inhibe la formación de pared celular, facilitando la lisis de la bacteria, siendo su efecto bactericida, la interferencia del meropenem con la síntesis de la pared celular tiene lugar en la fase tercera y última de la misma, al unirse de forma preferencial a determinadas proteínas bacterianas, denominadas “proteínas ligados específico de las penicilinas”

Farmacocinética

- El meropenem se administra por vía IV, después de una inyección el medicamento se distribuye en la mayor parte de los tejidos y fluidos incluyendo el líquido cefalorraquídeo. Al final de una infusión de una dosis única de 500mg, la concentración plasmática oscila entre los 14-26mg/ml
- Aproximadamente el 70% de la dosis del fármaco se excreta en la orina en 12 horas. En pacientes con la función renal normal la semi- vida de eliminación es de 1.2 horas, aumentando hasta las 10 horas en los pacientes con insuficiencia renal.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Indicaciones

- Antibiótico alternativo de tercera elección cuando el tratamiento con otros antibióticos no da resultados satisfactorios, se utiliza en el tratamiento de las infecciones por gérmenes sensibles como infecciones intraabdominales, meningitis, las infecciones respiratorias, septicemia, infecciones de la piel, infecciones de vías urinarias e infecciones en pacientes inmunodeprimidos.

Contraindicaciones

- No se utiliza en pacientes con hipersensibilidad a las cefalosporinas, inipenem o a cualquier antibiótico beta- lactámico ya que puede existir una alergia cruzada entre ambos tipos de antibióticos.
- Se debe utilizar con precaución en pacientes con historia de epilepsia o episodios de convulsivos.

Reacciones Adversas

- Reacciones locales durante la inyección IV como inflamación, tromboflebitis, dolor.
- También se ha observado reacciones gastrointestinales como dolor abdominal, náusea, vómito, diarrea. Reacciones hematológicas como trombocitopenia, eosinofilia, neutropenia reversible. Reacciones a nivel del SNC como cefalea, parestesias, convulsiones, otras reacciones como candidiasis oral y vaginal.

Interacción

- El probenecid inhibe la eliminación renal del meropenem al competir con él en los sitios de secreción tubular activa. Se ha descrito varios casos de pacientes tratados con ácido valproico en los que la administración de meropenem ocasionó una reducción de los niveles plasmáticos del anticonvulsivante con el desarrollo subsiguiente de ataques epilépticos.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Técnica de preparación

- La concentración reconstituida es de 50mg/ml
- 500mg....10ml
- 1000mg...20ml
- Soluciones compatibles, suero fisiológico, suero glucosado al 5%, se debe administrar por infusión de 15-30 minutos.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de Enfermería en la Administración de Meropenem

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Usar las soluciones de meropenem inmediatamente y su estabilidad depende de la solución empleada.
- Dar seguimiento si hay enfermedad hepática
- Realizar `pruebas regulares de sensibilidad

Bibliografía

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospital.

Universidad Hospital. (2013). Guía para la Preparación, control y vigilancia de los medicamentos. Colombia: Copyright

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE CIPROFLOXACINA

DEFINICIÓN

Es un antibiótico del grupo de las fluoroquinolonas

OBJETIVOS

Administrar el fármaco con mayor seguridad, eficacia y efectividad

Mecanismos de Acción

- Son antibacterianos de amplio espectro y son susceptibles a las bacterias Gran- Negativas previniendo la reproducción celular y la muerte de la bacteria.

Farmacocinética

- Parcialmente se metaboliza en el hígado y se eliminan primariamente y sin cambio a través de la orina.

Indicaciones

- Infecciones intra- abdominales complicadas.
- Severas y complicadas infecciones del tracto urinario, del tracto respiratorio, de piel y sus estructuras.
- Diarreas infecciosas y en fiebre tifoidea.
- Neumonía nosocomial.
- Mediana o moderada infección de vías urinarias
- Prostatitis bacteriana crónica
- Sinusitis aguda mediana o moderada
- Profilaxis del ántrax
- Prevención de ántrax luego de la exposición

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Contraindicaciones

- En pacientes con alteraciones del sistema nervioso central como convulsiones, arterioesclerosis cerebral, el fármaco puede causar estimulación del SNC.
- En personas con alergia a cualquier quinolona, en embarazo y en la lactancia
- En personas de 60 años o más que han tenido trasplante de corazón, riñón o pulmones, se incrementa el riesgo de ruptura del tendón o tendinitis.
- En pacientes con miastenia gravis se puede incrementar la debilidad muscular

Efectos Adversos

- A nivel del SNC: puede presentar cefalea, mareo, insomnio, fatiga, somnolencia, depresión, visión borrosa y convulsiones.
- En el sistema gastrointestinal: náusea, vómito, boca seca, diarrea y dolor abdominal,
- Puede presentar también hepatotoxicidad, reacciones de hipersensibilidad, nefritis intersticial, flebitis, colitis pseudomembranosa.
- Debe usarse cuidadosamente en personas con fallo renal y convulsiones.
- A nivel hematológico, leucopenia, neutropenia, trombocitopenia e eosinofilia.

Interacciones

- Disminuye el efecto terapéutico con las sales de hierro.
- Los antiácidos también disminuyen los efectos terapéuticos, se administra después de 2 a 6 horas que el paciente a recibido estos medicamentos.
- Con la ciclosporina se incrementa la toxicidad de esta.
- Los analgésicos no esteroides incrementan el riesgo de estimulación del SNC.
- Los esteroides incrementan el riesgo de tendinitis y ruptura de tendón
- Con la warfarina se incrementa el efecto anticoagulante.
- Con la codeína se incrementa el efecto de la cafeína.
- Los productos lácteos disminuyen los niveles de la droga por lo que el paciente debe tomar con el estómago vacío.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Con el jugo de naranja fortificado con calcio disminuye la absorción gastrointestinal de la droga.
- La exposición al sol puede causar reacción de foto sensibilidad por lo que el usuario debe evitar excesiva exposición al sol.
- Aumenta los niveles séricos y efectos tóxicos de la teofilina.

Técnica de preparación

- Se realiza a través de infusión intermitente, los sueros compatibles suero fisiológico, suero glucosado al 5%, no necesita disolvente se debe administrar en un tiempo de 30 a 60 minutos.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Preguntar si el paciente tiene alergia al medicamento
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de Ciprofloxacina

- La administración oral de este fármaco con un vaso de agua debe ser una 1 hora antes o 2 horas después de las comidas.
- Se debe vigilar que el paciente este bien hidratado durante el tiempo que reciba este fármaco.
- Si el paciente necesita recibir antiácidos, se debe esperar por lo menos dos horas después que haya ingerido la medicación.
- El paciente debe ingerir comidas frecuentes para evitar la presencia de molestias gastrointestinales.
- Se debe indicar al paciente que los efectos colaterales que pueden presentar son: náusea, vómito, dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, por lo que debe consultar a su médico.
- También puede mareo visión borrosa, por lo que se debe advertir la no utilización de maquinaria y de no conducir vehículo.
- Además se debe advertir a la paciente utilizar protectores solares y ropa de protección para prevenir reacciones de foto sensibilidad.
- Se debe explicar al paciente la importancia de completar el tratamiento por el tiempo indicado a pesar de que el paciente mejore su estado general.
- Registrar la administración de la medicación.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospital.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

ANALGÉSICOS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DEL ACETAMINOFÉN

DEFINICIÓN

Es un analgésico, antiinflamatorio y antipirético se utiliza para el alivio de dolores menores como severos, como dolores post operatorios, proporcional cuidados paliativos en pacientes con enfermedades avanzadas y catastróficas.

OBJETIVOS

Es aliviar los dolores leves y moderados que el paciente manifiesta para lograr su bienestar.

Mecanismos de acción

- Como antipirético reduce la fiebre cuando actuando directamente en el hipotálamo, centro regulador del calor causando vasodilatación y sudoración lo que lo que ayuda a eliminar el calor. Si piensa que actúa como analgésico inhibe las prostaglandinas y otras sustancias que sensibilizan los receptores del calor.

Farmacocinéticas

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de ½ hora a 3 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina en la orina

Indicaciones

- Para reducir temporalmente la fiebre, reducción temporal de dolores menores causados por resfrió común e influenza, cefalea dolor de garganta, dolor dental en pacientes de más de 2 años, lumbalgia,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

dismenorrea, dolores artríticos leve y mialgias en pacientes de más de 12 años.

Contraindicaciones

- El paciente con hipersensibilidad a la droga
- Se debe utilizar con cautela en pacientes con problemas hepáticos y con antecedentes de alcoholismo, debido a que las dosis terapéuticas causan hepatotoxicidad en estos pacientes.
- Alcohólicos crónicos no deben tomar más de 2 gramos de Acetaminofén cada 24 horas.

Efectos Adversos

- Existe anemia hemolítica, leucopenia, neutropenia y pancitopenia.
- Ictericia, hipoglucemia, urticaria y rash
- A nivel cardiovascular hay dolor de pecho, disnea, daño miocárdico cuando la dosis de 5-8g/día recibe por algunas semanas o cuando la dosis de 4 g/día se ingieren por un año
- A nivel renal puede haber fallo renal agudo y necrosis tubular agudo

Interacciones

- Altas dosis por tiempos prologados de rifampicina, barbitúricos, carbamazepina, puede reducir los efectos terapéuticos de acetaminofén y aumentan la posibilidad de efectos hepatotòxicos.
- Con la warfarina puede aumentar el efecto del fármaco
- Disminuye la efectividad con los anticolinérgicos
- La cafeína puede aumentar el efecto analgésico del acetaminofén
- La ingestión de alcohol puede aumentar el riesgo del daño hepático.
- Técnica de Preparación

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Solución IV para infusión 10mg/ml, durante un tiempo de 15 minutos, viene en viales de vidrio puede ser utilizada con solución salina al 0,9% o solución glucosada.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de Acetaminofén

- La enfermera debe conocer antecedentes de alcoholismo, alergias al acetaminofén, alteraciones a la función hepática, embarazo y lactancia.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Se debe consultar al médico si se debe dar este fármaco al niño por más de 5 días o en adultos por más de 10 días.
- Si el paciente recibe otro fármaco que contenga acetaminofén se debe considerar esta cantidad para calcular la dosis de 24 horas.
- Se debe indicar al paciente que no debe utilizar este fármaco si la temperatura es mayor de 39.5°C por más de tres días o si hay fiebre recurrente se utilizara solo por indicación médica.
- Se debe alertar al paciente que dosis altas o por prolongado tiempo puede causar daño hepático.
- El acetaminofén aparece en la leche materna menos del 1% de la dosis.
- Se puede utilizar en forma segura por periodos cortos y siempre que no exceda de la dosis recomendada.
- Se debe administrar el fármaco con las comidas para evitar molestias gástricas.
- Se debe reportar la presencia de rash, hemorragias inusuales, color amarillo en la piel y en los ojos, alteraciones en la eliminación.
- Cuando se administra por vía IV se debe utilizar dentro de las 6 horas siguientes a la preparación y se administra durante 15 minutos
- No se debe añadir otras medicaciones en el set que se administra este fármaco: son incompatibles con el diazepam Clorpromacina por lo que no se administrara en forma simultánea.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ASPIRINA INFANTIL

DEFINICIÓN

Su nombre comercial ácido acetil salicílico, tiene propiedades analgésicas, antipiréticas antiinflamatorias y también reduce la coagulación de la sangre.

OBJETIVOS

Conocer su forma de acción y precauciones en su administración

Mecanismos de Acción

- Como antipirético reduce la fiebre actuando directamente en el hipotálamo, en el centro regulador del calor causando vasodilatación y sudoración lo que ayuda a eliminar el calor.
- Se piensa que actúa como analgésico inhibiendo las prostaglandinas y otras sustancias que sensibilizan los receptores de calor.
- En dosis bajas interfiere en la coagulación evitando la formación de la sustancia antiagregante plaquetaria.
- Farmacocinética
- Se metaboliza en el hígado en un término medio de 15 minutos a 12 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina en la orina

Indicaciones

- En artritis reumatoide, osteoartritis y otras condiciones poli artríticas inflamatorias.
- Artritis reumatoide juvenil
- En dolor moderado o fiebre
- En sospecha de infarto agudo de miocardio

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Para reducir el riesgo en pacientes con infarto agudo de miocardio, angina inestable y angina pectoris inestable.
- Para reducir el riesgo de ataques de isquemias, infarto o muerte en pacientes con riesgo.
- En infarto isquémico agudo
- Angioplastia coronaria transluminal percutánea
- Síndrome de kawasaqui

Contraindicación

- Está contraindicado en pacientes con alergia a los salicilatos o analgésicos no esteroides, con pólipos nasales, asma, urticaria crónica, alergias a tartrazina, hemofilia, úlceras sangrantes, estados hemorrágicos, defectos de coagulación, hipoprotrombinemia deficiencia de vitamina k, síndrome de reyes.
- Productos orales o rectales que contengan aspirina o salicilatos no se deben administrar a niños con síntomas de sarampión con o sin fiebre debido al riesgo del síndrome de reyes

Efectos Adversos

- Puede haber una intoxicación aguda por aspirina, que se caracteriza por alcalosis respiratoria, taquipnea, hemorragia, confusión, edema pulmonar, convulsiones, acidosis metabólica, fiebre, coma, colapso cardiovascular renal y respiratorio
- Intolerancia a la Aspirina: exacerbación de broncoespasmo rinitis cuando hay pólipos nasales y asma
- A nivel Gastro Intestinal hay nausea, dispepsia, hiperacidez, dolor epigástrico, anorexia, hepatotoxicidad, presencia de sangre oculta en heces.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Interacciones

- Aumenta el nivel de salicilato sérico debido a que disminuye la eliminación de salicilato en presencia de acidificantes de la orina como el Ácido Ascórbico y la Metionina.
- Aumenta la toxicidad del salicilato con furosemida
- Con antiácidos, alcalinizantes, metazolamida, acetazolamida, disminuye los niveles séricos del salicilato debido al aumento de la excreción renal de los salicilatos
- Con más de 2 g diarios de aspirina disminuye los efectos de las sulfonilurias e insulina.
- Los salicilatos disminuyen los efectos antihipertensivos de captopril y de los bloqueadores beta adrenérgicos, se sugiere suspender la aspirina
- Cuando el paciente tiene problema renal y recibe furosemida o espironolactona. La aspirina disminuye los efectos de estos diuréticos.
- Puede haber hipotensión cuando recibe Nitroglicerina y Aspirina.
- Con los antidiabéticos orales se incrementa el riesgo de hipoglicemia
- Con la heparina se incrementa el riesgo de hemorragia.
- Con los betas bloqueadores se incrementa el efecto antihipertensivo.
- Con los corticosteroides aumenta la eliminación de los salicilatos.
- Con el ibuprofeno y otros analgésicos no esteroides disminuyen el efecto cuando el paciente recibe dosis bajas de aspirina , si utiliza aspirina sin cubierta entérica deberá tomar ibuprofeno por lo menos 30 minutos después u ocho horas antes de la aspirina

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.

- Los medicamentos deben ser preparados en el cuarto de drogas
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Investigar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación Atraves de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidades de la Enfermera en la administración de la Aspirina

- Debe conocer si el paciente tiene o no alergias a los salicilatos o analgésicos esteroides, problemas de coagulación, de ulcera sangrante, hipoprotrombinemia, déficit de vitamina k, hemofilia, problemas hepáticos o renales, sarampión, influenza, niños con fiebre acompañada de deshidratación, cirugía planificada dentro de una semana, embarazo y lactancia.
- Debe valorar color de la piel T°, P, TA, se debe valorar ruidos intestinales, examen elemental y microscópico de orina, exámenes de función hepática .
- Se debe administrar con alimentos, leche o antiácidos para evitar problemas gastrointestinales.
- Se debe tomar con un vaso de agua para evitar adherencia en el esófago.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- No usar aspirina si la tableta tiene un fuerte olor a vinagre olor característico de su descomposición.
- Debe conocer las medidas de emergencia en caso de toxicidad como lavado gástrico provocar vómito y la terapia de soporte.
- Se debe mantener fuera del alcance de los niños ya que esta droga puede ser peligrosa en ellos.
- Es necesario conocer si otra medicación que recibe al mismo tiempo contiene aspirina para evitar una sobredosis
- El paciente debe conocer los efectos colaterales que puede presentar a recibir esta droga náusea, malestar gástrico, encías sangrantes.
- Debe reportar presencia de mareo, confusión, dolor abdominal persistente, respiración rápida o con dificultad , vomito o heces con sangre
- Si la presentación es un supositorio se debe mantener refrigerado
- Si el paciente tiene dificultad para tragar la tableta se puede triturar y mezclar con alimentos o líquidos y tomar de inmediato.
- Si la tableta tiene cubierta entérica no se debe romper o aplastar

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE TRAMADOL

DEFINICIÓN

Es un medicamento de acción central del tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la medula espinal y del cerebro.

OBJETIVO

Aliviar el dolor de intensidad moderada y severa.

Mecanismos de Acción

- Se une a los receptores opioides e inhibe la Norepinefrina y la Serotonina, causa muchos efectos similares a los de los opioides.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 6-7 horas, atraviesa la placenta, se elimina en la orina.

Indicaciones

- Para calmar el dolor crónico moderado y severo

Contraindicaciones

- En pacientes con hipersensibilidad al tramadol u otros opioides, con severo daño renal, madre en periodo de lactancia con intento de suicidio, con intoxicación aguda con alcohol, recibiendo hipnóticos, analgésicos que actúan a nivel central o drogas psicotrópicas.
- En pacientes con depresión respiratoria, asma aguda o severa con hipercapnea en donde no se dispone de equipo de resucitación.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Cuando el paciente tiene antecedentes de reacción de hipersensibilidad a la codeína o a otros opioides puede presentar una serie de reacciones de hipersensibilidad con la primera dosis.
- Se debe utilizar con precaución en pacientes con riesgo de convulsiones o de depresión respiratoria, con aumento de la presión intracraneal, con traumatismo intracraneal, problemas abdominales, alteraciones renales o hepáticas o en pacientes con dependencia física a los opioides.
- Los síntomas de sobredosis en el paciente son; letargia, somnolencia estupor, coma, flacidez muscular, depresión respiratoria, miosis, bradicardia, hipotensión, paro cardiaco y la muerte.

Efectos Adversos.

- Confusión, mareo, somnolencia, vértigo, convulsiones, ansiedad, estimulación del SNC, euforia, alteraciones del sueño, nerviosismo.
- Alteraciones visuales, náusea, vomito dolor abdominal, anorexia, dispepsia, flatulencia y sequedad de la boca.
- Síntomas menopaúsicos, proteinuria, frecuencia urinaria, retención urinaria.
- A nivel respiratorio: depresión respiratoria.
- A demás puede existir prurito, diaforesis, rash.

Interacción

- Con la Carbamazepina aumenta el metabolismo del tramadol; si el paciente recibe tratamiento con 800 mg diarios de carbamazepina puede necesitar doblar la dosis recomendada de tramadol.
- Con opioides depresores del SNC pueden causar efectos aditivos, si es necesario se reducirá la dosis de tramadol.
- Con la quinidina puede aumentar el nivel de tramadol.
- Con el alcohol puede tener efectos aditivos

Técnica de Preparación

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- La administración IV debe ser lenta, en infusión intermitente diluir la dosis prescrita en 50 a 100 ml de solución compatible y administrar de 30 a 60 minutos. En infusión continua diluir la dosis prescrita como por ejemplo 2 ampollas en 500ml de solución compatible el ritmo de infusión adecuado es de 10-20 gtas/ minutos o 30- 60 gotas/ minuto que equivale al 12-44mg/h de tramadol.
- La solución compatible es la solución salina al 0.9%, dextrosa destilada al 5%, o lactato ringer.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa, rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis, numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Responsabilidad de la Enfermera en la administración del tramadol

- La enfermera debe conocer antecedentes de alergia al tramadol, embarazo, intoxicación con alcohol, opioides, drogas psicotrópicas, analgésicos que actúan a nivel central, periodo de lactancia, convulsiones, daño hepático y renal.
- Debe valorar el color de la piel, textura, lesiones, reflejos, TA, P ruidos intestinales, pruebas de función renal, control de eliminación.
- Si presenta efectos sobre el SNC se controlara la temperatura ambiental, diaforesis.
- Debe valorar las características del dolor cada 30 minutos.
- Se debe valorar las características de la respiración, si son menos de 10 respiraciones debe comunicar al médico y no administrar la medicación.
- Para optimizar el efecto analgésico se debe administrar antes de que aparezca el dolor en forma intensa.
- El tramadol causa dependencia similar a la que produce la codeína y por lo tanto es peligroso el abuso.
- El fármaco se debe suspender de forma paulatina ya que la suspensión abrupta provocaría una crisis de abstinencia
- El paciente debe conocer de que debe tomar la dosis indicada y con la frecuencia establecida.
- Debe tener precaución cuando se incorpore o camine, no debe realizar actividades que demanden concentración y alerta.
- Mujeres en edad fértil deben tomar medidas de anticoncepción, cuando hay embarazo no puede tomar este fármaco.
- Debe conocer que puede presentar los siguientes efectos colaterales: mareo, confusión, sedación, alteraciones visuales, nausea severa, estreñimiento severo se debe indicar al médico.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospitals.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

ANTIHIPERTENSIVOS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LOSARTAN

DEFINICIÓN

Es el primer miembro de una nueva familia de antihipertensivos orales denominada antagonistas de los receptores de angiotensina II. Tanto el losartán como su metabolito activo son antagonistas selectivos del receptor AT1.

OBJETIVO

Dar a conocer los principios y precauciones en la administración de la medicación

Mecanismos de Acción

- Produce un efecto antihipertensivo compitiendo con la actividad de los receptores de la angiotensina II, bloquea el efecto vasoconstrictor del sistema renina-angiotensina aldosterona, lo que permite la disminución de la TA.
- Farmacocinética
- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 6-9 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna, se elimina en orina y en heces.

Indicaciones

- Esta indicado en el tratamiento de hipertensión como monoterapia o con otros antihipertensivos.
- Tratamiento de nefropatía diabética con creatinina sérica elevada y proteinuria en pacientes diabéticos insulino dependientes y con historia de hipertensión.
- Disminución del riesgo de ACV en pacientes con hipertensión e hipertrofia ventricular izquierda.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Contraindicaciones

- Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad a este fármaco o a sus componentes.
- También está contraindicado en el embarazo porque puede haber daño o muerte fetal.
- Se debe utilizar con precaución en daño renal o hepático, hipovolemia, antecedentes de angiodema.
- Si existe hipotensión taquicardia o bradicardia ya que son manifestaciones de sobredosis.

Efectos Adversos

- A nivel del SNC puede presentar: cefalea, mareo, debilidad muscular, alteraciones del sueño, ansiedad y fatiga.
- A nivel cardiovascular se reporta hipotensión e hipotensión ortostática
- A nivel gastrointestinal, existe diarrea, dolor abdominal, dispepsia.
- Existe visión borrosa
- Mialgias, calambres musculares
- Alopecia, prurito, rash

Interacción

- Disminuye los niveles séricos y la efectividad del fármaco si se toma en forma conjunta con el fenobarbital, indometacina, y rifampicina.
- Puede incrementar los niveles del carbonato de litio.
- Los analgésicos no esteroides pueden disminuir los efectos antihipertensivos
- Los diuréticos ahorradores de K y los suplementos de K pueden causar hipercalcemia.
- Este fármaco se convierte en un metabolito activo con el fluconazol
- Con el ketoconazol y el fluconazol se puede incrementar el efecto antihipertensivo del losatán.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Técnica de preparación

- Su comprimido es por vía oral

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Investigar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la administración del Losartán

- Cuando se utiliza esta droga sola, tiene menos efecto en la TA en pacientes de raza negra que en pacientes de otras razas por lo que se asocia con diuréticos.
- Pacientes con fallo cardiaco o cuya función renal dependen del sistema aldosterona-angiotensina puede presentar insuficiencia renal aguda durante

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

el tratamiento por lo que es necesario un control cercano al paciente, especialmente en las primeras semanas de la terapia.

- Indicar al paciente que si presenta edema en la cara, lengua, párpados o labios o presentar dificultad para respirar debe reportar de inmediato al médico.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospitals.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ENALAPRIL.

DEFINICIÓN:

Es un inhibidor de la ECA ACE, convertidor de la angiotensina

OBJETIVO:

Realizar una administración adecuada de la medicación

Mecanismos de Acción

- Es un antihipertensivo que bloque la conversión de angiotensina I a angiotensina II, disminuyendo la TA y la secreción del aldosterona, aumentando levemente los niveles séricos de K, provoca pérdida de Na y de líquidos, aumenta la síntesis de prostaglandinas que también están involucradas en el proceso antihipertensivo .

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un periodo de ½ hora a 11 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina en la orina.

Indicaciones

- En el tratamiento de la hipertensión solo o en combinación con otros antihipertensivo especialmente con diuréticos tiacídicos.
- Tratamiento en el fallo cardiaco agudo y crónico
- Tratamiento asintomático de disfunción ventricular izquierda.
- Control de la proteinuria en nefropatía diabética

Contraindicaciones

- Cuando existe alergia al fármaco
- Se debe utilizar con precaución en fallo renal, embarazo y lactancia.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Efectos Adversos

- Se ha descrito cefalea, fatiga, mareo, insomnio, parestesias.
- Sincope, dolor torácico, palpitaciones, hipotensión.
- Irritación gástrica, náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, dispepsia, enzimas hepáticas elevadas.
- Deterioro de la función renal, impotencia, calambres musculares, tos, hiperhidrosis.

Interacciones

- Disminuye el efecto antihipertensivo si se toma conjuntamente con analgésicos no esteroideos, idometacina y rifampicina.

Técnica de Administración

- Su administración es por vía oral

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la administración de Enalapril

- La enfermera debe conocer antecedentes del paciente de alergia al fármaco, daño renal embarazo y lactancia.
- Debe observar la presencia de lesiones y color en la piel, respuesta de reflejos, TA, P, perfusión periférica, membranas, ruidos intestinales, función renal, uroanálisis.
- Durante las primeras semanas que está recibiendo enalapril y simultáneamente diuréticos se debe vigilar a la paciente por excesiva hipotensión.
- Si la paciente presenta situaciones como diarrea, diaforesis excesiva, deshidratación que reduce el volumen corporal, podría presentar una hipotensión severa.
- El fármaco no se puede suspender sin previo aviso al médico.
- No debe ingerir medicamentos para la tos, el resfriado o antialérgicos que pueden interactuar con este fármaco.
- El paciente debe saber que puede experimentar los siguientes efectos colaterales: molestias gastrointestinales, anorexia, cambio en la sensación del gusto que será transitorio, desecamiento de la boca, taquicardia, mareo, cefalea, que usualmente desaparece en pocos días, debe cambiar de posición lentamente, no debe realizar actividades que requieran de atención y precisión.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- El paciente debe reportar de inmediato sequedad de la boca y garganta, fiebre, edema de manos y pies, frecuencia cardiaca irregular, dolor torácico, edema de cara, labios, lengua y dificultad para respirar.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospitals.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE PREDNISONA

DEFINICIÓN:

La prednisona pertenece a la familia de los corticoesteroides, hormonas esteroides producidas por las glándulas suprarrenales, tienen propiedades antialérgicas y antiinflamatorias.

OBJETIVO

Realizar una administración del medicamento con conocimiento de causa y efecto

Mecanismo de Acción

- Entra en células seleccionadas y se une a receptores específicos provocando muchas reacciones complejas que son responsables de los efectos antiinflamatorios e inmunosupresores.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en tiempo promedio de 3.5 horas, atraviesa la placenta, entra en la leche materna y se elimina en la orina.

Indicaciones

- Es inmunosupresión e inflamación severa
- En asma no controlada y en pacientes que reciben corticoides por vía inhalatoria y por periodos prolongados broncodilatadores.
- En exacerbación de esclerosis múltiple
- En síndrome nefrótico

Contraindicaciones.

- En pacientes con hipersensibilidad a la droga.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- En infecciones especialmente en tuberculosis, infecciones micóticas, amebiasis, varicela, en infecciones resistentes a antibióticos.
- En enfermedades renales y hepáticas, colitis ulcerativas, hipotiroidismo, hipertensión, úlcera péptica, fallo cardíaco, alteraciones trombo embolicas, osteoporosis, diabetes, convulsiones, infecciones activas, recientes anastomosis intestinales, hepatitis, convulsiones activas, miastenia graves, fallo cardíaco, herpes ocular, inestabilidad emocional, tendencias psicóticas.
- Usar con precaución en embarazo y lactancia.
- Usar con cautela en pacientes con infarto de miocardio reciente.

Efectos Adversos

- Arritmias fallo cardíaco, trombo embolia, hipertensión, edema y tromboflebitis.
- Euforia, convulsiones, alteraciones de la conducta, vértigo, cefalea, parestesias.
- Cataratas y glaucoma
- A nivel gastrointestinal existe úlcera péptica, pancreatitis, incremento del apetito, náusea, vómito, irritación gastrointestinal.
- Alteraciones menstruales, aumento del nivel de calcio en la orina.
- Hiperglicemia, hipocalcemia, hipercolesterinemia, intolerancia a los carbohidratos.
- Debilidad muscular
- En niños alteración del crecimiento, osteoporosis.
- Alteración del proceso de cicatrización, hirsutismo, erupciones cutáneas, insuficiencia suprarrenal aguda, síndrome de Cushing.
- Si se suspende el fármaco en forma abrupta luego de un tratamiento prolongado puede tener consecuencias fatales.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Interacción

- Con el ketaconazol se incrementan los efectos terapéuticos y tóxicos de la prednisolona .
- Se incrementa los efectos tóxicos y terapéuticos de los estrógenos incluyendo los anticonceptivos orales.
- Cuando el paciente con miastenia gravis está recibiendo: Ambenonium, Edrophonium, Neostigmine y también prednisolona, existe el riesgo de severo deterioro de la fuerza muscular.
- Con los barbitúricos, fenitoina, Rifampin y ciclosporina se disminuye los niveles sanguíneos de prednisona.
- La prednisolona disminuyen la efectividad de los salicilatos.

Técnica de preparación

- En condiciones asépticas agregar el diluyente al frasco en polvo, estéril y mesclar, utilizar únicamente el diluyente provisto en el envase, administrar el medicamento dentro de las 48 horas siguientes.
- Para preparar la solución para infusión IV, reconstituir primeramente el contenido del frasco ampolla como anteriormente se indicó. La infusión debe efectuarse lentamente, durante un periodo no menor a 5 minutos hasta 30 minutos, en caso de dosis superior a 250mg.
- La medicación puede ser administrada en solución diluida, agregando la solución preparada a la solución de dextrosa al 5% en agua o a una solución normal como también a una solución de cloruro de sodio al 0.9% la solución resultante es físico químicamente estable durante 48 horas.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.

- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias al medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la medicación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidades de la Enfermera en la Administración de Prednisolona

- La enfermera debe conocer la presencia de infecciones, ulcera péptica activa, colitis ulcerativa, tromboembolia, osteoporosis, desordenes convulsivos, diabetes, embarazo, lactancia, diverticulitis, fallo cardiaco, hipertensión, queratitis por herpes simple, infecciones micóticas de estructuras oculares, infecciones virales como varicela en cornea y conjuntiva, Tb ocular.
- Al examen físico debe controlar el peso, temperatura, TA, R, presencia de reflejos, orientación, glicemia, electrolitos séricos, prominencia de venas superficiales, perfusión periférica.
- La tableta se debe tomar a la 9 am
- Si se utiliza la tableta que se disuelve se debe poner en la boca dejar que se desintegre y luego tragar.
- Debe evitar exponerse a medios contaminados, ya que es susceptible de infecciones.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Debe reportar usual incremento de peso, edema en extremidades, debilidad muscular, deposiciones oscuras, fiebre, empeoramiento de la condición de salud.
- Se debe ajustar la dosis tratando de utilizar la menor cantidad posible.
- Se debe vigilar por la presencia de reacciones del síndrome de Cushing tales como cara de luna llena, acumulación de grasa en el abdomen, hipertensión, susceptibilidad a las infecciones.
- Vigilar por depresión o alteraciones psicóticas especialmente cuando se utiliza grandes dosis.
- Cuando se ha utilizado por un tiempo prolongado no se puede suspender en forma abrupta.
- En pacientes ancianos hay más susceptibilidad a osteoporosis cuando se utiliza por periodos prolongados.
- En pacientes diabéticos se debe incrementar la insulina y controlar los niveles de glucosa.
- Se debe vigilar por alteraciones psicóticas como depresión especialmente cuando se utiliza dosis grandes.
- El paciente debe recibir una dieta baja en sodio y alta en potasio y proteínas se puede dar suplemento de potasio si es necesario.
- Se debe indicar al paciente que tome el fármaco con los alimentos o la leche.
- Se debe indicar al paciente los signos síntomas tempranos de insuficiencia suprarrenal tales como fatiga, debilidad muscular, fiebre dolor articular, anorexia, náusea.
- El paciente debe llevar una identificación permanente indicando la necesidad de glucocorticoides, durante el estrés especialmente cuando se está reduciendo la dosis, la identificación debe indicar el nombre del fármaco y la dosis.
- Se debe indicar al paciente de que no debe recibir vacunas durante el tiempo de tratamiento con esta droga.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- El paciente debe preguntar al médico la necesidad de tomar suplemento de calcio.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Lizana, C., Gonzalez, C., & Villena, R. (s.f). Manual de Medicamentos Endovenosos. Chile: TEVA Hospital.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

ANTIDIABÉTICOS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE METFORMINA

DEFINICIÓN

Es un fármaco antidiabético oral de la familia de las biguanidas considerado actualmente agente terapéutico de primera elección.

OBJETIVO

Dar una atención con calidad en la administración del medicamento

Mecanismos de Acción

- El mecanismo exacto no se conoce pero se cree que aumenta la utilización periférica de glucosa, disminuye la producción hepática de glucosa y altera la absorción intestinal de glucosa.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 6.2-17.6 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna, se elimina en la orina

Indicaciones

- Junto con la dieta en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 para bajar la glucosa.
- Juntamente con la dieta y ejercicios en diabetes tipo 2 como monoterapia o con sulfonilurias o insulina.
- Es muy utilizado en mujeres con anovulación o con ovario poli quístico

Contraindicación

- En pacientes con sensibilidad a la droga o con problemas hepáticos o acidosis metabólica.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Enfermedad renal con creatinina mayor o igual a 1.5mg/dl en hombres o mayor o igual que 1.4mg en mujeres.
- En pacientes con falla cardiaca o con condiciones que predispongan la enfermedad renal colapso cardiovascular, infarto de miocardio, hipoxia septicemia.
- Se debe suspender temporalmente en pacientes que deben realizarse exámenes radiológicos que requieren yodo.
- Debido al riesgo de acidosis láctica la droga se contraindica en pacientes de 80 años , hasta que los valores de creatinina indique una función renal normal
- Se debe utilizar con precaución en pacientes en mal esto general , con problemas de pituitaria debido al riesgo de hipoglucemia
- Suspender 72 horas antes del evento quirúrgico leves o grandes
- Efectos Adversos
- Existe acidosis láctica o hipoglucemia
- Existe anorexia flatulencia, malestar gástrico, diarrea, vomitó.
- Puede haber manifestaciones de hipersensibilidad, como urticaria, prurito, eritema eccema, también anemia megaloblástica.
- Infecciones del tracto respiratorio superior, rinitis
- Astenia, cefalea mareo, escalofrió

Interacciones

- En pacientes que utilizan beta bloqueadores es difícil reconocer la hipoglucemia, por lo que es necesario controlar la glicemia con frecuencia
- Puede producir hiperglucemia con: Bloqueadores del canal de calcio, cortico esteroides, estrógenos, anticonceptivos orales, isoniacida, fenitoina, drogas tiroideas, fenotcina, ácido nicotínico por lo que puede ser necesario aumentar la Metformina.
- Se puede aumentar el riesgo de hipoglicemia con cimetidina, digoxina, morfina, ranitidina, quinidina, procainamida, trimetropin, vancomicina.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- La nifedipina aumenta el nivel de metformina.
- Los contrastes radiológicos pueden causar fallo renal por lo que se sugiere suspender la morfina antes del procedimiento y 48 horas después del procedimiento se debe reiniciar cuando se comprueba que la función renal es normal.
- El alcohol aumenta los efectos de la droga

Técnica de Preparación

- Su presentación es comprimidos por lo que la administración es por vía oral

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de Metformina

- La enfermera debe conocer antecedentes de: diabetes mellitus, enfermedad tiroidea, diabetes tipo 1, cetoacidosis diabética complicada, fallo renal o hepático, embarazo, uremia, fallo cardiaco, lactancia, alteraciones endocrinas.
- Debe valorar R; T° condiciones de la piel, presencia de reflejos, función hepática, ruidos intestinales, examen de orina, biometría, glicemia, urea, creatinina sérica, pruebas hepáticas.
- Se debe controlar los valores de glicemia con frecuencia para valorar la efectividad del tratamiento.
- Si existe periodos de stress el paciente puede necesitar insulina, se debe vigilar al paciente en esta situación para detectar hiperglucemia.
- El paciente debe saber que no puede ingerir alcohol durante la administración de este fármaco
- Se debe observar y reportar sequedad en la garganta, orina oscura, heces de color claro, hemorragia inusual reacciones de hiper o hipoglucemia
- El paciente debe conocer a importancia de la dieta, ejercicios, tratamiento, higiene persona, y la importancia de evitar infecciones.
- El paciente debe conocer episodios de hipoglucemia o de niveles altos de glucosa
- El paciente debe saber que la droga alivia los síntomas pero no cura la enfermedad.
- El paciente debe llevar consigo una identificación de diabético
- El paciente debe consultar al médico para la adquisición de productos que venden sin prescripción médica.
- Se debe indicar al paciente que debe tener consigo un caramelo o cualquier tipo de azúcar para contrarrestar episodios leves de hipoglucemia si el episodio es severo debe asistir a un hospital
- Si el paciente no responde al tratamiento por 4 semanas con la dosis máxima una sulfoniluria se puede añadir si el paciente tampoco responde al

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

tratamiento de estas dos drogas por algunos meses será necesario suspender los 2 fármacos e iniciar con insulina.

- Se debe suspender la droga si el paciente va a ser sometido a procedimientos quirúrgicos 72 horas antes del evento o van a tener procedimientos radiológicos que utilicen medios de contraste con yodo, la droga se iniciará cuando la ingesta por vía oral se haya reiniciado y la función renal sea normal y luego de 48 horas de haber realizado los procedimientos con sustancias yodadas.
- Se debe vigilar al paciente la condición hematológica por evidencia de anemia megaloblástica. Pacientes con insuficiente vitamina B 12 o calcio tienen predisposición para presentar esta patología, por lo que estos pacientes deben ser valorados los niveles de vitamina B12 cada 2-3 años.
- Se debe instruir al paciente de suspender la droga inmediatamente y notificar al médico cuando exista dolor muscular, hiperventilación, mareo, inexplicable dolor abdominal, sensación de frío, frecuencia cardíaca irregular y otros síntomas de acidosis láctica inicial.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicios del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE GLIMEPIRIDA

DEFINICIÓN

Es un medicamento antidiabético oral, de la clase de las sulfonilureas de segunda generación, indicado en el tratamiento de diabetes mellitus tipo 2.

OBJETIVO

Administrar el fármaco en una forma eficaz

Mecanismos de Acción

- Disminuye los niveles de glucosa, estimulando a las células beta del páncreas para que produzcan insulina y puedan incrementar la sensibilidad de los tejidos periféricos a la insulina a través de sus receptores.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 5.5-7 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna, se elimina en la orina y la bilis.

Indicaciones

- Para disminuir la glucosa en pacientes con diabetes tipo 2 que a pesar del ejercicio y dieta no puede controlar la hiperglucemia luego de usar la metformina.
- Inicialmente 1 o 2 mg PO una vez al día, la dosis de mantenimiento es de 1-4 mg PO una vez al día. Cuando se ha llegado a administrar 2mg diarios los incrementos se efectuaran no más de 2mg cada 2 semanas fundamentándose en la respuesta del paciente, la dosis máxima diaria es de 8mg
- El paciente con diabetes mellitus tipo 2 y que a pesar del ejercicio, dieta, insulina o metformina no puede controlar la hiperglucemia y en aquellos que no pueden manejar solamente con la dosis máxima de glimepirida.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Si el paciente no responde adecuadamente a la dosis máxima de glimepirida se debe considerar la necesidad de añadir metformina.

Contraindicaciones

- En pacientes con cetoacidosis diabética que debe ser tratada con insulina.
- En pacientes embarazadas y en pacientes ancianos.
- En mujeres lactantes, puede provocar hipoglicemia en el niño
- En pacientes en mal estado general con problemas de pituitaria, falla renal o hepática y en aquellos con susceptibilidad a hipoglucemias por acción de fármacos hipoglucemiantes.
- Se debe utilizar con precaución en pacientes con alergia a la sulfonilurias.
- También está contraindicada en pacientes con diabetes complicada con fiebre, infecciones severas, cirugía mayor acidosis y coma.

Efectos Adversos

- Hay cefalea, mareó, nerviosismo, insomnio, visión borrosa
- A nivel cardiovascular hay posibilidad de enfermedad cardiovascular y muerte.
- Hay posibilidad de síndrome de secreción inapropiada de la hormona antidiurética, hipoglicemia.
- Existe leucopenia, trombocitopenia y anemia
- Puede haber manifestaciones de alergia en la piel como: eccema, prurito, eritema, urticaria, foto sensibilidad, fiebre, ictericia eosinofilia, anemia aplásica, agranulocitosis, anemia hemolítica.
- También puede haber tinnitus, fatiga, incremento de peso e hiponatremia.

Interacción

- Con corticoesteroides, estrógenos, anticonceptivos orales, acido nicotínico, fenotiacina, fenitoina, productos tiroideos, hay la tendencia de producir hiperglucemia.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Los analgésicos no esteroideos beta bloqueadores, cloranfenicol, Coumadin, sulfonamidas, Probenecid, sales de magnesio, salicilatos, aumentan la posibilidad de hipoglucemia.
- Se incrementa el riesgo de hipoglucemia si se ingiere glimepirida con: raíz de diente de león ajo, jengibre, apio.
- Técnica de Preparación
- La presentación es en comprimidos por lo que su administración será por vía oral.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de Glimepirida

- La enfermera y el paciente deben conocer los antecedentes de alergia a sulfonilurias, diabetes complicada por fiebre, infecciones severas, severo trauma, cirugía mayor, cetosis, acidosis, coma, diabetes juvenil tipo 1, daño hepático o renal, uremia, daño endocrino, glucosuria, hiperglicemia asociada con enfermedad renal.
- Debe valorar R y T° condiciones de la piel, presencia de reflejos, función hepática, ruidos intestinales, examen de orina, biometría, glicemia, urea, creatinina sérica, pruebas hepáticas.
- Se debe controlar los niveles de glucosa con frecuencia para valorar la efectividad de la droga y la dosis utilizada.
- Durante periodos de estrés debe cambiar a insulina (cirugía mayor, trauma infecciones)
- Si hay hipoglucemia por sobredosis se debe administrar glucosa por vía intravenosa.
- Se debe establecer un programa completo de enseñanza para diabético que incluya conocimiento sobre la enfermedad, control dietético ejercicio signos y síntoma de hipoglucemia, eliminación de infecciones e higiene.
- Se debe consultar al nutricionista para determinar la pérdida de peso y el control dietético.
- El fármaco debe ingerirse en el desayuno o con la primera comida del día.
- Se debe utilizar el control de la glicemia de acuerdo al protocolo establecido.
- Se debe advertir al paciente que no debe ingerir alcohol cuando utilice esta droga, ya que el alcohol produce disminución de la glucosa.
- Tampoco debe utilizar esta droga en caso de embarazo
- Se debe efectuar Hb glicosilada cada 3 meses para determinar la efectividad del tratamiento en periodos más prolongado.
- Cuando se cambie a otra sulfoniluria no se requiere periodos de transición.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- El paciente debe saber que la droga alivia los síntomas pero no cura la enfermedad.
- El paciente debe tener consigo una identificación de su condición de diabético.
- Antes de un embarazo debe consultar con el médico ya que probablemente deberá utilizar insulina durante el embarazo y la lactancia.
- Debe consultar al médico para la adquisición de productos que venden sin prescripción médica.
- Se debe indicar al paciente que debe tener consigo un caramelo o cualquier tipo de azúcar para contrarrestar episodio leve de hipoglucemia, si el episodio es severo deberá ir al hospital.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE INSULINAS POR VÍA PARENTERAL

DEFINICIÓN

OBJETIVO

ANTI-DIABÉTICOS POR VÍA PARENTERAL

Tipos de insulina

Tipos de insulina		
o	Tipo	Nombre
1	De acción ultrarrápida	Insulina Lispro, insulina humana recombinante , insulina Aspartato
2	Insulina de acción rápida	Insulina humana recombinada (rápida) Insulina humana biosintética (lispro aspart y glulisina)
3	Insulina de acción intermedia	Insulina isofana (insulinaNPH)
4	Insulina de acción retardada	Insulina glargina
5	Preparados combinados (bifásicos)	Insulina humana recombinada (rápida) +insulina isofana (insulina PH),insulina humana biocinética rápida) insulina isofana (insulina NPH)

Mecanismo de acción

- La insulina es una hormona secretada por las células beta del páncreas promoviendo el almacenamiento del combustible corporal facilitando el transporte del metabolismo a través de las membranas celulares y estimulando la síntesis del glicógeno desde la glucosa desde las grasas, desde los lípidos y las proteínas.

Farmacocinética

- Varía de acuerdo a la preparación, atraviesa la placenta, no entra en la leche materna y no se conoce cuál es la vía de eliminación

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Indicaciones

- En diabetes mellitus tipo 2 que no responde a droga oral o dieta
- La inyección de insulina regular se utiliza en cetoacidosis o como diabético
- En tratamiento de hipercalemia con infusión de glucosa para producir el paso de potasio a las células.
- Las insulinas altamente purificadas e insulinas humanas se utilizan en tratamientos cortos como en intervenciones quirúrgicas, presencia de enfermedades, pacientes recién diagnosticados, en pacientes con mal control metabólico y en pacientes con diabetes gestacional.
- La Glargina indicada en el tratamiento de pacientes adultos con diabetes tipo 2, quienes requieren controlar la hiperglucemia con insulina basal.
- En tratamiento de adultos y niños de 6 años o más quienes requieren un control basal de insulina.
- La insulina Detemir se administra en el tratamiento de adultos con diabetes quienes requieren insulina basal para controlar la hiperglucemia.
- La insulina Aspartato está indicada para controlar la glicemia en niños de 4-18 años utilizando un catéter subcutáneo de infusión continua.

Contraindicaciones

- Está contraindicado en pacientes con alergia a las preparaciones porcinas, varía de acuerdo a las preparaciones, la insulina humana no está contraindicada cuando existe esta alergia.
- Utilizar con precaución en pacientes embarazadas, se debe realizar un control riguroso luego del parto los requerimientos pueden disminuir por 24-72 horas adquiriendo los valores normales en 6 semanas posteriores al parto. Durante la lactancia se requiere control ya que los requerimientos en este periodo pueden ser menores

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Efectos Adversos

- Puede existir manifestaciones de hipersensibilidad desde rash hasta una reacción de anafilaxia.
- En el sitio de la inyección puede haber enrojecimiento, prurito, edema que usualmente se resuelve en pocos días o pocas semanas.
- Puede haber hipoglucemia hiperglucemia
- Hay disminución de la función pulmonar

Interacciones

- Con los beta bloqueadores salicilatos y alcohol se incrementa los efectos de hipoglucemia.
- Con las drogas bloqueadores beta adrenérgicas se encubren los signos y síntomas de hipoglucemia
- Con los corticosteroides, diuréticos y antipsicóticos disminuyen la efectividad de la insulina.
- Aumenta el riesgo de hipoglucemia si se ingiere ajo, jengibre, diente de león y apio.

Responsabilidad de la Enfermera e la administración de antidiabéticos que se administra por vía parenteral.

- Debe conocer antecedentes de alergias a los productos de cerdo.
- Debe valorar el color de la piel, orientación. Reflejos, R; T° glicemia, examen de orina.
- Para asegurar la dispersión de la insulina, debe mover suavemente el recipiente con las manos, evitar sacudir en forma vigorosa
- Para evitar lipodistrofia, se debe rotar los sitios de inyección regular, la insulina se debe administrar IV o IM, en severa cetoacidosis o coma diabético.
- Cuando el paciente reciba insulina por vía IV debe vigilarlo constantemente ya que se ha demostrado que los recipientes de plástico para la administración

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

IV remueve el 20-80% de la insulina por lo que la dosis que recibirá el paciente será cambiante.

- No se debe administrar inyección concentrada de insulina por vía IV ya que puede presentar severas reacciones de anafilaxia.
- Cuando se administra dos tipos de insulina, primero se debe aspirar en la jeringuilla la insulina regular, si se mezcla con insulina lispro primero aspirar la lispro.
- La mezcla de insulina regular y NPH o insulina regular y la insulina lenta se debe utilizar dentro de los 15 minutos de su mezcla.
- Se debe tener mucha precaución cuando se administra inyección concentrada de insulina en pacientes que reciben dosis muy pequeñas, ya que pequeños errores pueden ser fatales para el paciente, se recomienda chequear la dosis con otra persona.
- Cuando el paciente se cambia de un tipo a otro tipo de insulina se requiere hacer ajustes de las dosis.
- Insulina humana requiere menos dosis que las insulinas de vacuno o porcino.
- La insulina lispro se da 15 min antes de la comida.
- La insulina Detemir se administra en la noche
- La insulina no debe congelarse es preferible que este refrigerada, no debe estar expuesta a la luz solar.
- La insulina que viene en jeringuilla de vidrio o plástico lista para su administración refrigeradas son estables por una semana. Esta es la mejor manera para administración segura en personas con deficiencia visual o que no tiene habilidades para extraer la insulina en la jeringuilla.
- Al paciente se le debe controlar la glicemia para comprobar la efectividad del tratamiento, se debe indicar como ajustar la dosis de acuerdo a los resultados de glicemia.
- Se debe tener listo el equipo necesario para resolver cetoacidosis o reacciones de hipoglicemia.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Al paciente se le debe indicar que utilice el mismo tipo de insulina que le indico el médico para evitar errores, además se le recomendara la utilización de jeringuillas descartable.
- Adicionalmente se le debe indicar que no modifique el orden de mezclar las insulinas y cambiar los sitios de inyección para evitar lipodistrofia y otras complicaciones en la piel.
- De acuerdo a la actividad, stress y alimentación se requiere modificar la dosis de acuerdo al nivel de glicemia.
- Si no es posible refrigerar la insulina, se le mantendrá a la temperatura ambiental estable y no expuesta a la luz solar hasta por un mes.
- El paciente debe portar una identificación de que es diabético, para que si lo requiere, reciba la ayuda necesaria de acuerdo a su condición de salud.
- Debe reportar al médico la presencia de sequedad de garganta, vómito, hipoglucemia o hiperglucemia, reacciones de rash.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

ANTIBIÓTICOS ANTITUBERCULOSOS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ISONIACIDA

DEFINICIÓN

Es un antibiótico activo frente a *Mycobacterium tuberculosis* se trata de un fármaco de primera línea en el tratamiento de la tuberculosis

OBJETIVO

Administrar el antibiótico en una forma eficaz

Mecanismos de Acción

- Es un bactericida que interfiere en la biosíntesis del ácido nucleico y en el crecimiento del bacilo tuberculoso.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado y atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina a través de la orina.

Indicaciones

- Esta indicado en el tratamiento de todas las formas de organismos susceptibles.
- Se utiliza como profilaxis en pacientes con pruebas positivas de tuberculosis y en personas quienes son consideradas de alto riesgo como pacientes con SIDA y drogadictos.

Contraindicaciones

- Está contraindicado si existe alergia a este fármaco o cuando existe daño hepático por la ingesta de este medicamento.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Efectos Adversos

- A nivel del SNC puede ocasionar neuropatía periférica, convulsiones, alteraciones de la memoria psicosis tóxica.
- A nivel gastrointestinal existe, náusea, vomito, dolor epigástrico, elevación de la bilirrubina, ictericia y hepatitis.
- En el sistema hematológico existe agranulocitosis, anemia aplásica, trombocitopenia, eosinofilia, deficiencia de piridoxina, hiperglicemia, hipocalcemia e hipofosfatemia.
- A nivel local hay presencia de irritación cuando se administra por vía IM

Interacción

- Existe mayor predisposición para hepatitis cuando se ingiere en forma conjunta el fármaco con alcohol y altas dosis de Rifampicina.
- Aumenta el riesgo de toxicidad cuando el paciente ingiere conjuntamente con Carbamazepina.
- También aumenta el riesgo de hepatotoxicidad con el acetaminofén y la Rifampicina.

Técnica de Preparación

- Tabletas ranuradas y regulares de 50mg, 100mg, 300mg, solución eyectable de 100mg/ml.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Los medicamentos deben ser preparados en el cuarto de drogas

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Investigar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de la Isoniacida

- La enfermera debe conocer la presencia de alergias a este fármaco y las reacciones adversas por su utilización, como daño renal, enfermedad hepática aguda, lactancia y embarazo.
- También puede identificar el color de la piel, el estado de orientación, los reflejos, la sensibilidad periférica, resultados de la función renal, glicemias y la función hepática.
- Esta medicación e administra en una sola dosis siempre con el estómago vacío, un hora antes o dos horas después de las comidas, si presenta molestias gástricas deberá tomar la medicación con las comidas.
- Se debe indicar al paciente la importancia de tomar la medicación en forma regular, no puede suspender sin previa consulta al médico.
- No debe tomar alcohol ni en pequeñas cantidades, ya que esto aumenta el riesgo de daño hepático.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Insistir al paciente para que se realice exámenes de sangre y exámenes médicos periódicos para evaluar el efecto de la droga.
- Se indicara al paciente los efectos colaterales como náusea, vomito, perdida de sensibilidad, problemas a nivel de piel, amortiguamiento.
- También se instruirá al paciente sobre la presencia de debilidad, fatiga, pérdida de apetito, oscurecimiento de la orina, color amarillo de la piel i ojos, aspectos que se consideran efectos colaterales del fármaco.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ETAMBUTOL

DEFINICIÓN

Es un fármaco utilizando en el tratamiento de las infecciones por mico bacterias, incluyendo la tuberculosis y las infecciones atípicas por mico bacterias.

OBJETIVO

Administrar la medicación con conocimiento de causa y efecto.

Mecanismos de Acción

- Inhibe la síntesis y el crecimiento de Mycobacterium tuberculoso alterando el metabolismo celular, impidiendo su multiplicación y causando la muerte.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un periodo de ½ hora a 3.3 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina en la orina.

Indicaciones

- Este fármaco se utiliza e la fase inicial del tratamiento antituberculoso, administrando conjuntamente con la isoniacida y la Rifampicina.

Contraindicaciones

- Está contraindicado cuando existe alergia al Etambutol.
- Se debe utilizar con precaución cuando existe daño de la función renal, periodo de lactancia o embarazo.

Efectos Adversos

- A nivel del SNC, existe neuritis óptica, fiebre, cefalea, mareo, confusión mental, desorientación, alucinaciones, neuritis periférica.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Existe neuritis retrobulbar con disminución en la capacidad de distinguir entre color rojo y verde, escotomas centrales, disminución de la agudeza y campo visual no muy frecuentes cuando se utiliza la dosis adecuada y es reversible cuando se disminuye o se substituye por otro fármaco.
- A nivel gastrointestinal hay anorexia, náusea, vomitó, dolor abdominal.
- Cuando hay hipersensibilidad al fármaco se observa, dermatitis, prurito, y reacciones anafilactoideas.
- Puede existir también trombocitopenia, dolor articular y gota aguda.

Técnica de Preparación

- El etambutol capsulas de 500mg por vía oral

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis, numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Los medicamentos deben ser preparados en el cuarto de drogas
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Investigar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la enfermera en la administración de Etambutol

- La enfermera debe conocer la historia del paciente sobre alergias a este fármaco, función renal alterada, embarazo, y lactancia.
- La administración de este fármaco debe ser con alimentos si existe problemas gastrointestinales.
- Debe vigilar color de la piel, estado de orientación del paciente, reflejos, funciones hepáticas, ruidos intestinales, y funciones renales.
- Se debe insistir al paciente sobre la necesidad de tomar este fármaco en forma continua.
- No debe utilizar antiácidos que contengan sales de aluminio sino después de 4 horas que haya tomado el fármaco.
- Se debe recalcar la importancia de controles médicos periódicos, que incluye exámenes de laboratorio y oftalmológicos.
- El paciente debe conocer que la presencia de náusea, vómito, dolor epigástrico, alteraciones de la piel, alteraciones visuales, desorientación, confusión, mareo, son efectos colaterales de este fármaco.
- El paciente debe ser cauteloso para conducir o manejar maquinarias ya que podría sufrir accidentes.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcda. de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA RIFAMPICINA

DEFINICIÓN

Se considera como fármaco de primera elección si bien no debe utilizarse en solitario debido a que rápidamente se desarrolle resistencia, También se utiliza para tratar portadores asintomáticos de la neisseria meningitidis, como profililactico frente al H Influenza tipo B y en el tratamiento de la lepra.

OBJETIVO

Dar cumplimiento estricto del medicamento con el conocimiento de causa y efecto.

Mecanismo de Acción

- Altera la síntesis del ácido desoxirribonucleico a nivel celular de la bacteria. Es un antibiótico antituberculoso y que en casos extraordinarios se utiliza para el tratamiento de ciertas infecciones producidas por organismos resistentes a varios antibióticos.

Farmacocinética

- Se estabiliza en el hígado, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna, se elimina en la orina y la bilis.

Indicaciones

- Se utiliza en el tratamiento de tuberculosis pulmonar en forma combinada con otros antibióticos antituberculosos.
- Está indicada para eliminar el meningococo de nasofaringe en portadores asintomáticos.
- También se utiliza en infecciones causadas por Stafilococo áureo epidemidis.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Contraindicaciones

- Está contraindicado cuando el paciente presenta alergia a cualquier Rifampicina, en enfermedad hepática aguda, en lactancia, embarazo, por posibles efectos teratogénicos.

Efectos Adversos

- A nivel del SNC hay: cefalea, mareo, fatiga, dificultad para la concentración, confusión mental, amortiguamiento, generalizado, ataxia, debilidad muscular, alteraciones visuales y conjuntivitis.
- A nivel gastrointestinal: reflujo, molestias epigástricas, retortijo, diarrea, colitis pseudomembranosa, pancreatitis, hepatitis.
- A nivel genitourinario hay presencia de: insuficiencia renal aguda, hemoglobinuria, hematuria y alteraciones menstruales.
- A nivel hematológico se presenta: trombocitopenia, leucopenia, eosinofilia, y anemia hemolítica.
- A nivel dermatológico hay presencia de prurito, urticaria y rash
- También puede existir dolor en extremidades, osteomalacia, color rosado en la orina, sudor, saliva y heces.

Interacciones

- Al utilizar conjuntamente con isoniacida predispone la presencia de hepatitis.
- Disminuya la efectividad de los anti arrítmicos, Benzodiacepinas, Ciclosporinas, Digoxina, Fluoroquinolonas, Quinidina, Corticoesteroides, anticonceptivos hormonales, anticoagulantes orales, sulfonilurias orales, teofilina, Ketaconazol y Verapamil.
- El uso conjunto con alcohol puede aumentar el riesgo de hepatotoxicidad.

Técnica de Preparación

- Su presentación en capsulas o tabletas de 150mg y 300mg por vía oral

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Los medicamentos deben ser preparados en el cuarto de drogas
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Investigar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de Rimfapicina

- Se debe conocer la presencia de alergias a cualquier Rifampicina, presencia de enfermedad hepática aguda, embarazo y lactancia.
- Vigilar el color de la piel, la fuerza muscular, los reflejos de orientación.
- Se debe vigilar la función hepática y los niveles de ácido úrico, ya que los efectos colaterales son asintomáticos y solamente la elevación de estos resultados puede indicar la presencia de esos efectos.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Se debe administrar en estómago vacío una 1 hora antes o 2 horas después de las comidas. Si hay presencia de problemas gástricos se administrara con las comidas y con un vaso de agua.
- Se debe instruir al paciente que no es signo alarmante el color rojo-naranja de la orina, es sudor, el esputo, lagrimas, heces y saliva.
- Si el paciente utiliza lentes de contacto, se debe sugerir no utilizarlos durante esta terapia ya que podría adquirir estos colores.
- Si es paciente mujer y está utilizando anticonceptivos hormonales se sugiere utilizar otro método
- El paciente debe reportar de inmediato si hay presencia de fiebre, pérdida de apetito, náusea, vómito, orina oscura, coloración amarilla de los ojos o de la piel.
- Se instruirá al paciente no ingerir alcohol durante la terapia.
- También se debe insistir en que no se puede suspender la medicina sin consulta médica.

Bibliografía

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas. de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

MEDICACIÓN UTILIZADA EN PACIENTES CON SIDA

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE TENOFOVIR

DEFINICIÓN

Es un diéster del ácido fosfónico de un nucleósido acíclico análogo del monofosfato de adenosina.

Es un medicamento antiviral que se emplea para el tratamiento de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) agente causante del sida y para la infección crónica por virus de hepatitis B

OBJETIVO

Administración de la medicación en una forma eficaz, eficiente y oportuna.

Mecanismo de Acción

- Es un antirretroviral y es un análogo de nucleótido que bloque la acción de las transcriptasa inversa, enzima fundamental para el virus VIH pueda replicarse.

Farmacocinética

- Su metabolismo no se conoce tiene una vida media de 17 horas, atraviesa la placenta y puede estar presente en la leche materna, se elimina en la orina.

Indicaciones

- En infección de VIH con otros antiretrovirales.
- En tratamiento de hepatitis B en adultos

Contraindicaciones

- El paciente con hipersensibilidad a la droga o a sus componentes.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Usar con precaución en pacientes con factor de riesgo para enfermedad hepática.
- Debido a la temprana resistencia de virus no se puede utilizar la combinación con Abacavir, Lamivudina y Tenofovir.

Efectos Adversos

- Existe astenia, cefalea, náusea, vómito, diarrea, dolor abdominal, flatulencia, severa hepatomegalia con esteatorrea, dispepsia.
- Hiperglicemia, neutropenia, acidosis láctica, dolor de espalda, artralgia, y a nivel de piel rash.

Interacciones

- Si se utiliza en forma conjunta con Didanosine se incrementa la concentración y la toxicidad de Didanosine por lo que se debe disminuir la dosis de Didanosine a 250mg en pacientes que pesen más de 60 kilos.
- Con Atazanavir y Lopinavir se incrementa las concentraciones de Tenofovir .
- Se incrementa biodisponibilidad del fármaco si se combina con alimentos, Tenofovir se puede tomar sin considerar las horas de comida.

Técnica de Preparación

- Comprimidos de 300mg por vía oral

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de Tenofovir

- La enfermera debe conocer antecedentes de daño renal o hepático, embarazo y lactancia.
- Debe conocer que este fármaco no se puede administrar solo sino con otros antiretrovirales.
- Debe informar al paciente que puede presentar cambios en la distribución de la grasa corporal.
- Debe indicar a la paciente mujer que si está en edad fértil debe toma medidas seguras de anti concepción y si está en periodo de lactancia el niño será alimentado de otra manera que no sea la leche materna.
- Debe informar al paciente que no debe suspender la medicación sin previo conocimiento del médico.
- Si por alguna razón el paciente olvido tomar la medicación debe hacerlo prontamente pero en ninguna ocasión doblar la dosis.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- En el paciente anciano se vigilara la función renal ya que usualmente toma algunos fármacos por lo que existe riesgo elevado de alteraciones de la función renal.
- Se debe indicar al paciente que el fármaco no cura la enfermedad que infecciones oportunistas y complicaciones por la infección del VIH puede aparecer y además la trasmisión de la enfermedad por relaciones sexuales puede ocurrir,
- Si el paciente toma Tenofovir y Didanosine con cubierta entérica el paciente debe tomar con el estómago vacío
- Se debe sugerir al paciente que no ingiera ningún medicamento sin previa consulta médica.
- El paciente debe saber que puede presentar los siguientes efectos colaterales: náusea, vómito, anorexia, diarrea, dolor abdominal cefalea.
- Debe reportar de inmediato presencia de severa diarrea, ictericia, cambio de color en la orina o deposición y taquipnea.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE EMTRICITABINA

DEFINICIÓN

La emtricitabina es un análogo sintético del nucleosido citosina con actividad específica frente al virus de la inmunodeficiencia humana.

OBJETIVO

Realizar una administración adecuada y eficaz

Mecanismos de Acción

- Bloquea la transcriptasa inversa del VIH, una enzima producida por el VIH, esto evita la multiplicación del VIH y produce la concentración de este virus en la sangre.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 10 horas, atraviesa la placenta, puede estar presente en la leche materna, se elimina en la orina y en las heces.

Indicaciones

- En infecciones de VIH-1 con otros antiretrovirales.

Contraindicaciones

- En pacientes con hipersensibilidad a la droga o a sus componentes
- En pacientes ancianos se debe utilizar con precaución por su condición general y por los fármacos que reciben por otras patologías y por disminución de la función hepática, renal o cardíaca.
- En periodos de lactancia.
- Se debe utilizar con precaución en embarazo, daño hepático, acidosis láctica e infección con hepatitis B

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Efectos Adversos

- Existe dolor abdominal, náusea, vómito, astenia, mareo, neuritis, depresión, fatiga.
- Severa hepatomegalia con esteatosis.
- Acidosis láctica a veces severa, hiperglicemia.
- Artralgia, mialgias, tos, rinitis
- A nivel de piel rash, decoloración, prurito

Técnica de Preparación

- Capsulas de 200mg vi oral

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de la Emitricitabina

- Al paciente se le indicara que puede tomar el fármaco todos los días con o sin alimentos y con los otros antirretrovirales.
- Se señalará que este fármaco no cura la enfermedad, que puede presentar infecciones oportunistas y que puede contagiar por contacto sexual o por sangre.
- Si olvido tomar una dosis a la hora establecida lo deberá tomar tan pronto sea posible pero no debe duplicar la dosis.
- A la mujer en edad fértil se recomienda tomar medidas de anticoncepción para evitar el embarazo.
- Por la posibilidad de que la droga esté presente en la leche materna, el niño será alimentado de otra manera.
- El paciente debe ser informado de las posibles complicaciones que puede presentar a al tomar este fármaco: náusea, diarrea, dolor abdominal, cefalea.
- El paciente presentara redistribución de la masa corporal observándose acumulación en el tronco y pérdida en las extremidades.
- Si el paciente utiliza la solución oral debe mantenerla a la temperatura ambiente pero si lo refrigera puede utilizarlo por tres meses.
- Si presenta molestias gástricas debe ingerir alimentos con frecuencia.
- El paciente debe reportar si hay presencia de debilidad severa. Mialgias, dificultad respiratoria, sensación de frío en extremidades, palpitaciones, ictericia, cambio de color en la orina y heces.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE EFAVIRENZ

DEFINICIÓN

Es un inhibidor selectivo no nucleósido, de transcriptasa reversa del virus de la inmunodeficiencia humana del tipo 1 HIV-1

OBJETIVOS

Administrar la medicación de una forma eficaz

Mecanismo de Acción

- Inhibe la transcripción de HIV-1 ARN a ADN un paso importante en el proceso de replicación viral celular, suprimiendo la replicación viral.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo de 52-76 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina en la orina.

Indicaciones

- En tratamiento de HIV y SIDA en adultos y niños cuando se utiliza en combinación con otras drogas antiretrovirales.

Contraindicaciones

- En pacientes con alergia a la droga a sus componentes o que están tomando Bepidril, Midazolam, Pimozide, Triazolam o derivados de Ergot.
- En pacientes con falla hepática y que reciben drogas hepatotóxicas, se debe vigilar la función hepática de pacientes con antecedentes de hepatitis B y C también en aquellos que tomen Ritonavir.
- También en pacientes con antecedentes de hipercolesterinemi, desordenes psiquiátricos y embarazo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Efectos Adversos

- Hay cefalea, insomnio, mialgias, parestesias, somnolencia, alteraciones de la concentración, depresión e intento de suicidio, fatiga, fiebre y alucinaciones.
- Nausea, vómito, hepatotoxicidad, dolor abdominal, diarrea, dispepsia.
- Aumento de colesterol
- Hay eritema multiforme, síndrome de Stevens Johnson, necrolisis epidérmica tóxica.

Interacciones

- Puede existir severos efectos adversos si se toma conjuntamente con: Cisapride, Pimozide, Midazolam, Rifabutin, Triazolam y los derivados de Ergot.
- Se incrementa la posibilidad de fallo hepático si se combina con alcohol o drogas hepatotóxicas.
- Disminuye la efectividad de Indranavir, Saquinavir, por lo que es necesario de modificar la dosis.
- Cuando se combina con Rifampicina se disminuye los niveles de Efavirenz.
- Cuando se combina Efavirenz con Metadona, hay riesgo de disminuir los niveles de Metadona y presencia de síntomas de abstinencia de la misma.
- Se disminuye la absorción y los niveles terapéuticos, si se ingiere con comidas altas en grasa, se debe evitar tomar con alimentos.

Técnica de preparación

- Presentación capsulas de 600mg

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.

- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidades de la Enfermera en la Administración de Efavirenz

- La enfermera debe considerar antecedentes de hipersensibilidad al fármaco, falla hepática, embarazo, lactancia, hipercolesterinemia.
- Debe valora la Tº, orientación, reflejos, biometría hemática completa, pruebas funcionales hepáticas y renales, ruidos intestinales, colesterol sérico.
- Debe establecer horario para realizarle al paciente pruebas sanguíneas cada 2 semanas, de acuerdo a lo establecido en los protocolos vigentes durante el tiempo de tratamiento.
- Para disminuir los efectos en el SNC durante las 2-4 primeras semanas de tratamiento, se debe administrar el fármaco a la hora de acostarse.
- Debe vigilar signos de infecciones ya que el paciente debe recibir el tratamiento específico.
- Este fármaco se debe administrar una vez al día con las comidas si hay problemas gastrointestinales, evitar comidas grasas.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Se debe indicar al paciente que las tabletas no debe romperse sino deben tragarse enteras.
- Se debe proporcionar medidas de confort para aliviar las molestias que ocasiona el fármaco, tales como masaje en la espalda, aseo de la boca, control del medio ambiente, etc.
- Se debe recomendar a la paciente tomar medidas de anticoncepción para evitar embarazo.
- Durante los primeros días de tratamiento se debe tomar medidas de seguridad por la probabilidad del presentar problema del SNC.
- Se debe dar soporte psicológico al paciente para que pueda aceptar su diagnóstico así como los efectos de la droga y su implicación económica.
- El paciente debe saber que este tratamiento no reduce el riesgo de transmisión por contacto sexual o por contaminación hemática, por lo tanto es indispensable tomar precauciones.
- El paciente debe conocer que puede presentar los siguientes efectos colaterales: náusea, vómito, letargia, dificultad respiratoria, depresión, cambio de color de las heces, intento de suicidio.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

DIURÉTICOS

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE FUROSEMIDA

DEFINICIÓN

Es un diurético de asa de la familia de las sulfonamidas utilizado en el tratamiento del edema.

OBJETIVO

Conocer las propiedades del fármaco para dar un mantenimiento y administración eficaz

Mecanismos de Acción

- Inhibe la re absorción del sodio y del cloro en los túbulos proximales, distales y en el ASA de Henle provocando la diuresis.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo medio de 30-60 minutos, atraviesa la placenta está presente en la leche materna, se elimina en heces y orina.

Indicaciones

- En la hipertensión
- Edema agudo de pulmón
- Tratamiento de edema en pacientes con insuficiencia renal aguda
- En el tratamiento de la hipercalcemia asociada a enfermedades neoplásicas combinada con suero salino por vía IV.

Contraindicaciones

- Cuando exista alergias al fármaco, sulfonamidas y tartrazina.
- En insuficiencia renal aguda, anuria, coma hepático, embarazo y lactancia.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Se debe utilizar con precaución en diabetes, lupus eritematoso y gota.

Efectos Adversos

- Puede presentar náusea, vómito, gastritis, pancreatitis aguda e ictericia, calambres y espasmos musculares.
- Arritmias cardíacas, hipotensión ortostática, tromboflebitis.
- Mareo, vértigo, parestesias, visión borrosa, cefalea, pérdida irreversible de la audición.
- Anemia, hiperglicemia, leucopenia, hiperuricemia.

Interacción

- Al utilizar en forma conjunta con indometacina, ibuprofeno y los analgésicos no esteroides disminuye el efecto diurético y anti hipertensivos.
- Este fármaco puede reducir los efectos de la insulina y de los anti diabéticos orales por lo tanto elevar los niveles de glucosa.
- Aumenta el riesgo de arritmias cardíacas al utilizar en forma simultánea con los glucósidos cardíacos.
- Con el cisplatino y los aminoglucósidos aumenta el riesgo de ototoxicidad.
- Con la fenitoina disminuye la absorción de la furosemida.

Técnica de Preparación

- Se puede administrar sin diluir por infusión continua o directamente, la misma que puede ser de 1- 2 minutos, el suero compatible es el suero fisiológico.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.

- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la enfermera

- Este fármaco no se debe mezclar con soluciones ácidas que tengan un pH inferior de 3.5.
- No se debe exponer a la luz ni la presentación en tabletas ni las soluciones que contenga este fármaco ya que pueden cambiar de color y por lo tanto ya no se deberán utilizar.
- Luego de 24 horas de preparada la solución se debe eliminar.
- La solución oral se debe mantener a la temperatura ambiental y se debe eliminar luego de 60 días de que se abrió el frasco.
- Se debe indicar al paciente que tome este fármaco las comidas para evitar problemas gastrointestinales y tempranos para evitar alteraciones del sueño por la eliminación urinaria en la noche.
- Se debe controlar y anotar el peso diariamente y además realizar control de ingesta y eliminación.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Controlar que la diete del paciente sea rica en potasio o que reciba suplementos de potasio si es necesario.
- Se vigilara que al paciente se le efectué determinación sérica de electrolitos y pruebas de función hepática y renal de acuerdo a lo establecido por el médico.
- Si el paciente es diabético se harán controles de glicemia ya que podría necesitar reajustar la dosis de los antidiabéticos.
- Se le advertirá que pérdida o incremento de más de 1.5kilos en el peso en el peso diario, edema en dedos o codos, debilidad muscular y hemorragia inusual se debe reportar al médico de inmediato.
- Debe indicarle al paciente que puede presentar aumento de la frecuencia urinaria, aumento de la cantidad de orina que elimina, mareo, sensación de desmayo, que no puede realizar actividades peligrosas, como conducir o manejar maquinarias, que no debe ingerir alcohol, que no se exponga a la luz solar, que use ropa de protección o protector solar, que puede presentar sensación de sequedad en la boca porque es necesario que chupe caramelos sin azúcar y que se realice el aseo de la boca en forma frecuente.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

DIURÉTICO AHORRADOR DE POTASIO

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE ESPIROLACTONA

DEFINICIÓN

Es un diurético ahorrador de potasio, se utiliza para tratar la ascitis asociada a la cirrosis entre otras enfermedades.

OBJETIVOS

Administrar la medicación en una forma eficaz

Mecanismos de Acción

- Actúa como diurético bloqueando la actividad de la aldosterona a nivel del tubo renal, por lo que el paciente pierde agua y sodio y retiene potasio.

Farmacocinética

- En un tiempo aproximado de 20 horas se metaboliza a nivel hepático, se elimina en orina y heces y está presente en la leche materna y atraviesa la placenta.

Indicaciones

- En hipertensión arterial
- Edema ocasionado por síndrome nefrótico, cirrosis hepática y falla cardiaca.
- Para detectar hiperaldosteronismo primario
- En falla cardiaca.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Contraindicaciones

- Se contraindica en pacientes que presentan alergia al fármaco, enfermedad renal seria anuria e hiperpotasemia. Se debe utilizar con precaución en embarazo y lactancia, no se ha comprobado eficacia ni seguridad en niños.

Efectos Adversos

- Puede presentar calambres, diarrea, sangrado digestivo, boca seca, cefalea, mareo, ataxia y confusión.
- Alteraciones menstruales, impotencia
- Hiponatremia, hipercalcemia y agranulocitosis

Interacción

- Si el paciente recibe alimentos que contienen potasio como: frutas cítricas, tomates, bananas, duraznos o sustitutos de la sal que contienen potasio o suplementos de potasio se incrementa sus valores.
- Cuando el paciente recibe en forma simultanea anticoagulantes y este fármaco se disminuye el efecto hipoprotrombinemico de los anticoagulantes.
- Los bloqueadores ganglionares, anti hipertensivos y diuréticos al ser administrados en forma conjunta con este fármaco aumenta su efecto hipotensor.
- La aspirina y otros salicilatos bloquean el efecto diurético de este fármaco.

Técnica de Preparación

- La presentación es en comprimidos de 100mg y 25mg por vía oral

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Responsabilidad de la Enfermera

- La enfermera debe controla en forma precisa la ingesta, eliminación, peso diario y los valores séricos de electrolitos.
- Este fármaco debe ser administrado temprano en la mañana para no alterar las horas de sueño por la eliminación urinaria.
- Debe sugerir al paciente que no tome este fármaco con alimentos ya que aumenta la absorción del fármaco.
- Se informara al paciente que si efectúa exámenes de laboratorio debe informar porque estos pueden estar alterados porque reciben esta medicación.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- A la paciente mujer se le informara que puede presentar congestión de los senos.
- Se informara al paciente que se pueden presentar los siguientes efectos adversos , aumento de frecuencia y volumen urinario, mareo, sensación de desmayo, resequedad de la boca, alteraciones menstruales, que no debe realizar actividades peligrosas como conducir o manejar maquinaria, que no debe ingerir alcohol.
- Si existiera una alteración de más de 2 libras en un día edema en codos y dedos excesiva debilidad muscular o astenia marcada deberá reportar de inmediato al médico.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital María Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Perú: Hospital María Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE FENITOINA

DEFINICIÓN

Es una hidantoina que se utiliza por vía oral y parenteral como anticonvulsivo.

OBJETIVO

Administrar la medicación en una forma segura y eficaz.

Mecanismo de Acción

- Ejerce su efecto antiepiléptico gracias a la inactivación prolongada de los canales de sodio voltaje dependiente en las membranas neuronales.
- También es efectivo en el tratamiento de arritmias cardíacas, especialmente las causadas por glucósidos cardíacos, las propiedades anti arrítmicas son similares a los de la lidocaína.

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo de 10-22 horas, atraviesa la placenta, está presente en la leche materna y se elimina en la orina.

Indicaciones

- Control de crisis tónico- clónicas y crisis parciales complejas psicomotoras.
- Por vía parenteral se utiliza en control de estatus epiléptico

Contraindicación

- En pacientes con hipersensibilidad a las hidantoinas, con bradicardia sinusal, bloqueo sino auricular de segundo y tercer grado, bloqueo aurículo ventricular y síndrome de Adams- Stokes.
- Usar con precaución en pacientes con problemas hepáticos, bradicardia, diabetes, depresión respiratoria, ancianos y pacientes debilitados o que reciban también derivados de la Hidantoina.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Los pacientes ancianos metabolizan la droga lentamente por lo que es necesario reducir la dosis.

Efectos Adversos

- Se puede incrementar los niveles de fosfatasa alcalina y disminuir los niveles de Hb y Hto.
- A nivel hematológico: agranulocitosis, leucopenia, pancitopenia, trombocitopenia y anemia megaloblastica.
- Hay ataxia, confusión mental, cefalea insomnio.
- Hipotensión periarteritis nodosa, diplopía, nistagmos, visión borrosa, vómito, hiperplasia gingival, hepatitis toxica, hiperglucemia y linfadenopatía.
- A nivel de piel: El Steven- Johnson, inflamación en el sitio de la inyección, dermatitis exfoliativa, lupus eritematoso, reacciones de foto sensibilidad y reacciones escarlatiniformes.

Interacciones

- Con el trimetropin, cimetidina, Benzodicepina, cloranfenicol, Disulfran, Etanol, Isoniacida, omeprazol, sulfonamidas, Alopurinol y Fenilbutazona, se aumenta el efecto farmacológico.
- Interacciones complejas ocurre cuando se combina fenitoina y Acido Valproico, se han observado presencia de convulsiones cuando se dan las dos drogas unidas.
- Disminuye el efecto farmacológico con antineoplásicos, diazoxidos, Ácido fólico, nitrofurantoina, piridoxina, sucralfato, rifampin, teofilina solo con hidantoina oral.
- Aumenta el efecto farmacológico y la toxicidad con: Amiodarone, Fluconazol, isoniacida.
- Aumenta la hepatotoxicidad con Acetaminofen.
- La fenitoina disminuye el efecto farmacológico de Amiodarone, glucósidos cardiacos, cortico esteroideos, ciclosporinas, furosemida, haloperidol,

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

levodopa, Metadona, Fenotiacinas, Sufonilurias, anticonceptivos orales, Quinidina, Pancecuronium, carbamazepina y diazoxidos.

- Existen severa hipotensión cuando se administra por vía IV con Dopamina.

Técnica de Preparación

- La concentración reconstituidas para la administración recomendadas van de 1-10mg/ml en suero fisiológico, por infusión intermitente, la velocidad de infusión en 10 minutos.

Procedimiento

- Lavarse las manos antes de la preparación de la mediación
- Preparar todo el equipo para administrar todos los medicamentos bandeja con algodón seco y húmedo con alcohol, diluyentes, jeringa , rotular el medicamento una vez preparados, con el nombre del paciente la fecha, nombre del medicamento, dosis , numero de habitación y cama no utilizar abreviaturas en las etiquetas.
- Verificar que sea el medicamento correcto, verificar la fecha de caducidad.
- Preguntar si el paciente tiene alergias algún medicamento
- Informar al paciente sobre la mediación que se encuentra recibiendo
- Administrar la mediación al paciente correcto, solicitándole de que diga el nombre completo o verificándolo en la tarjeta de identificación.
- Administrar la dosis correcta, verifique los cálculos matemáticos de dosis y velocidad de infusión.
- Administrar el medicamento por vía correcta, lo recomendable es pasar la mediación a través de la bomba de infusión.
- Registrar la mediación administrada en el Kardex donde se encuentra el nombre del fármaco la fecha, la hora, la dosis y vía de administración. Si por alguna razón no se administró la mediación se registrara en los registros de enfermería indicando el motivo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

Responsabilidad de la Enfermera en la Administración de la Fenitoina

- La enfermera de conocer antecedentes de hipersensibilidad a la hidantoína, bradicardia sinusal, bloqueo AV, síndrome Stokes- Adams, hipotensión, insuficiencia miocárdica severa, diabetes mellitus, hiperglicemia, embarazo y lactancia.
- Debe valorar signos vitales, en piel debe valorar el color, presencia de lesiones, reflejos, examen visual, ruidos intestinales, eliminación, pruebas funcionales hepáticas, examen odontológico, examen de orina, biometría hemática completa, glucosuria, EKG; EEG.
- Durante el embarazo se realiza incremento de la dosis,
- Si aparece rash en el paciente se debe suspender la droga y debe informar al médico. Si el rash es escarlatiforme se reiniciara la droga después de que el rash se aclare, si el rash reaparece se debe suspender definitivamente.
- Si presenta reacciones adversas se debe comunicar al médico ya que no es adecuado suspender en forma abrupta el fármaco.
- Se debe controlar el nivel del fármaco, el aceptado es de 10- 20 mcg/ml.
- Se debe esperar de 7 – 10 días para observar los cambios en la condición del paciente cuando se ha realizado ajustes en la dosis.
- Se debe realizar biometría hemática completa, nivel de calcio y pruebas hepáticas cada 6 meses, si presenta anemia megaloblastica el paciente recibirá ácido fólico y vitamina B12.
- Se debe tomar precauciones por la posibilidad de convulsiones.
- Se debe vigilar al paciente por cambios de conducta que podrán indicar la posibilidad de suicidio o de depresión.
- Se debe vigilar la presencia de hiperplasia en encías especialmente en niños.
- El paciente debe evitar realizar actividades peligrosas al inicio del tratamiento hasta que se conozca como la droga afecta al SNC.
- Se debe advertir al paciente que no cambie la marca de la droga, ni la dosis, si estas le dan un tratamiento efectivo.

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

- Se debe indicar al paciente que no use tabletas que hayan cambiado el color, ni que ingiera alcohol.
- Se debe advertir al paciente que no debe suspender la droga en forma abrupta.
- Se debe sugerir al paciente que debe efectuar una buena higiene oral y control dental, en ocasiones se requiere resección quirúrgica por excesos de las encías que son producto de la mala higiene oral.
- Se debe advertir al paciente que la orina pueda estar de color rosado, rojo o color café rojizo.

Bibliografía:

Droira. (2015). Guía Farmacología. Quito.

Lcdas de los servicio del Hospital Maria Auxiliadora. (2011). Manual de Guías de Administración de Medicamentos. Lima, Peru: Hospital Maria Auxiliadora

Elaborado: Lcda. Isabel Ayo	Revisado:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación : Personal de Enfermería
Fecha de Elaboración Marzo 2015	Fecha de inicio de Aplicación	Vigencia : 3 años	Próxima revisión 2018

CAPÍTULO V

5. Conclusiones y Recomendaciones

5.1. Conclusiones

- El Servicio de Medicina Interna del Hospital Eugenio Espejo dispone de un manual de procedimientos básicos pero no de un manual de protocolos de enfermería y estándares de evaluación de las patologías, que con mayor frecuencia demanda de atención en el servicio.
- El personal de Enfermería del Servicio de Medicina Interna no se encuentra capacitado para la elaboración de protocolos de atención.
- El servicio de medicina Interna no cuenta con una guía de orientación para el personal de enfermería en proceso de inducción acerca de las patologías y medicación más utilizada en el servicio.

5.2. Recomendaciones:

- El manual de protocolos de las patologías del servicio de medicina interna deben estar a disposición del personal de enfermería que labora en el servicio y debe ser revisado con continuidad.
- El manual de protocolos de enfermería servirá como guía de orientación para el personal profesional que se encuentra en proceso de inducción
- Capacitar al personal de enfermería en la elaboración de protocolos que faciliten el trabajo de la enfermera en el servicio de Medicina Interna, el mismo que debe ser evaluado con continuidad.
- Realizar la valoración de los protocolos de enfermería existentes en el servicio cada tres años para actualizarlos.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez , Ramirez, Cadena , Olvera, Sonali. (2012). Satisfaccion de los pacientes hospitalizados con la atención de Enfermería. *Revista Medica Latino Americanos*, 68-72.
- Alarcon, E. (2004). *Guia de Enfermeria para la Implementacion y Espansion de las Estrategias Dots/Taes*. Paris - Francia: Boulevard Saint Michel.
- Alba, y otros. (2010). *Proceso Enfermero dese el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson y los Lenguajes NNN*. España: Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Jaen.
- Albacete, C. H. (2014-2015). *Protocolo de Prevencion de Ulceras por Presion*. Obtenido de www.chospab.es/.../protocolos/.../ulcerasPresion/proto...
- Alvaro Fernandez, Julio Bonilla , Adriana Noguil y otros. (2011). *Manual de prevencion y control de infecciones intrahospitalarios*. Uruguay: Bases de Seguros del Estado.
- Ana Gomez, E. A. (2012). *Insuficiencia Renal Cronica* . España: Sociedad Española .
- Andres de la Torre, C. A. (1996). *Manual de Cuidado Intensivo para la Enfermeria* . España: Springer Verlag Iberica.
- Aneth Rivas, A. R. (2010). Diagnostico de Enfermeria en Personas con Enfermedad Renal Cronica en el tratamiento de Hemodialisis. *Duazary*.
- Argelia Escalona, Mirian Fernandez. (2006). *Intervencion de Enfermeria en pacientes con artritis reumatoidea*. Obtenido de http://148.206.107.15/biblioteca_digital/articulos/14-378-5767qkb.pdf
- Bermeo, M. G. (s.f.). Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente. *Alianza mundial para la Seguridad del Paciente ,Organizacion Mundial de la Salud*, 210-219.
- Carola Lizana, Claudia Gonzalez, Rodolfo Villena. (s.f.). *Manual de Medicamentos Endovenosos*. Chile: TEVA Hospitals.
- Castaño, C. y. (2007). *Manual de guias y procedimientosde Enfermeria*. Pereira.
- Charo Álvarez, M.^a José Ronda. (2013). *Protocolos de Enfermeria*. Obtenido de www.revistaseden.org/files/art616_1.pdf
- Cisneros, F. (Agosto de 2002). *Introduccion a los Modelos y Teorias de Enfermeria*. Obtenido de artemisa.unicauca.edu.co/.../IntroduccionALasTeorias.
- Claros, F. (2006). *Manual para el Paciente Renal*. Cochabamba- Bolivia: Caja de Salud de la Banca Privada.

- Concepcion Fuentes, Alfins Saris, Jose Sirvent. (2012). *Manual de Enfermeria Intensiva*. Girona- España: Documenta Universitaria.
- Cruz, D. M. (2009). Seguridad del Paciente . *Seguridad del Paciente*. Chiclayo.
- Diseño de Criterios e indicadores y estandares para evaluar calidad de atencion de enfermeria en el servicio de pediatria. (2012). *Revista cubana de enfermeria*.
- Doenges, M. (2008). *Planes de Cuidado de Enfermeria* . Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Doenges, M. E. (2008). *Planes de Cuidados de Enfermeria*. Buenos Aires: McGraw-Hill Interamericana.
- Donabedian, A. N. (2014). *Calidad de Atencion Sanitaria*. Obtenido de www.coordinadoraprofunds.org/docs/.../rosa_sunol.p...
- Droira, M. R. (2015). *Guia Farmacologia* . Quito: Grafias Paola.
- Duilio Gomis, S. K. (2012). *Enfermeria Teorica mas Practica*. Buenos Aires: Akadia.
- Duilio Gomis, Silvana Kordi. (2012). *Enfermeria Teorica mas Practica*. Buenos Aires: Akadia.
- Elena Altarribas, Carmen Diaz, Gema Escobar entre otros. (Diciembre 2008). *Estantares de calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales de SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Politica Social.
- F.H. de Canales, E. L. de Alvarado, E. B. Pineda. (1994). *Manual para el desarrollo del personal de Salud*. Washington : Copyright.
- Garcia , Rodriguez , Diaz , Escobar , Garcia y otros. (2008). *Estandares de Calidad de cuidados para la seguridad del paciente en los hospitales del SNS*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Politicas Social.
- Garcia, M. (2004). La alianza Mundial para la seguridad del Paciente. En O. M. Salud. España: OMS.
- Garcia, R. (2001). El Concepto de calidad y su aplicacion en Medicina. *Revista medica de Chile*.
- Gloria Ortiz, Ricarda Miranda y Maria Lara. (2014). Precauciones de Aislamiento de los pacientes con Enfermedades Trasmisibles en una Institucion de Tercer Nivel. *Revista de Enfermeria Neurlogica*, 25-30.
- Historia -Hospital de Especialidades Eugenio ESpejo*. (2013). Obtenido de www.hee.gob.ec/webhee2013/index.php/el-hospital/historia
- Hospital Eugenio Espejo*. (2013). Obtenido de www.hee.gob.ec/webhee2013/index.php/

- Hospital, U. (2013). *Guía para la Preparación, control y vigilancia de los medicamentos*. Colombia: Copyright.
- Irene Lopez, Maricela Torres. Maria Casanova y otros. (2012). *Revista Cubana* , 112-117.
- J Mazota, C Valiente, M Rivas. (2010). *Manual de Urgencias*. Venezuela: Medica Panamericana.
- Johnson, M. (2011). *Vinculos de NOC Y NIC a NANDA -I y diagnosticos medicos*. ESPAÑA: S,L.
- Lazcano, H. (18 de Mayo de 2009). *Normativas para una Administracion de Medicamentos Segura*.
- Lcda Ernestina Escobar y otros. (2004). *Estandares de Enfermeria* . Managua: Ninsa.
- Lcdas de los servicio del Hospital Maria Auxiliadora . (2011). *Manual de Guías de Administracion de Medicamentos* . Lima-Peru: Hospital Maria Auxiliadora.
- Leon, C. (2006). La Seguridad del Paciente, una responsabilidad en el acto del cuidado. *Revista Cubana*, 1-7.
- M. d. (2008-2012). *Plan Estrategico del Hospital Eugenio Espejo*. Obtenido de www.hee.gob.ec/descargas/plan%20estrategico.pdf
- Maria Benito,Susana Blanco; Julia Caldera, Maria Castellote y otros. (2011). *Planes de Cuidados de Enfermeria en Atencion Especializada*. Merida : Servicio Extremeño de Salud.
- Maria Bermudes, V. J. (2012). *Cuidados de Enfermeria en la Administracion de Vancomicina*. Obtenido de www.slideshare.net/.../cuidados-de-enfermeria-en-la-a..
- Maria Rosales, Bellido, Cardenas Muñoz y otros. (2010). *Proceso enfermero desde el modelo de cuidados de virginia Henderson y los lenguales NNN*. España: Safarad.
- Marilynn Doenges. (2012). *Planes de Cuidados de Enfermeria*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Marilynn E. Doenges, A. (2012). *Planes de Cuidados de Enfermeria*. Mexico: McGraw-Hill Interamericana.
- Martinez, J. R. (2003). *Guía metodologica para gestion clinica por procesos*. España: Diaz de Santos,S.A.
- Maureira, M. (Marzo de 2011). *Protocolo de Administracion de Medicamentos*. Obtenido de www.hospitaldelinares.cl/index2.php?...79
- Medicina, p. d. (2014). *Mision y Visin del Servicio de Medicina Interna del HEL*. Quito.

- Mundo, N. (5 de junio de 2015). *Hospital ugenio Espejo recibio Acreditacion Internacional*. Obtenido de [www.laciudadana.gob.ec/.../6605-hospitalario - eugenio - es](http://www.laciudadana.gob.ec/.../6605-hospitalario-eugenio-es)
- OMS. (20014). *Seguridad del paciente*. Obtenido de www.who.int/topics/patient_safety/es/
- OMS. (2005). *Directrices de la OMS sobre la Higuienen de las manos en la atencion al paciente*. Obtenido de www.who.int/...centre/Spanish_HH_Guidelines
- OPS/OMS. (2007). *Politica y Estrategia Regional Para la Garantia de la Calidad de la Atencion Sanitaria incluyendo La Seguridad del Paciente. Conferencia Sanitaria Panamericana*, (págs. 2-7). Washington.
- OPS/OMS, S. C. (12 de mayo de 2015). *OMS Enfermeria* . Obtenido de www.who.int/topics/nursing/es/
- Oscar Diaz, Neraldo Gonzalez. (2011). *Manual para el Diagnostico y Tratamiento de Pacientes Diabeticos a nivel primario de Salud*. Cuba: Ministerio de Salud Publica.
- Patient Safety. (2009). *Marco Conceptual de la Clasificacion Internacional para la Seguridad del Paciente*. World Health Organization.
- Pérez, A. R. (2002). INDICADORES. En A. R. Pérez, *INDICADORES DE GESTION* (págs. 52 -56). España.
- Publica, M. d. (junio de 2014). *Estructura del Ministerio de Salud Publica /Subsecretaria Nacional de Garantia de la Calidad de los Servicios de Salud*. Obtenido de www.salud.gob.ec > El Ministerio
- Reina, N. (2010). *Proceso de Enfermeria - Instrumento para el Cuidado*. Bogota-Colombia: Umbral Cientifico.
- Roberto Hernandez, Carlos Fernandez, Maria Baptista. (2010). *Metodologia de la Investigacion*. Mexico: McGraw-Hill. Obtenido de www.academia.edu/.../Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion
- Salazar, S. (junio 2012). *Manual de Procedimientos Generales de Enfermeria*. Anda Lucia España: Hospital Universitario Virgen de Rocio.
- Salud, M. d. (2003). *Manual de aislamiento hospitalario*. Peru: ISBN.
- Salud, M. d. (2010). *Guia Clinica Sindrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA*. Chile: Ninsal.
- Salud, M. d. (2010). *Manual de Normas y Procedimientos para el Control de la Tuberculosis en Ecuador*. Ecuador: Ministerio de Salud.
- Salud, M. d. (2011). *Manual de Prevencion de Caidas en el Adulto Mayor*. Chile: ministerio de salud.

- Sánchez Ancha, ; González Mesa, Molina Mérida, y otros. (2009). *Guía para la elaboración de protocolos*. Obtenido de <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0565.php>
- servicio, E. d. (2012). *Manual Administrativo de Medicina Interna*. Quito.
- Social, M. d. (2013). *Agenda de Igualdad para Adultos Mayores*. Ecuador.
- Suarez M, Ortega, M. (2009). *Manual de Evaluacion de la Calidad del Servicio de Enfermeria*. Mexico: Panamericana.
- Suarez, O. (2002). *Manual de Evaluacion de la calidad del Servicio de Enfermeria*. Argentina: Panamericana.
- Suñol, R. (2015). *Calidad de la Atencion* . Obtenido de [www.coordinadoraprofunds.org/docs /.../ rosa_sunol.p](http://www.coordinadoraprofunds.org/docs/.../rosa_sunol.p)
- Temple, J. S. (1995). *PROCEDIMIENTOS PARA ENFERMERAS*. Madrid-España: MEDICA PANAMERICANA S.A.
- Tomey, A. M. (2009). *Gestion y Direccion de Enfermeria* . Barcelona : E DID E,S.L.
- Vanegas, B. C. (17 de Noviembre de 2010). La Investigacion Cualitativa un importante abordaje del Conocimiento para la Enfermeria. *Revista Colombiana de Enfermeria*, 128-142.
- Viviana Riviera, Paola Pastoriza, Cristina Diaz, Nelida Hilario. (2013). Revision Critica de la Toxonomia Enfermera NANDA Internacional . *Revista Cientifica de Enfermeria*, 5-7.

GLOSARIO

ACI: Accreditation Canada International

OMS: Organización Mundial de la Salud

INFECTOCONTAGIOSA: Son las enfermedades de fácil y rápida transmisión, provocadas por agentes patógenos, el ser vivo o agente patógeno que las produce recibe el nombre de agente etiológico o causal.

KPC: Infección por *klebsiella pneumoniae*

NANDA: Antes llamado North American Nursing Diagnosis Association , Asociación Norteamericana de Diagnósticos de Enfermería.

NIC:(North American Nursing Diagnosis Association) Es un sistema de clasificación del cuidado que describe los tratamientos que las enfermeras realizan, el nic consiste en una lista estandarizada que contiene diversas intervenciones .

NOC: (Nursing Outcomes Classification) Es un sistema de clasificación que describe los resultados del paciente sencibles a la intervención del oficio de enfermera. El noc es un sistema para evaluar los efectos de los cuidados.

PAE: Es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por arte de la enfermera.

SOAP: S=Sujeto, O= Objetivo, A= Analítico, P= Plan para la intervención de enfermería

JCAHO: Es una abreviatura de la Comisión Conjunta de Acreditación de organizaciones de la salud.

Anexos

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS-ESPE**CENTRO DE POSGRADOS****MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA****GUÍA DE LA ENTREVISTA NO ESTRUCTURADA**

1.-Datos de Identificación

Servicio:

Ubicación:

Fecha de la visita:

2.- Características y Distribución del Espacio Físico

Como es el lugar donde se encuentra

Distribución del espacio físico

Horario de Atención

3.-Que capacidad tiene para recibir a las pacientes

Cuántas camas tiene el servicio

Cuántas habitaciones tiene el servicio

Cuántas habitaciones de aislamiento tiene el servicio de medicina Interna.

4.-Que tipo de Pacientes y con qué patologías se encuentran en el servicio

Como son distribuidos los pacientes en las habitaciones

Cuáles son las patologías más frecuentes del servicio de medicina interna

5.- Que Actividad realiza y cómo se organiza el personal de enfermería

Cuáles son los horarios del personal de enfermeras

Como se distribuyen el trabajo o los pacientes en cada turno

6.- Que Equipamiento tiene el servicio y cuenta la enfermera con el material necesario para la atención

Que material tiene el servicio de enfermería y donde se encuentra

Existe material necesario para la atención al paciente

El paciente tiene que comprar el material que requiere para su atención

7. Qué ambiente de trabajo existe en el servicio de Medicina Interna

Existe comunicación con sus compañeras

Traba en equipo el personal de enfermería del servicio

8.- Que formularios de enfermería tiene el servicio de enfermería

Utilizan todos los formularios existentes en el servicio

Sabe cómo tiene que llenar determinado formulario y cuando utilizarlo

Ha recibido capacitación para poder manejar los formularios existentes en enfermería

9.- Como es la preparación, administración de la medicación.

Utiliza los 10 correctos en la preparación de la medicación

Tiene conocimiento de la casa y efecto de los diferentes fármacos

Cuáles son los fármacos que más utilizan en el servicio

10.- Como es el trato de la enfermera al paciente en el momento de la atención.

La enfermera se preocupa por satisfacer las necesidades bio-psico-sociales del paciente

UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS-ESPE**CENTRO DE POSGRADOS****MAESTRÍA EN GERENCIA HOSPITALARIA****GUÍA DE OBSERVACIÓN**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

Cargo

Tiempo que trabaja en el servicio

Preguntas:

- 1.-Dispone de un diagnostico situacional del Servicio de Medicina Interna
- 2.-Dispone de Protocolos de Enfermería Actualizados.
- 3.-Están Accesibles los protocolos de Enfermería
- 4.-Revisa los Protocolos Existentes en el servicio
- 5.-Recibe actualización de conocimientos sobre los protocolos de Enfermería existentes
- 6.-Dispone de protocolos específicos de atención de enfermería en las patologías existentes en el servicio de medicina Interna
- 7.-Dispone de protocolos de Atención de Enfermería en la administración de medicamentos.
- 8.-Dispone de protocolos de enfermería que contengan la responsabilidad de la enfermera durante la administración de medicamentos
- 9.-Dispone de mecanismos de seguimiento y control con base en indicadores definidos