



ESPE
UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
INNOVACIÓN PARA LA EXCELENCIA

**VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN
INNOVACIÓN Y TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA**

DIRECCIÓN DE POSTGRADOS

**TESIS PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MAGISTER EN GERENCIA
HOSPITALARIA**

**TEMA: ELABORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS
TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO EN BASE A ESTÁNDARES DE
CALIDAD DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA EN
EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL DEPARTAMENTO DE
CIENCIAS ECONÓMICAS ADMINISTRATIVAS Y DE
COMERCIO**

AUTOR: LCDA. MARÍA JOSÉ RUEDA

DIRECTOR: REBECA DROIRA

SANGOLQUÍ

2015

CERTIFICACION

En nuestra condición de Director de Tesis, certificamos que la señora María José Rueda , ha desarrollado el Proyecto de Grado titulado ELABORACION DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS TECNICO ADMINISTRATIVO DE ENFERMERIA EN EL SERVICIO DE CIRUGIA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO” observando las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regula esta actividad académica, por que autorizamos a la mencionada señora estudiante que reproduzca el documento definitivo, presente a las Autoridades del Departamento de Postgrado, y proceda a la exposición de su contenido.



Lcda. REBECA DROIRA.

DIRECTOR DE TESIS

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA**

UNIDAD DE GESTIÓN DE POSTGRADOS

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA
HOSPITALARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD

Lcda. María José Rueda.

El proyecto de grado denominado ELABORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO EN BASE A ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO, ha sido desarrollado con base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme las citas que constan el pie de las páginas correspondiente, cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía.

Consecuentemente este trabajo es mi autoría.

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

Sangolqui, Septiembre 2015.



Lcda. María José Rueda.

**UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS
VICERRECTORADO DE INVESTIGACIÓN, INNOVACIÓN Y
TRANSFERENCIA TECNOLÓGICA**

UNIDAD DE GESTIÓN DE POSTGRADOS

**MAESTRÍA EN ADMINISTRACIÓN GERENCIAL HOSPITALARIA
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PRESENTADO PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE MAGISTER EN GERENCIA
HOSPITALARIA**

AUTORIZACIÓN

Lcda. María José Rueda.

Autorizo a la Escuela Politécnica del Ejército la publicación, en la biblioteca virtual de la Institución del trabajo ELABORACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO EN BASE A ESTÁNDARES DE CALIDAD DE ATENCIÓN Y CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y autoría.

Sangolqui, Noviembre 2015.



Lcda. María José Rueda.

AGRADECIMIENTO

Un sincero agradecimiento a Dios que guio mi camino, a mi familia y a todo el personal del Hospital Eugenio Espejo quien hizo posible la realización de este proyecto de investigación. En especial a la Licenciada Rebeca Droira, por su profesionalismo para guiar este trabajo y por su alta calidad humana.

DEDICATORIA

Con profundo amor para mis Padres Raúl Rueda Amores y Mónica Manzano ya que por su apoyo incondicional me permitieron seguir esta maestría, además a mi familia mi esposo David Romero e hijos que son la razón de mi vida Martín y Domenica.

Dedicado también a mis maestros que me permitieron participar en la construcción de un mejor profesional.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD	iii
AUTORIZACIÓN	iv
AGRADECIMIENTO	v
DEDICATORIA	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO	vii
ÍNDICE DE ANEXOS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I	
1. INTRODUCCIÓN	
1.1. Formulación del problema	2
1.1.2. Desarrollo del problema	2
1.1.3. Planteamiento del problema	2
1.2. Objetivos.....	3
1.2.1. Objetivo general	3
1.2.2. Objetivo específico	3
1.3. Interrogante	4
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEORICO	
2.1. Marco legal	5
2.2. Marco teórico	6
2.3. Calidad	12
2.3.1. Generalidades	14
2.3.1.1. Principios de la calidad total según DEMING	14
2.3.2. Calidad en salud.....	17
2.3.2.1. Definición	17
2.3.2.2. Importancia de la calidad en salud	18
2.3.2.3. Mejoramiento continuo de la calidad en salud	18

2.3.2.3.1. Definición	18
2.3.2.4. Aspectos que involucran la calidad en los servicios de salud	19
2.3.2.4.1. La competencia profesional	19
2.3.2.4.2. La accesibilidad del servicio.....	19
2.3.3. La eficacia	20
2.3.3.1. La satisfacción del usuario	20
2.3.3.2. La eficacia y utilización de recursos	20
2.3.3.3. Continuidad e integralidad.....	20
2.3.4. Principales actores del mejoramiento de la calidad en salud	21
2.3.4.1. Ciclo de mejoramiento de la calidad en salud	21
2.4. Calidad total en enfermería	23
2.4.1. Definición.....	23
2.4.1.1. Sistema de enfermería	24
2.4.1.2. Proceso de atención de enfermería	24
2.4.1.3. Características de los sistemas.....	26
2.4.1.4. Tipos de sistemas	26
2.4.1.5. Origen de la atención de enfermería en la salud.....	26
2.4.1.6. Calidad humana en enfermería.....	28
2.4.1.6.1. Definición	28
2.4.1.6.2. Importancia de la calidad humana en enfermería	29
2.4.1.6.3. La calidad ligada a la vocación	29
2.5. Modelos de atención de enfermería	30
2.6. Ética.....	34
2.6.1. Generalidades	34
2.6.2. Ética y percepción del usuario.....	35
2.6.3. Ética y enfermería	39
2.6.4. El código deontológico en enfermería	41
2.6.5. El secreto profesional	43
2.7. Seguridad del paciente	44
2.7.1. Consideraciones generales sobre la interacción con otras drogas.....	54
2.7.2. Definición de diagnóstico de enfermería	58

2.8. Planes de cuidados de enfermería estandarizados	63
CAPÍTULO III	
3. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Metodología de investigación	65
3.2. Técnicas e instrumentos de investigación	67
3.2.1. Guía de observación. (Anexo 1).....	67
CAPÍTULO IV	
4. PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO	
4.1. Levantamiento de protocolos y procedimientos.....	70
4.2. Desarrollo de la propuesta de implementación.....	71
4.2.1. Desarrollo de procedimientos	80
4.2.2. Seguimiento y evaluación estándares.....	138
CAPÍTULO V	
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	143
5.2. Recomendaciones	144
BIBLIOGRAFÍA	145

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1 149

RESUMEN

La presente investigación tiene por objeto evaluar los procedimientos Técnico Administrativa de Enfermería en base a los estándares de calidad para mejorar la atención en el Servicio de Cirugía del Hospital Eugenio Espejo. Bajo el desarrollo de la metodología de Procedimientos y Protocolos de atención de enfermería y el manejo de manuales y protocolos que se utilizan en el servicio tienen por objeto satisfacer las necesidades del cliente externo. El resultado de esta investigación permitirá al personal de enfermería del servicio de cirugía del Hospital Eugenio Espejo actualizar los procedimientos y Protocolos de atención e identificar problemas y a su vez priorizarlos para posteriormente buscar estrategias que permitan mejorar la calidad de atención en dicho servicio. Para lo cual se iniciará con el desarrollo del diagnóstico situacional que permite realizar una valoración de la situación actual de la institución en relación con su entorno, que se compone del análisis interno (Fortalezas y Debilidades) basado en la ejecución de los procesos claves de la organización y un análisis externo (Oportunidades y Amenazas), en la cual se investigará los factores políticos, económicos, sociales, tecnológicos y culturales del macro ambiente, así como el análisis de los procedimientos de atención del personal de enfermería de este servicio. El análisis y discernimiento de la información más relevante de la institución planteado en el diagnóstico situacional, se realiza el proceso de direccionamiento estratégico definiendo la misión, visión, valores y políticas las cuales deben ser divulgados para convertirlas en parte de la cultura organizacional.

PALABRAS CLAVE:

- **PROCEDIMIENTOS**
- **PROTOCOLOS**
- **DIAGNOSTICO**

- **DIRECCIONAMIENTO ESTRATÉGICO.**

ABSTRACT

This research aims to evaluate the Nursing Technical Administrative procedures based on the quality standards to improve care at the Surgery Department of the Hospital Eugenio Espejo. Under the methodology development of procedures and protocols for nursing care and the use of manuals and protocols used in service in order to meet the needs of external customers. The result of this research will allow the nursing staff of the surgery at the Hospital Eugenio Espejo update the procedures and protocols for care and identify problems and prioritize your time and searches for strategies to improve the quality of care in this service. For which it will begin with the development of the situation assessment that allows an assessment of the current situation of the institution in relation to its surroundings, which consists of internal analysis (Strengths and Weaknesses) based on the performance of key processes organization and external analysis (opportunities and threats), in which the political, economic, social, technological and cultural environment of macro factors will be investigated and analysis procedures of nursing care of this service. Compliance with the objectives and policies of the National Plan for Good Living, and analysis and discernment of the most relevant information of the institution raised in the situational analysis, strategic management process is done by defining the mission, vision, values and policies which they must be disclosed to turn part of the organizational culture

KEYWORDS:

- **PROCEDURES**
- **PROTOCOLS**
- **DIAGNOSIS**

- **STRATEGIC DIRECTION**

CAPÍTULO I

1. INTRODUCCIÓN

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

La construcción de Hospital Eugenio Espejo se inició el 23 de mayo de 1901 y culminó en el año 1933.

Bajo la presidencia del Dr. Juan de Dios Martínez Mera el 24 de mayo de 1933 se inauguró el Hospital Eugenio Espejo. En el año 1979 se conforma 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 Roldós Aguilera coloca la simbólica primera piedra del nuevo edificio.

En 1992 se abre la atención al público en sus nuevas áreas de consulta externa y emergencia, para que en el año 1994 se traslade por completo la atención al edificio nuevo brindando hasta la actualidad una atención continua, las 24 horas del día, los 365 días del año.

El Hospital Eugenio Espejo es un hospital Público, Especializado de referencia nacional, con una estructura física que no satisface la demanda de la población. Brinda servicios de salud especializados en hospitalización como: Medicina Interna, Neumología, Neurología, Neurocirugía, Nefrología, Urología, Cardiología, Cirugía Cardiotorácica, Oftalmología, Traumatología, Cirugía General, Cirugía Vascular, Unidad de Quemados, Cuidados intensivos, Urgencias.

Las necesidades que presenta el hospital por ser un hospital de tercer nivel y dentro de las actividades de enfermería merece especial consideración la atención a los pacientes quirúrgicos por lo que mediante

esta investigación en el servicio de cirugía se conocerá, analizara e implementara y se evaluara los protocolos y procedimientos Técnico Administrativa de Enfermería en base a los estándares de calidad para mejorar la atención en el Servicio de Cirugía del Hospital Eugenio Espejo.

El resultado de esta investigación permite al personal de enfermería del servicio actualizar los protocolos y procedimientos de atención e identificar problemas y a su vez priorizarlos para posteriormente buscar estrategias que permitan mejorar la calidad de atención en dicho servicio.

1.1. Formulación del problema

1.1.2. Desarrollo del problema

El servicio de Cirugía del Hospital Eugenio Espejo trabaja en un espacio físico limitado y cuenta con medicamentos e insumos mínimos para brindar atención oportuna, además, las relaciones interpersonales y la atención tanto de la enfermera como la del personal auxiliar con el paciente y sus familiares; hacen pensar que se han venido dejando atrás todos los modelos de atención que se encuentran estipulados en el desarrollo de esta investigación, y servirá como guía para la mejora de los procedimientos los cuales en el servicio de cirugía se encuentra no actualizados incompletos y no socializados . Valores éticos, comunicación, respeto, equidad de género, apoyo emocional, son actitudes de mucha importancia para el paciente y sus familiares. La mayoría de veces el personal de enfermería se encuentra saturados de trabajo lo que afecta en el trato y calidad de atención al paciente, la alta demanda de pacientes, los excesivos cambios del personal a otros servicios impide brindar una atención de calidad al paciente.

1.1.3. Planteamiento del problema

La institucionalidad de ciertos procesos y sistema de gestión de enfermería han presentado varios problemas, sin embargo es necesario

plantear una metodología que permita la articulación directa del personal que labora en el Servicio de Cirugía.

El propósito fundamental de esta tesis es realizar los Protocolos y Procedimientos de mejora en base a estándares de calidad de atención de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital, sin salirse de la normativa legal vigente del Sector Público.

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general

Elaborar los protocolos y procedimientos técnico administrativo en base a estándares de calidad de atención de enfermería en el servicio de cirugía del Hospital Eugenio Espejo para garantizar la calidad de atención de enfermería y seguridad del paciente.

1.2.2. Objetivo específico

- Realizar el Diagnostico de la situación actual de los Protocolos y Procedimientos de Enfermería en el Servicio de Cirugía.
- Analizar los Estándares Internacionales de los Protocolos y Procedimientos de Enfermería en el Servicio de Cirugía.
- Elaborar los protocolos y procedimientos de Atención de Enfermería de las patologías más frecuente en el Servicio de Cirugía en base a los Estándares de Calidad.
- Establecer una propuesta de implementación de los Procedimientos desarrollados.
- Establecer un sistema de seguimiento y medición a través de Indicadores de calidad.

1.3. Interrogante

Los protocolos y procedimientos de atención de enfermería de las patologías más prevalentes permitirán en el Servicio de Cirugía del Hospital Eugenio Espejo mejorar la calidad de atención a los usuarios externos.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEORICO

2.1. Marco legal

En el acuerdo Ministerial N° 1292 publicado en el registro oficial N° 1298 del 26 de mayo de 1999, el Ministerio de Salud Pública

La Organización de Servicio Civil y Desarrollo Institucional según resolución N026 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 bajo los regímenes de Servicio Civil y Carrera Administrativa, Contrato Colectivo y Contratos ocasionales y de la comunidad del área de influencia de este centro hospitalario.

El Hospital Eugenio Espejo se rige a las bases legales antes anotadas y se guía por los principios conceptuales y operativos del modelo de autonomía de gestión de los servicios.

1. Protección y respeto al usuario, a sus particularidades étnicas, culturales de género y edad.
2. Calidad y calidez de atención.
3. Solidaridad y equidad a través de subsidios cruzados y directos a la población que lo necesite.
4. Gestión desconcentrada, con participación social y comunitaria en la toma de decisiones.
5. Gestión moderna, orientada.
6. Gerencia estratégica y planificada con utilización de indicadores de cumplimiento de objetivos y valoración del talento humano.

7. Financiamiento complementario al aporte estatal provisto por contribuciones de usuarios con capacidad de pago, donaciones, recursos de cooperación externa, venta de servicios”. (Hospital Eugenio Espejo, 2012)

2.2. Marco teórico

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

El diagnóstico y análisis situacional como lo determinan los autores.

El Diagnóstico de la Situación de Salud (DSS) es el proceso multidisciplinario e intersectorial mediante el cual se describe la situación y se analiza la salud-enfermedad de una comunidad. Mientras que el Análisis de Situación de Salud, representa un instrumento científico-metodológico útil para identificar, priorizar y solucionar problemas comunitarios. (Martinez, 2006)

Los términos “Diagnóstico de Salud” y “Análisis de la Situación de Salud” suelen manejarse como sinónimos, se considera que más bien representan diferentes etapas del mismo procedimiento epidemiológico para enfrentar los problemas de salud, el primero es la fase descriptiva de su desarrollo, mientras que el segundo es el elemento conclusivo para la solución de esos problemas. (Toledo, 2004)

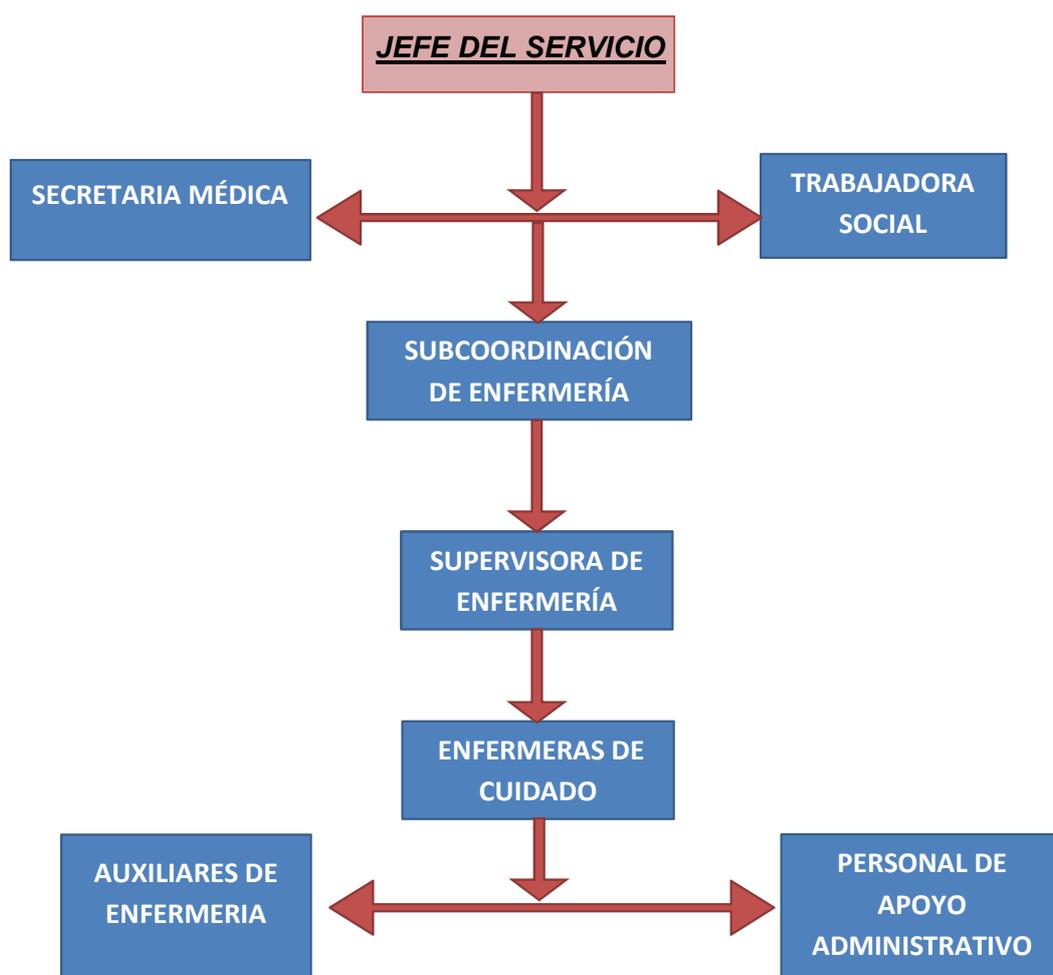
El Servicio de Cirugía del Hospital Eugenio Espejo es una de las áreas con mayor demanda cuanta con 41 pacientes, permaneciendo de 4 a 5 días de estadía hospitalaria, disminuyendo la rotación de camas intrahospitalaria trabajando 8 enfermeras en turnos rotativos, 4 personal auxiliar, 1 camillero y 2 personas de limpieza, el cual no abastece con las exigencias del paciente. El servicio de Cirugía no cuenta con plan estratégico es por esta razón que se ha diseñado y se menciona a continuación.

MISIÓN:

Proporcional atención en el servicio de cirugía con profesionalismo, con calidad y excelencia en la práctica diaria, mejorar la calidad de vida, la salud física que necesite el paciente para la atención en el servicio.

VISIÓN:

Ser un servicio líder comprometido en mejorar la calidad y destrezas del personal para lograr mayor bienestar a los pacientes.

ESTRUCTURA ORGÁNICA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

Elaborado: Licenciada María José Rueda.

Fuente: Hospital Eugenio espejo Servicio de Cirugía

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL SERVICIO DE CIRUGÍA

PROCESOS PRODUCTIVOS (SUSTANTIVOS)

FORTALEZAS

1. CUENTA CON UN ARCHIVO DE HISTORIAS CLÍNICAS ORGANIZADO.
2. CUENTA CON UN PLAN DE DEPURACIÓN DE ARCHIVO.
3. BRINDA ATENCIÓN OPORTUNA A LOS USUARIOS EXTERNOS.
4. MEDICACIÓN NECESARIA PARA SU TRATAMIENTO.
5. INFRAESTRUCTURA NUEVA MÁS AMPLIA Y TÉCNICA QUE LA ANTERIORMENTE USADA.
6. FARMACIA, LABORATORIO, IMAGEN FUNCIONAN COMO DEPARTAMENTOS INDEPENDIENTES.

DEBILIDADES

1. NO CUENTA CON UN SOFTWARE DE GESTIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS.
2. INFRAESTRUCTURA QUE INCUMPLE LA NORMA VIGENTE.
3. NO CUENTA CON PERSONAL SUFICIENTE PARA ATENDER LA DEMANDA DE PACIENTES
4. NO CUENTA CON PROTOCOLOS ACTUALIZADOS DE ENFERMERÍA.

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL ÁREA

(MICROAMBIENTE)

AMENAZAS

1. La creciente oferta en salud privadas con las que cuenta el sector.
2. El nivel económico y en crecimiento de la población.
3. Área rural dispersa.
4. Contaminación ambiental.
5. Demanda insatisfecha.

OPORTUNIDADES

1. Bajo poder de decisión de los usuarios y aceptación a los modelos propuestos.
2. Cumplimiento de procesos y normas establecidas por la ley.
3. Alta demanda asignada para atención preventiva.
4. Coordinación con otras instituciones.
5. Apoyo económico del gobierno central

ANÁLISIS SITUACIONAL DEL ENTORNO

(MACROAMBIENTE)

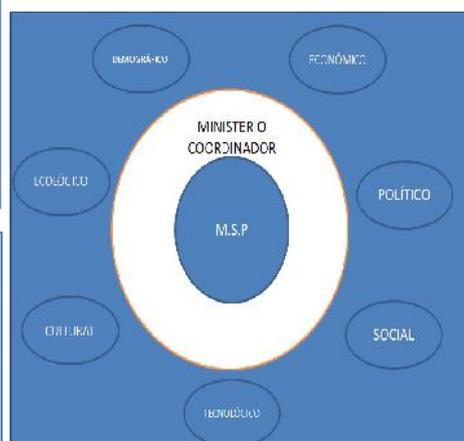
AMENAZAS

1. Falta de presupuestos o asignación de recursos.
2. Políticas económicas que buscan abandonar la forma tradicional de generación económica.
3. Falta de Profesional de enfermería a nivel país.
4. La tecnología que se utiliza en su mayoría no es desarrollada en el país.

OPORTUNIDADES

1. Políticas del Milenio.
2. Alrededor del 5% del PIB se invierte en salud, por primera vez se considera a la salud como una inversión y no como un gasto social.
3. Políticas de Gobierno alineadas con los objetivos del milenio de las Naciones Unidas.
4. Una constitución que permite desarrollar el marco legal propicio para cumplir los objetivos trazados en programas de planificación como el PNBV.

MACROAMBIENTE



Es necesario considerar este análisis situacional citado ya que el Ecuador las organizaciones de salud han venido acreditándose para garantizar la calidad en la atención, basándose en los estándares Canadian International lo que hace posible que las organizaciones de servicios de salud, grandes y pequeños, mejoren la práctica y la eficacia de la calidad

en las iniciativas de seguridad del paciente en sus operaciones diarias. Además estos estándares de servicios integrales de salud garantizan una evaluación exhaustiva de todos los aspectos de las operaciones de una organización, desde la sala de juntas de la gestión, los servicios, la atención al paciente y la satisfacción del cliente. Las normas deberán ser actualizadas de acuerdo a los resultados de las evaluaciones anuales. (Canadian, 2013)

La enfermera en el servicio de Cirugía cumple funciones para la atención al paciente basado en conocimiento científico, estas funciones se resumen en protocolos y procedimiento que debe estar estandarizado, Marrineer en su libro nos detalla la definición de protocolos y procedimientos:

Los protocolos y procedimientos constituyen una guía para la acción más específica que las políticas. Ayudan a conseguir un mayor grado de regularidad ya que sirven para describir la secuencia cronológica de los pasos a seguir. Los protocolos y procedimientos pueden ser interdepartamentales y, por tanto al contrario que las políticas, no afectan a toda la organización. La mejora de los protocolos y procedimientos operativos produce un incremento de la productividad y reduce costes. Se puede reducir la cantidad de trabajo innecesario aplicando técnicas de simplificación de las tareas para hacer que cada parte del procedimiento resulte más productivo. (Marrineer, 2009)

Las organizaciones actuales de Salud trabajan con indicadores los mismos que son útiles para la toma de decisiones por lo tanto mejora la calidad de atención como cita Malagón:

El Indicador es el factor de medición que permite determinar con el mayor grado de precisión posible los resultados de un proyecto en términos de cantidad calidad y tiempo. Su propósito es contribuir a asegurar una buena gestión del proyecto. Inducen a concentrar los objetivos trazados y permite monitorear la evaluación de su cumplimiento. Un indicador además es una medida cuantitativa,

puede usarse como guía para controlar y valorar la calidad de las actividades es decir la forma particular en la que se mide un criterio. Este indicador debe ser claro de forma que no permita interpretaciones distintas de modo que sus valores tengan necesariamente que ajustarse al contexto. (Malagón, 2008)

Para implementar los protocolos y procedimientos de atención y cuidado de enfermería en base a estándares internacionales en el servicio de cirugía, según el Dr. Freddy Ricardo Escobar como nos indica en su guía de implementación de calidad se debe realizar una evaluación práctica asistencial susceptible a cambios conociendo su estructura, sus procesos y resultados mediante la actualización constante de normas, estudios estadísticos, garantizando el acervo e idoneidad de los profesionales y no profesionales. (Escobar, 2014)

Lo ideal para mejorar la calidad de atención en el servicio de cirugía del Hospital Eugenio Espejo el personal de enfermería debería cubrir la atención como se menciona en el siguiente cuadro que indica la OMS.

CATEGORIA POR HOSPITAL	TURNO DE LA MAÑANA	TURNO EN LA TARDE
NIVEL 1	1 POR 4 + ENCARGADA	1 POR 4 + ENCARGADA
NIVEL 3	1 POR 5 + ENCARGADA	1 POR 6 + ENCARGADA
TODOS LOS NIVELES	1 POR 5 + ENCARGADA	1 POR 6 + ENCARGADA

ELABORADO: Lic. María José Rueda.

FUENTE: Consejo Internacional de Enfermeras, recuperado el 15/08/03

GRADO DE COMPLEJIDAD ASISTENCIAL POR CATEGORÍA DE PACIENTES				
ÁREA DE CUIDADO	4	3	2	1
Estado Mental	Inconsciente	Periodos de inconsciencia	Periodos de desorientación en tiempo y espacio	Orientación en tiempo y espacio
Oxigenación	Ventilación mecánica (uso de ventilador a presión o a volumen)	Uso continuado de máscara o catéter de oxígeno	Uso intermitente de máscara o catéter de oxígeno	No depende de oxígeno
Signos Vitales	Control en intervalos menores o iguales a 2 horas	Control en intervalos de 4 horas	Control en intervalos de 6 horas	Control de rutina (8 horas)
Motilidad	Incapaz de mover cualquier área corporal Cambio de decúbito y movimiento pasivo programado y realizado por enfermería	Dificultad para mover áreas corporales Cambios de decúbito y movimiento pasivo auxiliado por enfermería	Limitación de movimientos	Mueve todas las áreas corporales
Deambulación	Restringido a la cama	Locomoción a través de silla de ruedas	Requiere de auxilio para deambular	Deambula
Alimentación	A través de catéter central	A través de sonda naso gástrica	Por boca con ayuda	Auto suficiente
Cuidado corporal	Baño en cama, higiene oral realizada por enfermería	Baño en ducha, higiene oral realizada por enfermería	Ayuda de baño en ducha y/o higiene oral	Auto suficiente
Eliminación	Evacuación en cama y uso de sonda vesical para control de diuresis	Uso de chata o eliminaciones en cama	Uso de vaso sanitario con ayuda	Auto suficiente
Terapéutica	Uso de drogas vaso activas para control de la PA	E.V de forma continua o a través de SNG	E.V de forma intermitente	I.M. o V.O.

Integridad Cutánea-Mucosa/Tejido Comprometido*	Presencia de solución de continuidad de la piel con destrucción de la dermis, epidermis, músculos e compromiso de las demás estructuras de soporte, como tendones y cápsulas. Evisceraciones.	Presencia de solución de continuidad de la piel, involucrando tejido subcutáneo y músculo. Incisión quirúrgica. Ostomías. Drenes.	Presencia de alteraciones en el color de la piel (equimosis, hiperemia) y/o presencia de solución de continuidad de la piel involucrando la epidermis, dermis o ambas.	Piel integra
Curación*	Curación realizada 3 veces al día o más, por el equipo de enfermería	Curación realizada 2 veces al día, por el equipo de enfermería	Curación realizada 1 vez al día por el equipo de enfermería	Sin curación o limpieza de la herida/incisión quirúrgica, realizada por el paciente, durante el baño.
Tiempo utilizado para realizar la curación*	Superior a 30 minutos	Entre 15 y 30 minutos	Entre 5 y 15 minutos	Sin curación o limpieza de la herida realizada durante el Baño

ELABORADO: Lic. María José Rueda.

FUENTE: Consejo Internacional de Enfermeras, recuperado el 15/08/03

2.3. Calidad

2.3.1. Generalidades

Definición: Es la capacidad para satisfacer necesidades implícitas o explícitas de las personas.

La filosofía de la Calidad Total proporciona una concepción global que fomenta la Mejora Continua en un área hospitalaria y por lo tanto involucra a todos sus miembros centrándose en la satisfacción tanto del paciente y de su proveedor de servicios de salud

“Podemos definir esta filosofía del siguiente modo: Gestión (el cuerpo directivo está totalmente comprometido) de la Calidad (los requerimientos del paciente y sus familiares son comprendidos y asumidos exactamente) (todo miembro de la organización está involucrado”. (Bunner & Suddanth, 2010)

2.3.1.1. Principios de la calidad total según DEMING

Para mejorar la calidad Deming enuncia los siguientes principios:

- **Constancia en el propósito de mejorar productos y servicios:**

“El Dr. Deming sugiere una nueva y radical definición de la función de una empresa: Más que hacer dinero, es mantenerse en el negocio y brindar empleo por medio de la innovación, la investigación, la mejora constante y el mantenimiento”. (Munuera, 2010)

- **Adoptar la nueva filosofía:**

Para lograr la constancia en el propósito de mejorar continuamente, debe aceptarse como una filosofía propia, y adoptarla a todas las labores de la empresa. De suerte uno de los principios de ISO 9000 los establece.

- **No depender más de la inspección masiva:**

La inspección NUNCA se elimina, se hace necesaria, lo cual se logra por el crecimiento de su personal, por el control de sus procesos. Si una empresa tiene problemas de calidad, no solo debería inspeccionar al 100%, sino no hasta el 400% para asegurarse de que no lleguen productos defectuosos al mercado. El mismo Demming nos lo recomendaba.

- **El costo de un producto no es el precio de compra sino el precio de uso.**

Para esto debemos tomar en cuenta lo siguiente.

- Mejorar continuamente y por siempre los sistemas de producción y servicio
- La mejora no es un esfuerzo de una sola vez. La administración está obligada a buscar constantemente maneras de reducir el desperdicio y mejorar la calidad".
- Además de la mejora continua de los productos deben mejorarse los sistemas, pues difícilmente alcanzaremos nuevas metas con los mismos métodos.
- **Crear liderazgo.-** Los líderes establecen la unidad de propósito y la orientación de la organización. Ellos deberían crear y mantener un ambiente interno, en el cual el personal pueda llegar a involucrarse totalmente en el logro de los objetivos de la organización."
- **Confinar el temor.-** Para garantizar mejor calidad y más productividad es necesario que la gente se sienta segura.

Se ha dicho que no hay temor al cambio sino a la incertidumbre de lo que pasará con el cambio. Además de explicar en qué consiste el cambio, son pocos los gerentes que dan muestra de haber desterrado el temor de su estilo gerencial, presionando sobre metas

inalcanzables, culpando a subordinados de la falta de capacidad de los procesos que son de responsabilidad gerencial. (García, 2011)

- **Derribar las barreras que hay entre áreas de staff**

Muchas veces los departamentos o las unidades de la empresa compiten entre sí o tienen metas que chocan. No laboran como equipo para resolver o prever los problemas, y peor todavía, las metas de un departamento pueden causar problemas a otro.

- **Eliminar los lemas, las exhortaciones y las metas de producción para la fuerza laboral**

Estas cosas nunca le ayudaron a nadie a desempeñar bien su trabajo. Es mejor dejar que los trabajadores formulen sus propios lemas, se debe realizar estudios profundos de los procesos, en conocer las medidas reales de los clientes, y nunca dejar de lado el mejoramiento continuo de la calidad y del servicio

- **Derribar las barreras que impiden el sentimiento de orgullo que produce un trabajo bien hecho**

La gente desea hacer un buen trabajo y le mortifica no poder hacerlo. Con mucha frecuencia, los supervisores mal orientados, los equipos defectuosos y los materiales imperfectos obstaculizan un buen desempeño. Es preciso remover esas barreras"

Ningún empleado que ingresa nuevo a una empresa entra desmotivado, pero en muy poco tiempo nos encargamos de desmotivarlo. Las personas no cometen errores a propósito, actúan dentro de lo que el sistema les permite, la falla está en el sistema, no en las personas. Fallas en la selección, en la inducción, en el entrenamiento, en el reconocer los logros, en estudiar las causas de falla, en la ausencia de procesos de mejora continua.

- **Establecer un vigoroso programa de educación y entrenamiento**

Tanto la administración como la fuerza laboral tendrán que instruirse en los nuevos métodos, entre ellos el trabajo en equipo y las técnicas estadísticas".

“Este es más referido a lo que se conoce como, Formación y Desarrollo de Competencias, lo cual depende de la visión de la empresa, de los objetivos para alcanzarla, de las nuevas formas de poder competir”. (WHO/OMS, 2010)

- **Tomar medidas para lograr la transformación.**

Para llevar a cabo la misión de la calidad, se necesitará un grupo especial de la alta administración con un plan de acción. Los trabajadores no pueden hacerlo solos, y los administradores tampoco".

La transformación no llega sola, la alta dirección debe tomar la decisión de querer hacerlo y aplicar el principio de instituir el liderazgo. Para lograr la transformación debe ser algo más que llamar al consultor, nombrar al representante de la gerencia, significa comprometerse y ser ejemplo, capacitándose de primero, cumpliendo su tarea.

2.3.2. Calidad en salud

2.3.2.1. Definición

La calidad de la atención es un componente integral de los esfuerzos que despliega la OMS para reforzar los sistemas de salud. Para ser de alta calidad, los servicios de salud tienen que ser eficaces, eficientes, accesibles, aceptables, equitativos y seguros.

La capacidad para asegurar la calidad de la atención, trátase de atención de casos agudos, crónicos o de atención de emergencia, depende de los elementos fundamentales que constituyen los sistemas de salud. Está afectada por el modo en que los servicios se organizan, se gestionan y se

financian; por la disponibilidad de personal motivado y competente, de información, productos médicos y tecnologías fiables; y por el liderazgo y la gobernanza.

Además, una buena calidad puede significar cubrir los estándares mínimos para una atención adecuada o alcanzar altos estándares de excelencia. La calidad puede referirse a la calidad técnica de la atención; a los aspectos no técnicos de la prestación de servicios, tales como el tiempo de espera del paciente o usuario y las actitudes del personal; y a los elementos programáticos, tales como las políticas, la infraestructura, el acceso y la administración

2.3.2.2. Importancia de la calidad en salud

“El ofrecer atención de buena calidad siempre ha sido una meta de los programas de salud pública, la buena atención ayuda a los pacientes y sus familiares a cubrir sus necesidades de salud en una forma segura y eficaz”. (Senllé, 1993)

Por lo tanto la calidad en salud nos ayuda a reducir los costos inútiles, prevenir errores, responder a las necesidades de los pacientes/usuarios y proveedores de salud.

2.3.2.3. Mejoramiento continuo de la calidad en salud

2.3.2.3.1. Definición

Deliberando anteriormente entre los conceptos de calidad y calidad total, a lo que se trata de llegar en mejoramiento continuo es mantener en lo posible alta calidad e incluso paso a paso ir mejorándola. Según la “dialéctica el proceso de evolución y desarrollo es constante, todo se transforma, nada es estático por lo que nada puede considerarse terminado”. (Rumbold, 2000)

Debemos considerar en mejoramiento continuo, lo que es la diferenciación de la terminología calidad y satisfacción por parte del usuario.

Nosotros consideramos como CALIDAD al juicio global del cliente acerca de un estilo de prestación de servicio.

En cambio en lo que se trata de SATISFACCIÓN AL USUARIO es el criterio que el emite el cliente después de haberle brindado alguna atención o servicio.

De ahí nosotros partimos desde dos puntos de vista distintos en de la calidad.

Calidad de proceso que es aquella juzgada por el consumidor durante la prestación de servicio. Esta engloba las calidades técnica y funcional.

Calidad de resultado es aquella valorada por el consumidor después de la prestación del servicio. Esta no siempre puede ser calificada por la empresa ya que es susceptible de influencias externas y ambientales que actúan como un filtro para juzgar la calidad de una organización.

2.3.2.4. Aspectos que involucran la calidad en los servicios de salud

2.3.2.4.1. La competencia profesional

Es la capacidad y el desempeño de las funciones del personal de salud, administrativo entre otros entes de apoyo.

Dentro del equipo de salud son todas las técnicas relacionadas con el diagnóstico y tratamiento, y así lograr que el usuario acceda a los servicios de salud no solo cuando lo necesite sino de manera continua.

2.3.2.4.2. La accesibilidad del servicio

Implica la eliminación de las barreras que obstaculizan el uso eficaz de los servicios de atención de salud. Esto incluye:

- Acceso geográfico: medio de transporte, distancia, tiempo de viaje.
- Económico: accesibilidad a los productos y servicios que brinda el sistema de salud.

- Social: aceptabilidad a los servicios ofrecidos.
- Organizacional: organización de los servicios.

2.3.3. La eficacia

Se define las normas y especificaciones y a nivel local como serán aplicadas y adaptadas de acuerdo a las condiciones particulares.

2.3.3.1. La satisfacción del usuario

Es la respuesta dada por el usuario ante la buena atención que reciba por parte de los proveedores de salud.

Habla también de las buenas relaciones interpersonales que se da entre todo el personal de salud con el usuario / paciente mediante el buen manejo de la confianza, credibilidad y respeto.

2.3.3.2. La eficacia y utilización de recursos

Los servicios eficientes son los que brindan el mayor beneficio con los recursos que se cuenta.

“La atención deficiente además de ocasionar riesgos innecesarios e incómodos al paciente, a menudo es cara y toma mucho tiempo corregirla.”
(Jiménez, 2004)

2.3.3.3. Continuidad e integralidad

Este aspecto implica que el paciente pueda recibir la serie completa de servicios de salud que necesita para su recuperación óptima mediante los siguientes elementos.

- **Seguridad.-** En salud implica la reducción de riesgos de infecciones, efectos colaterales perjudiciales u otros peligros que pudieran relacionarse con la prestación de servicios.
- **Comodidad.-** Son todas las características de los servicios de salud que no están directamente relacionadas con la eficacia clínica, pero

que acrecientan la satisfacción del paciente y su deseo de volver al establecimiento para recibir atención médica en el futuro

2.3.4. Principales actores del mejoramiento de la calidad en salud

Los principales actores del mejoramiento de la calidad son:

- **El paciente y/o usuario externo.-** El que recibe atención de salud. La perspectiva del paciente es muy importante porque es más probable que los pacientes satisfechos cumplan con el tratamiento y continúen utilizando el servicio de salud. (Berry, Suraman & Zeithaml, 1988)
- **El administrador de los servicios de salud.-** Los directores, gerentes, jefes de servicios o administradores de los servicios de salud rara vez participan en la prestación de los servicios de atención pero la atención de calidad es importante en su trabajo diario.

2.3.4.1. Ciclo de mejoramiento de la calidad en salud

Realmente no existe una guía para alcanzar la calidad total ya que los métodos utilizados pueden ser muy variados, pero sí una serie de puntos que deben considerarse los cuales son:

- **Planificación del mejoramiento de la calidad**

La planificación del mejoramiento de calidad se inicia con un análisis del alcance de atención de la organización para determinar qué servicios deben cambiar en busca de la calidad.

- **Fijación de estándares y especificaciones**

A fin de prestar servicios de salud las organizaciones deben plantearse metas para cumplirse a corto o largo plazo dependiendo de las necesidades vigentes dentro de cada sistema de salud.

- **Comunicación de estándares y especificaciones**

Se debe comunicar de lo que se espera lograr a todo el personal involucrado en la meta prometida para que así puedan entender lo que se espera de ellos para lograr el cambio.

- **Vigilancia o monitoreo de calidad**

Permite recolectar información diaria que sirve para evaluar si se cumplen los de cambio que se han fijado en un servicio de salud.

- **Identificación de problemas y oportunidades de mejora**

Se identifican por medio de actividades tanto de vigilancia como de evaluación, tales actividades pueden ser reemplazadas con encuestas y análisis de sistemas.

- **Definición del problema operacional**

Es un proceso reiterativo que consiste en identificar un problema por orden de prioridad, es necesario aclarar cuándo comenzó, cuando terminó y como se lo solucionará.

- **Selección del equipo**

El equipo debe estar constituido por los participantes en las actividades en donde se encuentra el problema, así como por otros contribuyentes a la actividad suministrando insumos o recursos para la solución del mismo. La formación continua de personal es una inversión rentable. Es curioso observar que “cuanto menos se sienten formados las personas... más se sienten presionados por los objetivos.... más resistencias se presentan a ser formados” (Fernández, 1997)

- **Análisis y estudio del problema**

Se usan todos los instrumentos analíticos tales como el modelo de sistema, el flujograma y el diagrama de causa efecto, además de

instrumentos estadísticos como la hoja de verificación, el histograma, el diagrama de dispersión el de Pareto, de tendencia, etc.

- **Ejecución y evaluación de actividades**

La ejecución de la mejora de calidad exige una planificación cuidadosa además debe iniciarse con una prueba piloto en un campo limitado para luego darse una solución adecuada y final. Debe darse una vigilancia concienzuda sobre la solución dada la cual debe ser eficaz y continua.

Un buen sistema de evaluación de la calidad del servicio requiere una escala de medida adecuada, que sea fácil de interpretar y contestar por los encuestados, que produzca un sesgo de respuesta mínimo, que tenga un poder discriminante elevado, que sea fácil de administrar y que sus resultados sean creíbles y útiles. (Devlin, Dong & Brown, 1993)

2.4. Calidad total en enfermería

2.4.1. Definición

La calidad total en enfermería consiste en la aplicación de la ciencia y la tecnología de una manera que rinda el máximo de beneficio para la salud sin aumentar con ello sus riesgos. "El grado de calidad es por lo tanto, la medida en que la atención prestada es capaz de alcanzar el equilibrio más favorable entre riesgos y beneficios." (Balderas, s.f)

Es importante que nuestros pacientes o usuarios se sientan seguros con nuestra atención al momento de administrar medicación, de tomar signos vitales, de realizar un baño de esponja e inclusive al momento de cambiar sábanas, ¿Cómo logramos esto? Logramos teniendo cocimiento científico y técnico a través de una preparación continua e integral.

Se considera a la enfermería como un componente del sistema de salud y a este como un componente del sistema social, ambos inmersos en la realidad cambiante, evolutiva y dinámica, entonces es comprensible la

necesidad de ejercer la administración de una manera dinámica y actualizada

A fin de aplicar la teoría de la calidad es indispensable tener en cuenta y dominar algunos conceptos de la teoría de sistemas.

2.4.1.1. Sistema de enfermería

“El sistema de enfermería es un conjunto de recursos humanos y materiales que interactúan, para proporcionar atención de enfermería de un modo interrelacionado e interdependiente” (Ledesma, s.f)

Ahora bien si se reconoce que el paciente o usuario es la persona que recibe la atención de enfermería, en el proceso de proporcionar dicha atención, se debe agregar valor. Lo anterior significa que el servicio no es solo el producto de la actividad laboral, sino que debe intentar satisfacer los requerimientos y expectativas de los usuarios, que es lo que finalmente constituye el valor agregado

2.4.1.2. Proceso de atención de enfermería

El Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que nos permite a los profesionales prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática.

Se considera el Proceso de Atención de Enfermería como la base del ejercicio de nuestra profesión ya que es la aplicación del método científico a la práctica enfermera, el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional.

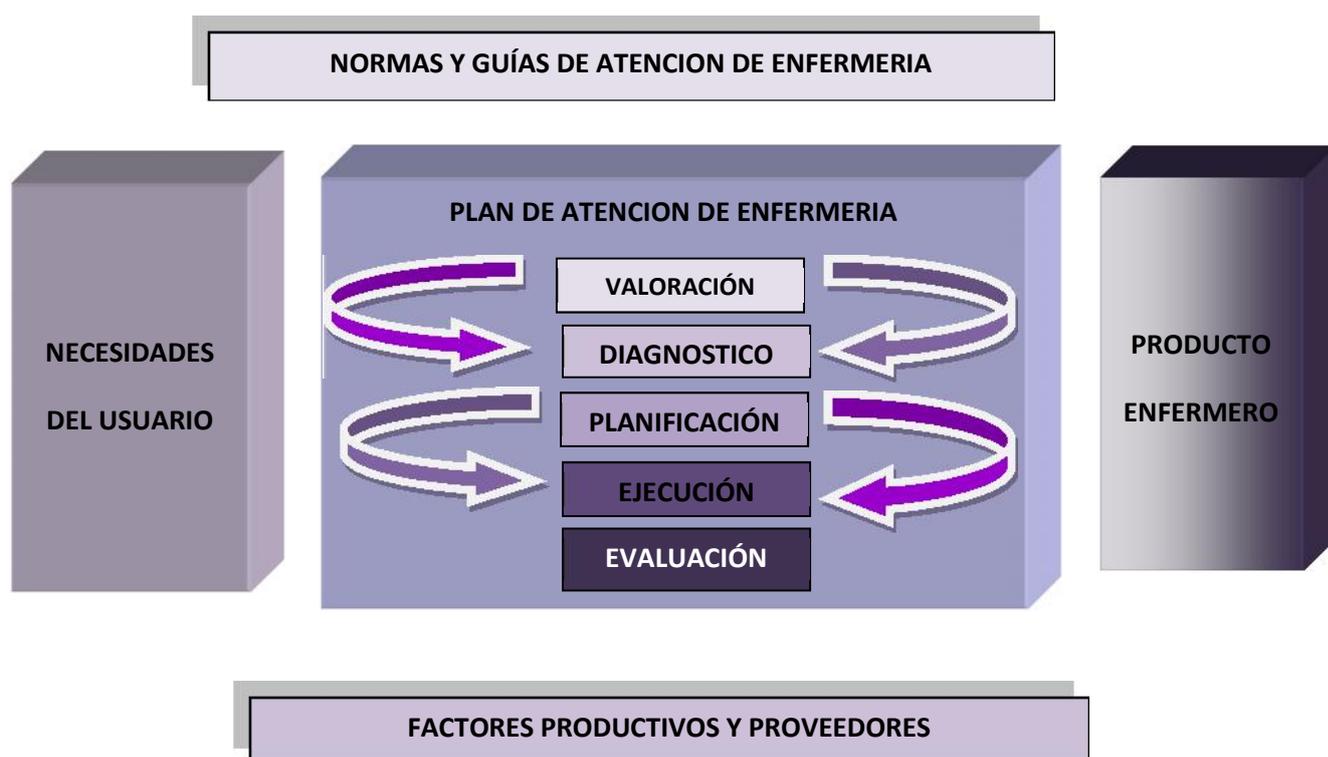
La práctica de los cuidados ha ido cambiando a lo largo de la historia; ha pasado de ser considerado como un arte, a desarrollar un marco conceptual propio.

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

La organización de los recursos humanos en los servicios sanitarios no es un mero hecho de gestión sanitaria sino que contempla una filosofía de los cuidados.

MAPA DEL PROCESO ATENCIÓN DE ENFERMERÍA



. Elaborado por: María José Rueda

Fuente: Gestión del Cuidado Caballero 2012

2.4.1.3. Características de los sistemas

Todo sistema tienen un propósito, el sistema de salud tienen el propósito de ofrecer atención médica a la comunidad para prevenir, restaurar, conservar o rehabilitar la salud de la población.

La enfermería como sistema tiene el propósito de ofrecer atención de enfermería para la salud de los usuarios. Todo sistema es de naturaleza orgánica; es decir que se concibe a los sistemas semejantes a los organismos vivos los cuales cuentan con sistemas que están relacionados de modo estrecho y son interdependientes. (Balderas, s.f)

Los cambios en los elementos que componen el sistema producen cambios en el sistema total a causa de su interrelación. Los efectos de los cambios se manifiestan en forma dinámica y equilibrada

2.4.1.4. Tipos de sistemas

Por su constitución los sistemas se clasifican en:

- Físicos es decir recursos materiales
- Abstractos esto es ideas

Por su naturaleza se clasifican en:

- Cerrados por ejemplo maquinas
- Abiertos, los que interactúan con el ambiente y no subsisten en forma aislada.

2.4.1.5. Origen de la atención de enfermería en la salud

El rol de la mujer de ser quien organiza y maneja el hogar le permitió conocer las plantas y preparar porciones, lo que influyó decisivamente en otorgarle la responsabilidad para el cuidado de los niños, ancianos, enfermos y desvalidos.

La enfermería desde las sociedades primitivas junto con la medicina estaba estrechamente ligada hasta el momento de la división del trabajo, donde se delegó el cuidado del enfermo según el origen de sus dolencias.

La guerra ha sido una de las causas que ha influido en el desarrollo de la enfermería. Muchos sacerdotes y monjas con los colonizadores brindaban los cuidados de enfermería a las comunidades, las hermanas de la caridad eran religiosas que atendían en hospitales y hogares de Estados Unidos. Dorotea Dix es considerada la primera enfermera y superintendente del ejército de Estados Unidos, reclutó a mujeres de más de 30 años para atender a los soldados en la guerra de secesión, elaborando vendajes para los heridos, brindando cuidados para la disentería, viruela y muchas perdieron su vida durante el trabajo.

Durante la segunda guerra mundial la enfermera toma fuerza, ya que da impulso a la formación académica y las enfermeras son reconocidas por los militares como oficiales con el mismo status de los varones, esto se debió al nivel de preparación y cumplimiento de su trabajo. Nace la unidad de cuidados rápidos a víctimas de guerra y consistía en dar atención post-anestésica de recuperación.

El cambio que generó la capacitación de la profesional desde la guerra de Crimea en tiempos de Florence Nightingale constituía un aporte importante a la carrera, ya que la enfermera pasó a formar parte de la estructura militar, las enfermeras estaban trabajando en más de cincuenta países.

En la guerra de 1950 se creó la necesidad de enviar auxiliares de enfermería para ayudarles a las profesionales. Se estableció un sistema regular para todo herido que llegaba al hospital: toma de signos vitales que se registraban en las etiquetas de cada litera, transfusión de sangre, cortar ropa y exponer heridas, administración de penicilina a todo aquel que tenía una herida abierta, esto disminuyó la mortalidad en la segunda guerra mundial en 1953.

Un factor moral muy importante fue la presencia de la mujer como enfermera, tanto en hospitales como en el campo de refugiados, pero además es un logro posterior la incorporación de enfermeros varones a las fuerzas regulares.

En los años setenta se inicia un enfoque holístico con la aparición de la enfermera primaria. Se orienta los esfuerzos hacia la promoción de la salud, prevención de enfermedades de igual manera a la atención hospitalaria durante las 24 horas del día.

2.4.1.6. Calidad humana en enfermería

2.4.1.6.1. Definición

“Es el cumplimiento de ciertos requisitos, los cuales son determinados en función de las necesidades del paciente o usuario Partiendo de una calidad de atención basada en el respeto y la consideración por los demás.”
(Hernández & Esteban, 1999)

Hablar de calidad humana es referirse al talento, elemento fundamental que debe poseer todo recurso humano que forme parte de una organización de salud

El talento de los recursos humanos está dado por una serie de factores como la capacitación, sus valores, su potencial, y su sentido de responsabilidad.

De esta manera, un hospital que posee un capital humano de calidad (recursos humanos talentosos) y ha creado una conciencia de calidad entre los mismos, puede decirse que es poseedora de una ventaja competitiva muy importante

Además la Calidad implica la determinación de las actividades tales como:

- Conocimiento de los requisitos a cumplir.

- Adiestramiento sobre esos requisitos.
- Cumplimiento estricto de los mismos.
- Compromiso y predisposición positiva al trabajo.
- Finalmente la vocación de servicio de todo el capital humano de una organización. que brinda servicios de salud

Por esta razón podemos afirmar que la Conciencia de Calidad dentro de una estructura es la base para la transformación de dicha institución, la organización en función de los requisitos establecidos por el análisis de las necesidades y demandas del paciente u usuario,

2.4.1.6.2. Importancia de la calidad humana en enfermería

Para los profesionales de enfermería la calidad humana es brindar todos los cuidados técnicos científicos y humanísticos un paciente o usuario que está cursando por una situación difícil y repentina de enfermedad o accidente y que busca en nosotros no solo ayuda a sus signos y síntomas físicos sino también al impacto emocional, por lo tanto es nuestro deber estar preparados psicológica y emocionalmente para atender a todo tipo de paciente de manera holística.

Los y las profesionales de salud debemos poseer un poco de altruismo, ser soñadoras, convencidas que nuestro trabajo se lleve a cabo con humanidad y calidad.

2.4.1.6.3. La calidad ligada a la vocación

La vocación es la tendencia que siente una persona hacia determinadas actividades, es una inclinación natural que ya desde niño se manifiesta. Las personas no tienen una sola vocación, sino que tienen muchas. Esta posibilidad les permite responder a la más adecuada según su situación y el lugar donde se encuentren. El hombre no es un ente aislado sino que es él y sus circunstancias, por lo tanto el medio en que vive es necesariamente una condición importante a tener en cuenta.

Por lo tanto, la vocación se relaciona con las habilidades específicas, las capacidades y las posibilidades económicas y sociales, así como también como la calidad de atención y las oportunidades que brinda el contexto.

Como consecuencia, para brindar calidad total, no sólo hay que prestar atención a lo que a una persona le gusta hacer, sino también hay que tener muy en cuenta la posibilidad de participación en la sociedad, teniendo en cuenta que ante todo hay que hacerse responsable por lo menos de la propia subsistencia.

La gente se siente realizada cuando hace lo que le gusta y puede encontrarle significado a su tarea colaborando en su ambiente. Todo en la naturaleza tiene un propósito y tiende al equilibrio, y el trabajo creativo de cada uno también tiene que estar en armonía.

La Calidad profesional se logra cuando se llega a ser creativo en el trabajo y no un burócrata alienado en el rol, permitiendo así desarrollar una actividad en forma óptima, sin dejar de ser persona. La mediocridad la expresa quien hace las cosas por obligación sin ningún compromiso.

2.5. Modelos de atención de enfermería

La enfermería centra su quehacer en el cuidado, para lo cual se sustenta en los modelos de enfermería, lo que nos permite obtener una mayor calidad de vida de las personas que reciben la atención con la finalidad de contribuir al mejoramiento de su nivel de vida.

La enfermería es una disciplina científica que se basa su actividad en la prueba de un modelo en la práctica y en el análisis de sus resultados para llegar a desarrollar una teoría de enfermería.

Los modelos y teorías de enfermería son el resultado del examen cuidadoso y crítico que hace la enfermera de los fenómenos y hechos que confirman la práctica de enfermería, utilizando el método científico y aplicando los distintos tipos de razonamiento influenciados por supuestos y paradigmas.(Balderas 2012).

- **Modelo de interacción entorno – paciente Florence Nightingale (1820 – 1910)**

Relaciona la teoría con la dirección filosófica a la interacción entorno – paciente.

Orienta los cuidados preventivos y humanísticos de la profesión que incluyen conocimientos científicos, con el fin de brindar una atención de calidad, método que a su vez establece a la atención de enfermería como un proceso ocurrido con Hall (1955) y otros autores, prestando cuidados de una manera racional lógica y sistemática.

- **Modelo complementario y suplementario Virginia Herdenrson (1966)**

Considera que la enfermería es independiente de la medicina, el paciente necesita ayuda para lograr independencia, hace incapié en el arte de la enfermería e identifica que el ser humano necesita satisfacer 14 necesidades fundamentales como: respirar, beber, eliminar, moverse, vestirse, desvestirse, mantenerse limpio, mantener la temperatura de cuerpo, evitar el peligro, trabajar, dar culto, aprender y jugar. El rol de la enfermera es mantener la independencia con la satisfacción de necesidades fundamentales.

- **Modelos de seres humanos unitarios Martha Roger (1970 – 1980)**

Hace relación la enfermería como arte y ciencia. Plantea que el ser humano es capaz de la abstracción del lenguaje y pensamiento, de la sensación y la percepción.

El rol de la enfermera es ayudar al paciente a desarrollar modelos que le permitan acomodar los cambios del ambiente con buenas interrelaciones persona-entorno y evitar conflictos.

- **Modelo de interacción de sistemas Imogene King (1971 – 1978)**

Cree que el paciente es un sistema personal dentro del sistema social que coexiste con otros sistemas a través de procesos interpersonales: los individuos (sistema personal), los grupos (sistema interpersonal), la sociedad (sistema social)

El rol de la enfermera es facilitar el proceso de interacción de la persona familia y comunidad.

- **Modelo de autocuidado Dorotea Orem (1971 – 1983)**

Explica el autocuidado como una necesidad humana, cuyo aspecto esencial es atenderse cada persona por lograr su propio beneficio: mantener la vida o recuperar su salud.

El rol de la enfermera es influir en las personas en el logro del autocuidado evitando interferencia de personas, objetos o circunstancias.

- **Modelo de conservación Mayra Levine (1973)**

Cree en el ser holístico, ser integral, describe la habilidades y actividades desarrolladas para lograr la adaptación del paciente en su entorno, la persona es el centro de las actividades de enfermería.

El rol de la enfermera es terapéutico, orienta al paciente hacia el bienestar social e influir en la adaptación.

- **Modelo promoción de la salud Nola Pender (1975)**

Determina la importancia de promocionar la salud, de mantener un nivel de salud óptimo. Identifica la promoción de la salud como el objetivo del siglo XXI. Sugiere que un estado óptimo hace innecesaria la prevención de las enfermedades.

Dos tipos de factores que interactúan y dan como resultado la generación de ciertas conductas sanitarias. Estos son:

- Factores cognoscitivos – perceptivos
- Factores modificantes

Estos factores influyen directamente sobre la conducta de las personas, y los modificantes son características demográficas, biológicas, influencias interpersonales (edad, educación, cultura)

El rol de la enfermera es identificar factores del individuo para promocionar la salud correctamente.

- **Modelo de adaptación sor Callista Roy (1976 – 1984)**

Parte del supuesto de que los hombres son seres biopsicosociales, están en constante interacción con el entorno y tienen formas adaptativas basadas en las necesidades fisiológicas del autoconcepto.

El rol de la enfermera es promover las conductas adaptativas en la persona que requiere de la atención.

- **Modelo de sistema conductual Doroty Jonson (1980)**

Desarrollo del sistema conductual como modelo para el ejercicio, enseñanza e investigación de enfermería, este modelo con 7 subsistemas: asociado, dependencia, éxito o logro, agresivo, eliminativo y sexual.

El rol de la enfermera es controlar la estabilidad y equilibrio conductual de la persona.

- **Modelo de sistemas de cuidado sanitario Betty Newman (1982)**

Plantea la concepción de la persona como un todo en cuanto al cuidado del paciente, es un compuesto de variables fisiológicas, psicológicas, socioculturales y de desarrollo, tienen como finalidad ayudar a los individuos, a los familiares, a los grupos a conseguir y mantener el máximo nivel de bienestar.

- **Modelo de hombre vida y salud Rosemarie Parse (1987)**

Se basa en el humanístico (prioridades de valor) plantea el significado de los pensamientos, sentimientos.

El rol de la enfermera es ayudar a los pacientes a experimentar cambios en los ritmos de cada día.

La clasificación de los modelos muestran la preocupación por buscar un marco conceptual propio de la enfermería como profesión, disminuyen su dependencia histórica de las otras ciencias de la salud.

La salud de un individuo debe considerarse en términos de su funcionamiento total. Es decir, el hombre debe reconocerse como un todo; no es posible separar los componentes físicos, sociales y emocionales de su salud. Este enfoque holístico está presente en el desarrollo de las teorías de enfermería.

2.6. Ética

2.6.1. Generalidades

La ética se relaciona con el estudio de la moral y de la acción humana. El concepto proviene del término griego *ethikos*, que significa “carácter”. Ha sido desde siempre un factor muy importante en la medicina occidental, aunque es en las últimas décadas cuando lo es más debido principalmente al desarrollo de la tecnología sanitaria y al avance en los derechos de los usuarios de los servicios socio sanitarios, porque ha influido en el establecimiento de normas que regulan las conductas relacionadas con la salud y, de forma específica, en las profesiones sanitarias.

La ética no es el conjunto de principios, ni tratados, ni leyes que obligatoriamente debamos acatar y cumplir, sino más bien una orientación armónica que nos va a ayudar a orientar la vida.

“Ética, sería por lo tanto, el estudio y reflexión de vivencias pasadas que nos marcan para establecer así una conducta a seguir ante los hechos diarios.” (Arroyo, Cortina, Torralba & Zugasti, 1996)

“La ética nos preocupa por la bondad o maldad de las acciones humanas, trata de conocer por qué un acto es moralmente bueno o malo y

analiza los actos humanos enmarcándolos en unos principios o valores morales.” (Cortina, 1986)

La ética es la construcción moral que orienta las actitudes y los comportamientos profesionales para la consecución de objetivos profesionales, todo ello, desde la doble vertiente del reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales. (Quesada, 2012)

2.6.2. Ética y percepción del usuario

Desde los comienzos del arte médico, la ética se ha caracterizado porque en la relación sanitario-paciente ha imperado un modelo paternalista que en el caso de los médicos ha recibido el nombre de paternalismo médico y en el caso de los profesionales de enfermería, el maternalismo enfermero. Se entiende a este último como la actitud del profesional que considera al enfermo incapacitado para poder decidir sobre su propia situación de enfermedad y para la aplicación por sí mismo de los cuidados y de los procedimientos y técnicas que le pueden ser de ayuda. Su actitud ha tendido a ser no dar ninguna información al enfermo sobre lo que se le realizaba, y restar importancia a su situación de enfermedad con el propósito de evitarle sufrimiento, pero dejando al enfermo sin poder decidir, por desconocimiento de la realidad, sobre temas que atañen a su existencia.

A esto ha contribuido también la actitud del enfermo y su familia, que venía dejando en manos de los profesionales sanitarios la toma de decisiones con total confianza en su decisión, y desentendiéndose de su propia responsabilidad.

El modelo paternalista de relación se ha ido modificando a medida que la sociedad se ha vuelto más pragmática y el individuo más autónomo junto con la magnitud de los cambios cuantitativos y cualitativos producidos en la sociedad, como consecuencia principalmente del enorme desarrollo científico, que ha obligado a revisar los planteamientos individuales y colectivos en torno a numerosas cuestiones que afectan al ser humano.

Estos factores hacen que la toma de decisiones frente a los nuevos problemas éticos que surgen en el marco sociosanitario de atención sean cada vez más complicados.

Dice Drane que “la asistencia médica no puede prestarse en un entorno de incertidumbre ética en el que los médicos y profesionales de enfermería se limiten a dejarse llevar por sus preferencias personales.

“El modo en que se trata al paciente no puede depender de quien realiza en tratamiento o dónde se lleva a cabo”. (Collière, 1993)

Ante esta perspectiva dentro y fuera del hospital, hay que garantizar a los pacientes una toma de decisiones coherente, respetuosa, cuidadosa y éticamente correcta. En principio, el bien interno de la atención sanitaria es el bien del paciente, entendiendo este bien como prevención de la enfermedad, curación o cuidado. En todos estos casos se trata de la meta por la que la actividad sanitaria, médica o de enfermería cobra su sentido y su legitimidad social. Evidentemente, en una sociedad moderna el medio para prestar ese servicio al paciente y en definitiva a la sociedad, está ligado a la existencia de clínicas, hospitales y centros de atención, que deben todos ellos someterse a la legislación vigente.

Pero estas instituciones deben desarrollar principios de alcance medio para conseguir este bien interno; principios que deben estar dentro del marco de una ética cívica que descansa en la idea de la dignidad humana y que tiene como trasfondo la convicción de que cada persona es un interlocutor válido.

Por determinadas circunstancias la ética de las profesiones sanitarias se ha visto influenciada por el progreso científico, la aplicación de nuevas tecnologías y la crisis de paradigmas éticos tradicionales.

De ahí que haya hecho aparición una disciplina nueva que ayude a superar las limitaciones en las que se estaba viendo envuelta la ética

profesional y permita afrontar en toda su complejidad los problemas derivados del gran desarrollo tecnológico.

En cuanto a la crisis de los paradigmas éticos tradicionales, cabe decir que esta crisis o debilitamiento de la conciencia moral y de los valores éticos tradicionales ha puesto en evidencia las limitaciones de determinados códigos de conducta, tanto religiosos como éticos y civiles.

Estas cuestiones han originado una demanda social de orientación normativa que surge de la necesidad de explicar y resolver problemas, dilemas o conflictos en el área de las ciencias biomédicas desconocidos hasta ahora y para los que no se encuentra respuesta en los paradigmas éticos tradicionales. No hay duda de que el progreso técnico surgido de los descubrimientos científicos ha ayudado y está ayudando al hombre a resolver problemas tan graves como el de la nutrición, el de la energía, la lucha contra las enfermedades, etc. Como consecuencia de la Técnica, las condiciones de la vida humana sobre la tierra han experimentado un cambio extraordinario y han ido mejorando sucesivamente.

Es evidente que los avances clínicos han permitido curar enfermedades que hasta hace poco eran incurables, prolongar la vida o retrasar el momento de la muerte durante mucho tiempo con sofisticados medios técnicos, pero a la vez, la Técnica ha sido utilizada en muchas ocasiones sin control, independientemente de sus posibles consecuencias peligrosas, poniéndola al servicio ciego de determinados intereses económicos o políticos.

Los avances tecnológicos, los cambios en los valores sociales y la creciente preocupación por la defensa de los Derechos Humanos, hacen que surjan y se reaviven los debates en temas controvertidos para la sociedad: la eutanasia, la interrupción voluntaria del embarazo, el estado vegetativo permanente, la atención a enfermos en fase irreversible, la fecundación in Vitro, la inseminación artificial, la ingeniería genética, los trasplantes de

órganos y el tratamiento de los neonatos con graves minusvalías son algunos ejemplos que entre otros podemos citar.

La creciente insatisfacción de los pacientes por la asistencia recibida de profesionales sanitarios y la Administración han propiciado que las demandas judiciales hayan experimentado también un crecimiento exponencial por parte de los usuarios, siendo las causas de este malestar múltiples y variadas.

Como resultado del devenir histórico, somos parte de los llamados países occidentales y la libertad, la autonomía, el respeto a los derechos humanos con la escala de valores de cada individuo, configuran nuestro medio cultural.

La salud siempre ha sido uno de bienes más preciados, la enfermedad, por el contrario nos pone en “alerta” y en teoría, pone en peligro nuestra vida; todo lo relacionado con ella nos hace ser proclives a la reflexión profunda y puede provocarnos dificultades de adaptación, sobre todo si tenemos en cuenta que nuestra sociedad, transformada continua y aceleradamente, hace que se acentúe el individualismo, el consumismo, el culto al cuerpo, el rechazo al dolor, la negación de la muerte, el deterioro del medio ambiente, el paro, la crisis de las ideologías, la demanda de la participación en las decisiones y la exigencia de una relación menos paternalista y más participativa en grado de igualdad en todos los ámbitos de la vida familiar, social, política y en la relación sanitario-usuario.

Junto con las nuevas técnicas aparecidas en los últimos años (diálisis, trasplantes, mantenimiento artificial de las funciones vitales, etc.), que hacen que cada vez más se muera “deshumanizadamente” en los hospitales, aumentan las enfermedades crónicas y se disparan los gastos sanitarios por la mayor demanda, haciendo que el ciudadano medio asista y contemple todo con asombro y miedo.

Todo ello hace que nos replanteemos el papel desempeñado por la atención sanitaria, haciendo de ésta una relación conflictiva. Frente a toda

esta situación, la sociedad y los individuos reivindican y exigen, a través de “la defensa de los consumidores”, y “derechos de los pacientes”, una relación adulta, de personas que mutuamente se necesitan y respetan.

De este contexto histórico surge la 1ª Carta de Derechos del paciente (1973) que de alguna manera viene a salvaguardar la autonomía del enfermo frente al hospital. En España, la Ley General de Sanidad (1986) recoge los derechos de los pacientes y adquieren valor legal. A partir de este momento el consentimiento informado es una obligación ética y legal. (Simón, 2010)

La propia Constitución de 1978 reconoce el carácter prevalente al “bien fundamental de la libertad” sirviendo de cobertura legal al consentimiento informado en cuanto “derecho de auto disposición” que ejerce el usuario ante todos los profesionales sanitarios, incluido el personal de enfermería.

2.6.3. Ética y enfermería

Dice Collière: “Desempeñando el rol de enfermera del que está investida, la enfermera experimenta en el curso de su formación y durante el ejercicio profesional la influencia de corrientes predominantes que contribuyen a orientar de forma determinante los imperativos de su rol”. (2012)

Si bien la premisa del cuidar en la naturaleza de la Enfermería es una constante en su desarrollo disciplinar y profesional que se hace patente a través del concepto de “CUIDADO”, y que ha permanecido firme a pesar de los efectos que los diversos factores socioeconómicos, culturales, políticos o sanitarios hayan podido tener sobre el quehacer enfermero, existen otra serie de factores que han influido en la concepción de los cuidados enfermeros, como las creencias y los valores de estos profesionales y de las personas que requieren sus cuidados, ya que están íntimamente relacionados entre sí en el complejo sistema social. Unos y otros, los que cuidan y los que son cuidados, interaccionan e interfieren entre sí, con la complejidad que cada uno de ellos supone en sí mismo, lo que puede dar lugar a situaciones bien distintas: a actuar de forma complementaria

mediante una relación de ayuda, compensación, aprendizaje o colaboración, o actuar de forma antagonista, oponiéndose o ignorando las razones, los motivos o los mensajes del otro.

Por estas razones, es importante reflexionar detenidamente acerca de cuáles deben de ser los mínimos que permitan respetar, desde la diversidad, los valores y los derechos de cada una de las partes que conforman el complejo proceso de la provisión de cuidados profesionales de la Enfermería.

Para ejercer con auténtico profesionalismo la enfermería, es necesario partir de una estructura moral que se encuentre integrada por principios y valores éticos, que sean entendidos como metas o fines valorados por la comunidad de la profesión de Enfermería y reconocidos como el producto de un conjunto de valores compartidos; es decir aceptados y respetados universalmente por los diplomados y diplomadas en enfermería.

Los enfermeros deben poseer una ética profesional basada en principios sociales, donde el enfoque de los problemas sea racional y social, es decir basado en una ética civil y una construcción moral que oriente las actitudes y comportamientos de los profesionales hacia la provisión de cuidados que promuevan la salud, prevengan sus complicaciones, contribuyan a la recuperación y rehabilitación de las personas enfermas, y ayuden a vivir o morir con dignidad cuando la mejoría o la recuperación no sean posibles, y todo ello desde el reconocimiento del ser humano en su totalidad y el respeto de los valores sociales. (García, 1989)

Los cambios profesionales que se han producido han ido acompañados también de cambios en la problemática ética de la enfermería, y es lógico que esto haya sido así porque desde siempre ha sido inherente a la profesión una profunda convicción sobre la dimensión moral y la relevancia de las actitudes éticas en su trabajo, como fácilmente podemos comprobar si realizamos un breve bosquejo histórico.

A grandes rasgos, esta profesión en el ámbito occidental y hasta finales del siglo XIX, ha estado muy vinculada a determinadas órdenes y congregaciones religiosas, como consecuencia de lo cual, la ética y la práctica de la enfermería estuvieron muy vinculadas a la moral católica, ya que entre otras cosas el predominio de las personas que desempeñaban la profesión eran enfermeras religiosas, las cuales han dejado una impronta muy marcada en la profesión en diversos campos.

Así, la obediencia, por ejemplo, uno de los votos religiosos de la casi totalidad de órdenes y congregaciones, fue altamente valorada y sentó las bases para actitudes de subordinación al médico y a la institución hospitalaria, al mismo tiempo que lo que se esperaba de las enfermeras es que fueran virtuosas y entregadas totalmente a su trabajo.

Existe un acuerdo en la afirmación de que este proceso empieza a cobrar importancia bajo el impulso de Florence Nightingale y la creación de la Escuela de Formación de Enfermeras. Como consecuencia de este se producen también cambios en la problemática ética y moral de la enfermería apareciendo a partir de 1900 en EE. UU. los primeros trabajos escritos que tratan sobre la ética para enfermeras. Se caracterizan todos ellos por poner el énfasis en las reglas de conducta que deben observar, siendo las más importantes la educación, dedicación al enfermo y obediencia a los médicos y a las instituciones; consecuencia clara de la huella dejada por la enfermera religiosa.

2.6.4. El código deontológico en enfermería

Entre las características más destacadas de los últimos códigos deontológicos de la profesión de enfermería se puede señalar el paso de una ética de la virtud a una ética del deber. Como deberes propios de la profesión se señalan el respeto a la vida, la dignidad y derechos de la persona; el significado no sólo individual, sino también familiar y comunitario del servicio de enfermería; y el claro deseo de hacer desaparecer la relación

vertical que mantenían los médicos con las enfermeras, buscando formas de colaboración más horizontales.

El Código Deontológico de 1989 parte de una concepción integral del ser humano que impregna todo su contenido, expresándose a este respecto en el mismo prólogo lo siguiente:

El hombre como unidad indisoluble compuesto de cuerpo y ente, sujeto a los diferentes efectos que estos elementos producen sobre él, es a su vez, un ser eminentemente social, inmerso en un medio que le influye positiva o negativamente dependiendo de múltiples factores que pueden ser políticos, económicos, geográficos, culturales, etc., y estableciéndose una relación entre él y su entorno que determinará su grado de bienestar; de ahí que resulte fundamental contemplarlo desde un punto de vista integral. (García, 1989)

Y se añade: “por todo ello, entendemos que el hombre es un ser bio-psico-social dinámico, que interactúa dentro del contexto total de su ambiente, y participa como miembro de una comunidad”. La salud se concibe como un proceso de crecimiento y desarrollo humano que no siempre sucede sin dificultad y que incluye la totalidad del ser humano. Dicha salud se relaciona con el estilo de vida de cada persona, y su forma de afrontar ese proceso en el seno de los patrones culturales en los que vive.

En relación con el papel de los profesionales de enfermería en la sociedad, el Código define las siguientes áreas de responsabilidad:

1. Prevención de las enfermedades.
2. Mantenimiento de la salud.
3. Atención, rehabilitación e integración social del enfermo.
4. Educación para la salud.
5. Formación, administración e investigación en enfermería.

Está pendiente todavía cómo la ética se articula en el mundo sanitario, y para ello deberíamos:

- Determinar claramente el fin específico, el bien interno por el que esa actividad cobra su sentido y legitimidad social
- Averiguar cuáles son los medios adecuados para producir ese bien en una sociedad moderna.
- Indagar qué principios de alcance medio, virtudes y valores es preciso incorporar para alcanzar ese bien interno.
- Atender a la legislación vigente en esa materia.

El descubrimiento de estos elementos constituye la modulación para esa actividad concreta de estos dos marcos:

- Los valores de moral cívica de la sociedad en la que se inscribe y los derechos que esa sociedad reconoce a las personas.
- Los principios y valores de justicia que exige realizar en ese ámbito el principio de la ética del discurso, propio de una moral crítica universal, que permite poner en cuestión las normas vigentes.

2.6.5. El secreto profesional

El secreto profesional comprende no solo a lo que se conozca en razón del ejercicio profesional, sino también a todos los secretos de la persona que se conozca en forma implícita o expresa

No se puede hablar de una calidad de atención eficiente en una institución donde él o la profesional de enfermería no toma conciencia de la importancia del secreto profesional para el paciente y su familia que en ese momento está cursado por una etapa difícil al enfrentarse a situaciones que no estaban previstas, es por eso que la prudencia y la discreción deben ser cualidades que debe poseer el o la profesional de enfermería.

2.7. Seguridad del paciente

La calidad de atención en los servicios de salud es una cualidad 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.

Expresándose 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 un 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 instalaciones de salud.

Por otra parte los trabajadores y profesionales de la salud se encuentran desmotivados, 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 tanto a nivel sistemático como a nivel de la prestación de servicios de salud individual.

A nivel sistemático la falta de posicionamiento de la calidad en las prioridades y agenda de forma del sector salud ,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 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 “Error 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:
- El programa de “Seguridad para el paciente en todo el mundo”, que en el 2005 y 2006 se centró 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 .

- 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 (Garcia et al., 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.

Unos de los aspectos importantes para brindar seguridad al paciente es la administración de fármacos un tema que no ha tomado importancia en las funciones de enfermería, la cual debería ser prioridad en la atención del usuario por lo que es necesario conocer lo siguiente:

Principios generales que deben cumplirse en la administración de fármacos

Las definiciones que a continuación se presentan permitirán que la administración de medicamentos en enfermería sea eficiente y eficaz.

Factores que modifican los efectos de un fármaco

La absorción de un fármaco puede ser afectada por una serie de condiciones que pueden dar lugar a diferencias cualitativas en la acción medicamentosa entre los que se destacan:

La edad.- Los paciente con edad avanzada suelen tener problemas con la acción de los fármacos, debido a que tienen disminuida la función hepática, y renal menos masa muscular y menos niveles de albumina, por lo que es necesario establecer dosis menores y mayores intervalos entre una y otra administración, para evitar toxicidad.

Los neonatos no tienen aún desarrollado los sistemas enzimáticos, metabólicos y también una inadecuada función renal, por lo que es necesario establecer dosis individualizadas y un control cuidadoso.

Medidas antropométricas.- El peso, la talla, el porcentaje de grasa y cambios hormonales también afecta la acción de los fármacos.

Ritmo biológico.- La acción de algunos fármacos puede variar según el momento de su administración, también puede reaccionar con algún alimento que se halle en el estómago.

Alteración de los órganos.- Los trastornos hepáticos, y renales también alteran la acción de los fármacos.

Otros factores que pueden influir sobre la acción de un fármaco son el grado de convencimiento del paciente sobre su efectividad y la forma que se administre, el grado de deshidratación del individuo pueden modificar los efectos del fármaco, por lo que se deberá ajustar la dosis considerando la relación del peso al momento.

Toxicidad de los fármacos

Todos los fármacos en menor o en mayor grado tienen efectos tóxicos que mal manejados pueden llevar hacer dañinos.

Como resultado de investigaciones farmacológicas se ha establecido un concepto de margen de seguridad que se define como la diferencia entre la dosis a la que se alcanza el efecto terapéutico y la dosis en las que parece la toxicidad.

Si un fármaco produce su efecto terapéutico a dosis mucho más bajas que las dosis tóxicas, el margen de seguridad es amplio y el riesgo de toxicidad es bajo. Cuando el margen de seguridad es pequeño, la toxicidad aparece con mayor frecuencia.

Las manifestaciones más graves y frecuentes que pueden producir los fármacos son las siguientes:

- **Fenómenos de hipersensibilidad o alergia al fármaco**

Es el resultado de la reacción antígeno-anticuerpo que ocurre cuando un fármaco recibe un paciente susceptible. Los signos y síntomas de alergia al

fármaco pueden incluir rash, plurito, angioedema y dificultad respiratoria. Una de las más peligrosas reacciones de hipersensibilidad al fármaco se presenta con la Penicilina, que en ocasiones puede ser letal, otras son: la Aspirina, las Pirazolonas y las Sulfamidas.

- **Hepato y nefrotoxicidad**

Debido a que la gran mayoría de fármacos son metabolizados en el hígado y excretados por el riñón, es frecuente la toxicidad en estos órganos, pueden aparecer cuadros de ictericia, hepatitis, insuficiencia hepática, nefritis intersticial e insuficiencia renal.

- **Trastornos hematológicos**

La leucopenia, anemia aplásica, granulocitopenia, anemia hemolítica, y trastornos de la coagulación, pueden ser manifestaciones tóxicas de algún medicamento.

- **Arritmias**

Se produce fundamentalmente con fármacos que tienen efectos sobre el corazón, como los inotrópicos, que pueden ocasionar alteraciones del ritmo cardíaco de distinta gravedad.

- **Teratogenicidad**

Debe evitarse en lo posible la utilización de fármacos en el embarazo por el riesgo potencial de teratogenicidad o malformaciones congénitas.

Responsabilidad de la enfermera en la administración de medicamentos

Los errores en la administración de medicamentos son causa importante de enfermedades y muerte. En USA en 1999 el Instituto de Medicina (IOM), reporto que los errores relacionados con medicamentos indicaba que hubo 1 fallecimiento por cada 131 pacientes ambulatorios, 1 fallecimiento por cada 854 pacientes hospitalizados.

La Enfermera es la responsable directa de la administración de medicamentos cuando el paciente está hospitalizado, ella debe recordar que no solamente es la cumplidora de las indicaciones médicas, sino que es una profesional de salud que debe utilizar los conocimientos de fisiología, patología, sociología y psicología y farmacología en la administración de los medicamentos. Al efectuar estas funciones de forma correcta aporta positivamente en la recuperación de la salud del individuo.

Las responsabilidades de la enfermera en la administración de medicamentos se podrían resumir en lo siguiente:

- Es necesario que la enfermera conozca la historia farmacológica del paciente cuando ingresa a hospitalización para poder determinar si la administración de nuevos fármacos podrían producir efectos que pueden comprometer el estado de salud o en ocasiones la vida del paciente.
- Comparar la tarjeta de medicación con las indicaciones médicas, considerando: nombre del paciente, fecha de la indicación, nombre del fármaco o dosis, vía de administración, la frecuencia entre otros.
- Controlar si el paciente requiere estar en ayunas por lo que se contraindique la administración de la medicación por eje: exámenes de laboratorio, exámenes radiológicos, intervenciones quirúrgicas etc.
- Antes de administrar un medicamento la enfermera debe conocer la acción fisiológica, uso terapéutico, efectos indeseables, contraindicaciones dosis recomendadas, vías por la que se puede administrar, si es posible diluir o no con que solución se puede diluir.
- Seleccionar la droga específica indicada por el médico, no se debe sustituir por ninguna, salvo indicación del médico.

- Controlar si la dosis prescrita esa entre los límites establecidos.
- En la administración de los fármacos y con relación a la frecuencia de la administración se debe tener en cuenta el tiempo de excreción de la droga y la necesidad de mantener los niveles terapéuticos adecuados de esta manera el fármaco cumplirá la función por la que se administra.
- Los fármacos deben ser administrados en las horas indicadas teniendo en cuenta el tiempo en el cual se maximicen los efectos terapéuticos y se minimicen los efectos adversos.
- 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.
- Una de las funciones más importantes de la enfermera es la educación en salud al paciente la familia y la comunidad, por lo que en el campo farmacológico será las enseñanzas sobre las técnicas e información necesaria para que el paciente y su familia realicen adecuadamente la administración de los medicamentos en el domicilio.

Administración de fármacos en pacientes con edad avanzada

El envejecimiento usualmente se acompaña de deterioro de las funciones del organismo que pueden afectar a distribución y la eliminación de las drogas.

Los pacientes ancianos presentan dos veces más reacciones adversas que los individuos jóvenes, se observan con mayor frecuencia cuando reciben diuréticos, antihipertensivos, digitalices corticosteroides, anticoagulantes y medicamentos que inducen al sueño.

- **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 pérdidas considerables de fluidos y aun la deshidratación.

- **Toxicidad antihipertensiva.**- Muchos de los pacientes que toman estos fármacos pueden presentar acaloramiento y desmayo ocasionados por la aterosclerosis y la disminución de la elasticidad de los vasos sanguíneos. Estos fármacos pueden disminuir la TA en forma muy rápida por lo que disminuye el flujo sanguíneo al cerebro y puede causar mareo, desmayo u otro problema cerebral más severo.

- **Toxicidad digitalica.**- Como en pacientes ancianos la función renal se encuentra disminuida, el nivel de los digitalicos puede aumentar y ocasionar náusea, vómito o diarrea y más seriamente arritmias cardíacas, es importante vigilar a estos pacientes mientras reciben este medicamento para detectar oportunamente signos y síntomas causados por este fármaco.

- **Toxicidad de anticoagulantes.**- Paciente que toman esta medicación aumenta el riesgo de sangrado especialmente cuando de manera simultánea toman drogas anti inflamatorias. Además tienen más riesgo de hemorragias ocasionadas por caídas. Es importante observar a estos pacientes para detectar signos de hemorragia en forma temprana.

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 tiene 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 húmeda, stress, modifican la acción de los fármacos en este grupo de pacientes.

- En pacientes ancianos los fármacos debe administrarse en dosis inferiores a las normales y aumentarlas gradualmente hasta alcanzar la respuesta deseada
- 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 volumen de líquidos y de la acidez gástrica, al peristaltismo y al vaciado gástrico y al flujo sanguíneo a nivel intestinal.
- La barrera hematoencefalica puede ser más permeable en el paciente anciano por lo que aumenta la posibilidad de problemas a nivel del SNC.

2.7.1. Consideraciones generales sobre la interacción con otras drogas

Cuando un paciente debe recibir más de un fármaco a la vez es muy importante que la enfermera considere y conozca de las interacciones de la medicación que recibe el paciente las cuales son:

- **Incompatibilidad.**- Este fenómeno puede ocurrir entre dos o más drogas, también cuando se prepara la medicación para administrar por vía IV, o al colocar en el micro gotero o en una jeringuilla. Esta función se debe considerar de mucha importancia y responsabilidad y que requiere un adecuado nivel de conocimiento de la farmacología.

- **Interacciones farmacocinéticas.**- La absorción de los fármacos pueden alterarse por variaciones del pH en el estómago, por la presencia o ausencia de alimentos o hierbas en el estómago. A nivel de hígado algunos fármacos pueden inhibir o provocar daño en el metabolismo hepático por lo que habrá aumento o disminución de algunas drogas que se metabolizan en ese órgano.

- **Interacción farmacodinámica.**- Se define por las acciones que se producen sobre el mecanismo de acción de un fármaco , difíciles de clasificar por la variedad de mecanismos de acción que existen ya que muchos fármacos pueden ejercer su efecto a través de varios mecanismos de acción, las interacciones pueden producirse en : los receptores farmacológicos , en los procesos moleculares que se pone en marcha tras la interacción del fármaco con el receptor o por la activación o depresión de los sistemas fisiológicos sobre los que actúan los fármacos que participan en las interacciones.

Entre las interacciones más importantes se destacan:

- Efecto aditivo o de potenciación. Cuando se combinan dos o más drogas con efectos similares, el resultado puede ser la suma del efecto de los dos fármacos como si estuvieran administrando en forma separada y es lo que se denomina efecto aditivo o de potenciación. Un ejemplo es la administración de Ibuprofeno y Codeina.
- Efecto de Sinergismo. Cuando se combinan dos o más drogas para obtener un efecto mayor que si las mismas drogas se administran separadamente, se denomina sinergismo.
- Efecto Antagonista. Cuando se combinan dos drogas o más drogas para producir un efecto menor al que se presentaría si se administran en forma separada, se denomina efecto antagonista.

Muchas otras interacciones farmacológicas se producen por interferencias en el mecanismo de acción, sistema de transmisión, canales de iones, regulación hormonal o regulación de la homeostasis.

Proceso de administración de medicamentos

Valoración.- El primer paso del proceso de atención de enfermería es la valoración del paciente que consiste en la recolección sistemática de la información del mismo que deben incluir aspectos psicológicos, intelectuales emocionales sociales y de medio ambiente.

Los aspectos de mayor relevancia que debe la enfermera conocer del paciente son los siguientes:

- 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, terapia alternativa con hierbas, utilización de suplementos vitamínicos uso de fármacos anticonceptivos.
- Reacciones alérgicas anteriores a drogas ya que su nueva utilización podría ocasionar reacciones más serias, también se debe averiguar si existe alergias a ciertos alimentos.

El conocimiento exacto de las alteraciones físicas que presenta el paciente antes de iniciar la farmacoterapia son de vital importancia, ya que servirán para determinar si los fármacos administrados están actuando para mejorar la condición física del paciente o para alertar ante los efectos secundarios que puede ocasionar los fármacos.

Diagnostico.- Se refiere sobre la condición del paciente desde la perspectiva de la enfermera. Demuestra las actuales o potenciales alteraciones que presenta el paciente y que le permitirá el profesional de enfermería tomar las decisiones más acertadas.

Es útil considerar los diagnósticos elaborados por NANDA (Diagnostico de enfermería de la asociación americana de enfermeras)

Intervención.- La valoración y el diagnostico de enfermería permite realizar acciones específicas de enfermería que corresponden a la administración de la medicación al paciente son las siguientes:

- **Cumplimiento de los diez correctos:**
 1. Revisar la fecha de expiración del fármaco.
 2. Droga correcta.
 3. Paciente Correcto
 4. Dosis Correcta.

5. Hora correcta
6. Vía correcta.
7. Razón que justifique la administración.
8. Vigilar la respuesta del paciente al fármaco administrado.
9. Chequear en la Historia Clínica del paciente en forma exacta los fármacos administrados y las reacciones que el paciente haya presentado por la administración del medicamento.
10. Registrar en el informe de enfermería algún efecto adverso al medicamento.

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 el apareamiento de efectos indeseables,

Se debe evaluar las fases del proceso en forma individual y además es necesario analizar y tomar las medidas correctivas necesarias del plan de educación impartido al paciente.

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 fallos o errores producidos durante su utilización clínica a la no observación de las normas y procedimientos aprobados. El proceso de administración de los medicamentos es complejo, incluye procesos de selección, prescripción, validación, dispensación, administración, y seguimiento lo que con lleva un mayor riesgo de que produzcan errores y de que estos a su vez causen efectos adversos a los pacientes.

Para disminuir este riesgo profesional deberán:

- Actualizarse continuamente en farmacología.
- Establecer una adecuada relación enfermera – paciente.

- Disponer de áreas de preparación de medicamentos segura con suficiente espacio, luz temperatura adecuada y adecuada ventilación.
- Establecer protocolos de enfermería que aseguren la administración segura del medicamento.
- Cambiar la medicación IV por VO tan pronto se posible.
- Toda la medicación IV debe estar rotulada con la sustancia que tiene la preparación, nombre, fecha y responsable.
- Cuando el paciente reciba 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 preguntar a quién lo prescribió.

Prevenir los errores e identificar las causas que las 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 favorezca la comunicación para la identificación de los errores que se producen, el análisis de sus causas y la discusión y establecimiento de las estrategias necesarias para evitarlos.

Esto supone un enorme cambio cultural, que elimine el temor al desprestigio profesional y el miedo a las posibles sanciones y castigos punitivos. (Droila, 2015)

Proceso de enfermería definición fases y diagnóstico.

2.7.2. Definición de diagnóstico de enfermería

Es un juicio clínico, sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a etapas de la vida/ problemas de salud reales o potenciales, que la enfermera identifica, valida y trata de forma independiente. (AENTDE, 2001)

El diagnóstico de enfermería puede definirse como identificación por parte del profesional de enfermería de los problemas de salud del paciente.

Tiene tres dimensiones:

Dependiente: es responsabilidad del médico. La enfermera ejecuta lo prescrito.

Interdependiente: problemas en los que colabora la enfermera y otros profesionales.

Independiente: es responsabilidad de la enfermera, no requiere supervisión de otro profesional de la salud.

Tipos de diagnóstico

- **Diagnóstico real.** Describe la respuesta actual ante un problema de salud.
- **Diagnóstico de riesgo.** Describe problemas que pueden presentarse en un futuro próximo.
- **Diagnóstico de promoción de la salud.** Es un juicio clínico sobre la motivación y deseo de una persona, familia o comunidad para aumentar su bienestar, actualizar su potencial humano y mejorar conductas de salud específicas
- **Diagnóstico de salud o bienestar.** Describe respuestas humanas a niveles de salud en un individuo, familia o comunidad que están en disposición de mejorar o cuando se pretende alcanzar un mayor nivel de bienestar. Su formulación se realiza igual que para los diagnósticos de Promoción de la Salud, pero no se inician con el término: Disposición para ... Un ejemplo sería: Conductas generadoras de salud manifestado por expresión de

La primera conferencia nacional de clasificación de diagnósticos enfermeros se celebró en Sant Luois, Missouri (EEUU) en 1973, en un momento de informatización de las Instituciones Sanitarias.

Asistieron 95 enfermeras (50% asistenciales, 25% docentes y 25% investigadoras), se hicieron grupos de trabajo y durante 5 días identificaron

situaciones en las que intervenían enfermeras, surgió una lista de 300 diagnósticos que se ordenaron alfabéticamente.

Tras la conferencia se constituyó un grupo de trabajo (llamado laboratorio de observación) que se reunía cada dos años en la Universidad de Sant Luois, Missouri (la inclusión de diagnósticos se realizaba por votación) Intervenia la teórica Sor Callista Roy (Relación entre: Persona, Salud, Enfermería y Entorno)

En 1982 (se celebra la 5ª conferencia) nace formalmente la NANDA: con el fin de desarrollar, depurar y promover una taxonomía de Diagnósticos de Enfermería (la Presidenta es la Dra. Marjory Gordon)

En 1984 (6º conferencia) se sustituyen los Patrones de Hombre Unitario de Sor Callista Roy por los Patrones de Respuesta Humana de la Dra. Marjory Gordon (Intercambio, Comunicación, Relación, Valores, Elección, Movimiento, Percepción, Conocimientos y Sentimientos)

En 1986 (7ª conferencia) la NANDA se establece un mecanismo formal (una guía) para la revisión y aprobación de los nuevos diagnósticos, allí nació la Taxonomía I de la NANDA, basada en los Patrones de Respuesta Humana de la Dra. Marjory Gordon.

En 1988 (8ª conferencia) se presenta la taxonomía a la OMS con la intención de incluir los Diagnósticos de Enfermería en la Clasificación Internacional de Enfermedades. La OMS no los acepta y recomienda incrementar los esfuerzos para organizarse y trabajar la Taxonomía Diagnóstica Enfermera a Nivel Internacional.

En 1990 (9ª conferencia) aparecen problemas al intentar clasificar nuevos diagnósticos, en vista de ello se decide crear una nueva estructura taxonómica, se empieza a gestar Taxonomía II de la NANDA.

En 1994 (11º conferencia) se identifica la permanente colaboración entre NANDA, ANA (Asociación Americana de Enfermeras) y el CIE (Consejo Internacional de Enfermeras) y se realiza la Clasificación en base a los

PATRONES FUNCIONALES DE SALUD. Estos PATRONES pasan a denominarse DOMINIOS (Taxonomía II)

N.I.C: Sistema de Clasificación de Intervenciones de Enfermería. Para cada diagnóstico de Enfermería plantea actividades. Propone más de 300 tipos de actividades.

N.O.C: Sistema de Clasificación de Resultados.

En 2002 NANDA se convierte en NANDA INTERNACIONAL.

A lo largo de estos años se han ido desarrollando, aprobando e incluyendo Diagnósticos de Enfermería en la Taxonomía II de la NANDA.

La Taxonomía II de la NANDA tiene un diseño multiaxial, lo que mejora sustancialmente la flexibilidad de la nomenclatura y permite, por una parte, hacer adiciones y modificaciones y, por otra, facilitar la inclusión en los sistemas informáticos.

El trabajo de la NANDA se publica cada año, en la edición 2008-2010, cuenta con 13 dominios, 47 clases y 188 diagnósticos (16 de nueva creación)

En la edición 2010-2012, permanecen los 13 dominios y 47 clases, se establecen 206 diagnósticos enfermeros (18 de nueva creación y eliminación de 8 diagnósticos)

En la edición 2012-2014, se incorporan 16 nuevos diagnósticos.

En la actualidad (edición 2012-2014) el último diagnóstico aprobado por la NANDA tiene el código 00230, sin embargo en la taxonomía hay un total de 216 diagnósticos activos.

Taxonomía NIC

La Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC) es una clasificación normalizada completa de las intervenciones que realizan los profesionales de enfermería.

La clasificación incluye las intervenciones realizadas por los profesionales de enfermería en función de los pacientes, intervenciones tanto independientes como en colaboración, y cuidados tanto directos como indirectos.

Las intervenciones NIC incluyen tanto la esfera fisiológica como la psicosocial.

Las intervenciones se han incluido para el tratamiento de enfermedades, la prevención de enfermedades y para el fomento de la salud.

Estructura de la Taxonomía NIC. La taxonomía NIC tiene 3 niveles:

- Campos.
- Clases.
- Intervenciones.

Actualmente hay 7 campos, 30 clases, 542 intervenciones y más de 12.000 actividades.

Taxonomía NOC

La Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC) es una clasificación normalizada y completa de los resultados enfermeros.

Cada resultado representa un concepto que puede utilizarse para evaluar el estado, condición o percepción variable de un paciente, cuidador familiar, familia o comunidad para evaluar los efectos de las intervenciones enfermeras a lo largo del proceso de cuidado del paciente.

Estructura de la Taxonomía NOC. La taxonomía NOC tiene 5 niveles:

- Dominio.
- Clase.
- Resultado.
- Indicadores.
- Medidas.

Actualmente hay 7 dominios, 31 clases y 385 resultados..

Las interrelaciones entre las etiquetas diagnosticas NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, no son más que la relación entre el problema, real o potencial que hemos detectado en el paciente y los aspectos de ese problema que se intentan o esperan solucionar mediante una o varias intervenciones enfermeras de las que también se desplegarán una o más actividades necesarias para la resolución del problema. Aquí encontrarás cada uno de los Diagnósticos enfermeros NANDA, aquellos Criterios de Resultado (NOC) que, a modo de ejemplo, se pueden utilizar y, de cada NOC se han desplegado las Intervenciones (NIC) necesarias para conseguirlo.

Para analizar los protocolos y procedimientos de enfermería utilizando los diagnósticos de NANDA, los Criterios de Resultados NOC y las Intervenciones NIC, es necesario aplicarlos mediante estándares los cuales son criterios para la práctica profesional. Representan una medida descriptiva, específica y explicativa de la rama de enfermería.

Los Estándares son declaraciones de principios por escrito que definen un nivel predeterminado del rendimiento, procesos o resultados.

Los estándares se clasifican en:

- **Estructura:** Tratan habitualmente de entorno físico, la estructura o la gestión.
- **Resultados:** Son las consecuencias de la asistencia o de la administración.

Los estándares de enfermería para ser aplicados es necesario conocer sus planes de cuidado los cuales son:

2.8. Planes de cuidados de enfermería estandarizados

Son protocolos para procesos departamentales que se realizan en un nivel asistencial, bien hospital o centro de salud .Se dirigen a grupos de

pacientes con necesidades de cuidados similares clasificados por diagnósticos clínicos.

Planes de cuidados estandarizados integrados

Son protocolos que contienen las necesidades de cuidados de grupos de pacientes sin solución de continuidad entre el hospital y el centro de salud. (Martinez, 2003)

La garantía de calidad de enfermería atañe al 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 de enfermería y los cuidados establecidos .

En conjunto todo esto tiende 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 corresponden 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.

En este sentido 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.

Otros organismos como la American Nursing Association (ANA) han establecido, con base en una investigación científica sólida y el trabajo de enfermeras clínicas expertas, una serie de estándares para la práctica

profesional de enfermería, la cual ha sido empleada como directriz para la creación de diversos programas de garantía de calidad.

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.

CAPÍTULO III

3. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Metodología de investigación

Para el levantamiento de información de los Procedimientos de Enfermería en base a los estándares de calidad utilizaremos el método Cualitativo – Prospectivo y Analítico el cual acepta la inexistencia 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 factores críticos de desempeño, los procedimientos que se llevan a cabo y como se los maneja en la institución.

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 procedimientos de Enfermería, en las que nos basaremos para diseñar una metodología que contemple los puntos más importantes a ser incluidos en la investigación. (Metodologia, 2008)

Investigación Descriptiva: El propósito del esta investigación es describir situaciones y eventos. Es, decir cómo se manifiesta determinado fenómeno. Los estudios descriptivos buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis (Dankhe, 1986). Miden o evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno o fenómenos a investigar. (investigacion, 2008)

Para realizar la actualización de los Procedimientos de Enfermería utilizaremos fuentes primarias como son revisión de la literatura referente al tema textos, documentos, 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

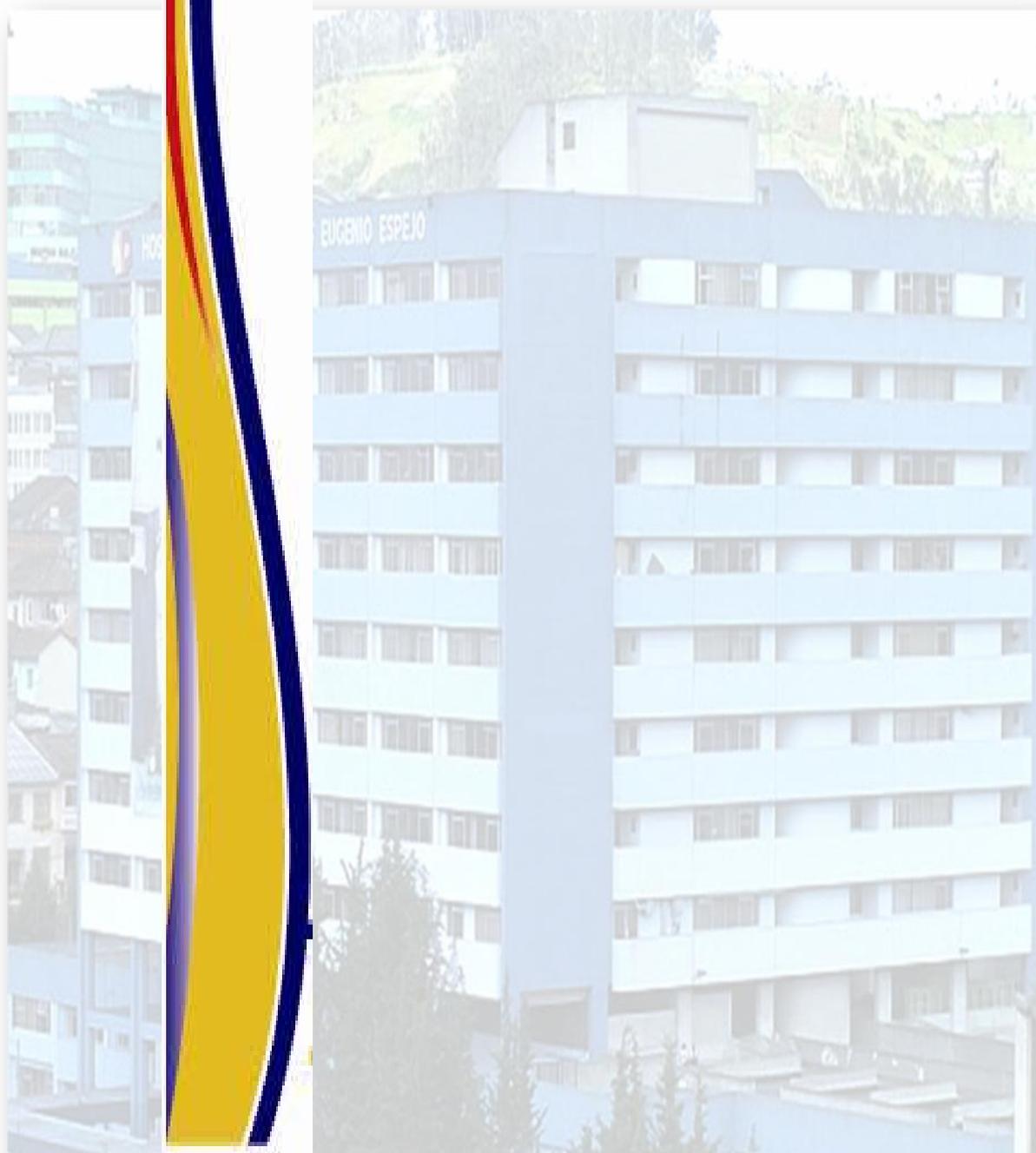
Reuniones con el personal del servicio.

Análisis y deserción de información.

Mientras tanto los instrumentos que se utilizarán para el desarrollo de esta investigación son guías de observación. (Tecnicas, 2010).

3.2. Técnicas e instrumentos de investigación

3.2.1. Guía de observación. (Anexo 1).



Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 IV

4. PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA DEL HOSPITAL EUGENIO ESPEJO

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

4.1. PRESENTACION

El presente manual de procedimientos técnicos y administrativos de enfermería, contiene la descripción organizacional del Servicio de Cirugía del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo el cual contiene en forma ordenada y sistemática la información sobre los antecedentes históricos, marco jurídico, organización y funciones; constituyéndose en un instrumento de apoyo administrativo que describe las relaciones orgánicas que se dan entre los elementos de la estructura organizacional de la Gestión del Cuidado de Enfermería.

La transformación profesional de la Enfermera moderna durante los últimos años ha sido enorme, a través de conocimientos y destrezas de alta calidad si sabemos que el éxito va revestido de trabajo, valores, vocación y la ética en el cuidado de la vida y la armonía en las relaciones basadas en la filosofía y misión Institucional.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

4.2 MARCO CONCEPTUAL

4.2.1 CONCEPTOS BÁSICOS

Pre-Operatorio: Es el lapso que transcurre desde una decisión para efectuar la intervención quirúrgica al paciente, hasta que es llevado a la sala de operaciones.

La decisión tomada puede ser planteada o urgente. Este periodo se clasifica con base en la magnitud de la intervención quirúrgica mayor o menor, o bien programada o de urgencia.

Pre-Operatorio Mediato: A partir de la decisión hasta 12 o 2 horas antes, dependiendo de la intervención quirúrgica, ya sea mayor o menor respectivamente.

Pre-Operatorio Inmediato: De las 12 a 2 horas antes de la intervención quirúrgica, hasta la llegada a la sala de operaciones.

Las acciones de enfermería en el periodo mediano pueden ser generales o específicas, entendiéndose las primeras como aquellas que proporcionan de acuerdo con el tipo de intervención quirúrgica a que va ser sometido.

Las acciones de enfermería en el periodo preoperatorio inmediato tienen como objetivo preparar psíquica y físicamente al paciente que va a ser intervenido quirúrgicamente.

Post Quirúrgico: Es el período que transcurre entre el final de una operación y la completa recuperación del paciente, en caso de fracasar la terapéutica finalizar con la muerte.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

Calidad: Organización Mundial de la Salud (OMS) “La Calidad en la Atención en Salud consiste en la apropiada ejecución (de acuerdo a estándares) de intervenciones de probada seguridad, que son económicamente accesibles a la población en cuestión, y que poseen la capacidad de producir un impacto positivo en la mortalidad, morbilidad, discapacidad y malnutrición”

Seguridad: Es la reducción del riesgo de daños innecesarios hasta un mínimo aceptable, el cual se refiere a las nociones colectivas de los conocimientos del momento, los recursos disponibles y el contexto en el que se prestaba la atención, ponderadas frente al riesgo de no dispensar tratamiento o de dispensar otro. (Organization, World Health, 2009)

4.3 ALCANCE

El presente manual de procedimientos técnicos y administrativos de enfermería para el Servicio de Cirugía del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo será aplicado en forma obligatoria para el personal de enfermería y auxiliar de enfermería.

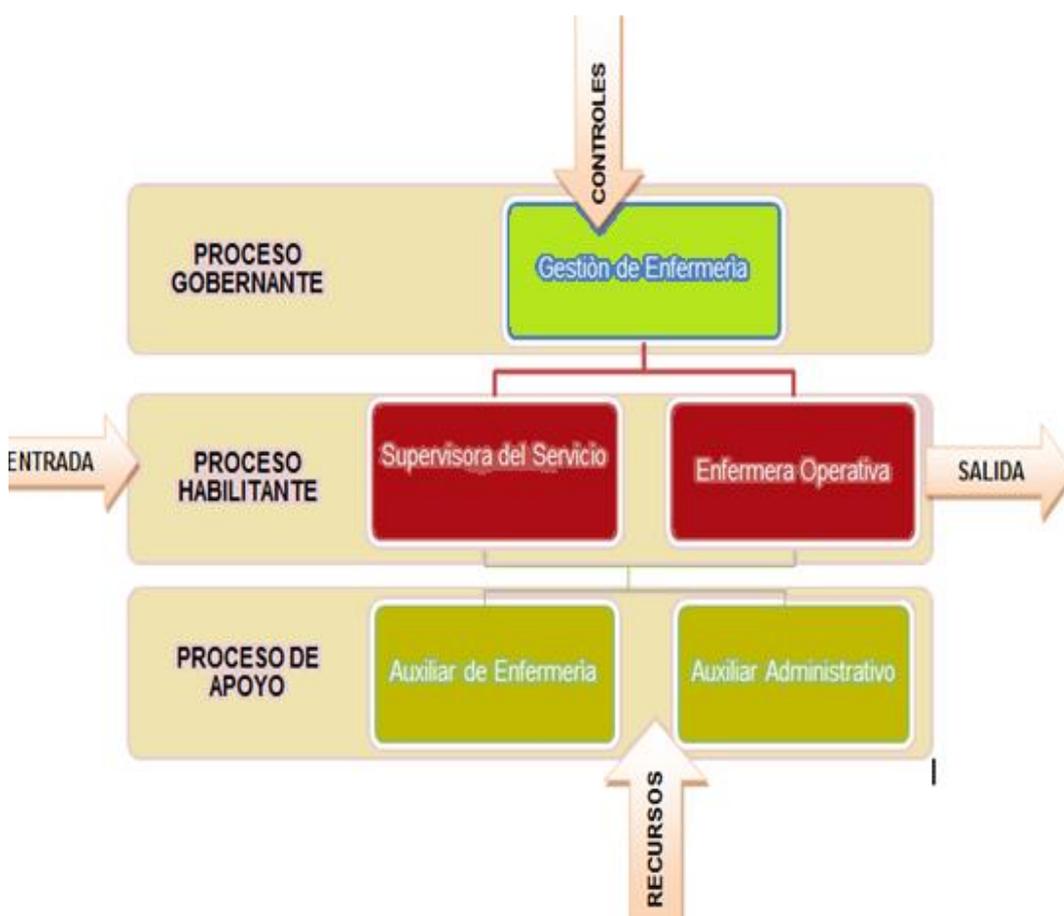
4.4 OBJETIVOS GENERALES DEL MANUAL

1. Dotar de un documento técnico normativo para el desarrollo de los procesos administrativos en Gestión de Enfermería, orientado a brindar un cuidado de enfermería de calidad.
2. Dar a conocer los elementos de gestión estratégica de la Gestión de Enfermería del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.
3. Dar a conocer los objetivos, políticas, normas y organización de la Gestión del Cuidado de Enfermería.
4. Precisar la sistematización de las funciones y actividades que desempeña el personal de enfermería para evitar duplicidad, detectar omisiones y mantener uniformidad en su desarrollo.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

4.5 CICLO DE CONTROL ADMINISTRATIVO DE ENFERMERÍA EN EL SERVICIO DE CIRUGÍA.

La gestión de Enfermería utiliza el ciclo de control administrativo como herramienta para la prevención, control y seguimiento.



Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018



4.6 FUNCIONES Y ACTIVIDADES DEL TALENTO HUMANO DE ENFERMERÍA DEL SERVICIO DE NEONATOLOGÍA

4.6.1 SUPERVISORA: Profesional en Enfermería

REQUISITOS DEL PUESTO: Lcda., en Enfermería, con título de cuarto nivel en administración hospitalaria, gerencia en salud.

ROL DEL PUESTO: Es el/la responsable de la administración, coordinación, ejecución, evaluación y cumplimiento de objetivos del Servicio de Cirugía.

ACTIVIDADES:

1. Planifica, ejecuta y evalúa el Manual de procedimientos técnicos y administrativos de enfermería del servicio, el mismo que debe tener las directrices y concordancia con el Plan Estratégico Institucional.
2. Planifica y organiza con los miembros de equipo las actividades y necesidades del Servicio de Cirugía.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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. Evalúa la calidad de dispositivos médicos, con pruebas de satisfacción y solicita la revisión técnica con el personal Biomédico de la Institución.
4. Participa en la selección del equipamiento y necesidades del Servicio de Cirugía.
5. Dirige y controla las actividades administrativas y de atención que se realizan en el Servicio de Cirugía.
6. Planifica el trabajo diario de acuerdo a las asignaciones de labores del personal de enfermeras, auxiliares de enfermería y auxiliar administrativo para los tres turnos del día y de fin de semana.
7. Fundamenta los indicadores de producción para los requerimientos mensuales del servicio.
8. Reporta incidentes de pérdida de equipos y otros.
9. Reporta el ausentismo del personal de su lugar de trabajo.
10. Verifica el stock mínimo y mensual de dispositivos e insumos médicos y medicamentos.
11. Capacita y orienta al personal nuevo sobre las actividades.
12. Mantiene programas de actividades científicas de educación continua, en coordinación con Docencia.
13. Establece y supervisa la aplicación de normas y procedimientos internos.
14. Hace seguimiento al uso correcto de los controles y registros establecidos en los procesos de trabajo.
15. Autoriza cambios de turno, permisos, licencias y vacaciones del personal a su cargo.
16. Fomenta las buenas relaciones interpersonales y motiva permanentemente al personal.
17. Mantiene eficazmente las relaciones de trabajo con los servicios del hospital

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

18. Evalúa y elabora informes sobre el trabajo que se realiza en el Servicio de Cirugía.
19. Elabora, diseña y participa con los miembros de equipo, activamente en proyectos de investigación científica, de revisión bibliográfica y de mejoramiento de la calidad.
20. Reporta eventos adversos a la Gestión de calidad.
21. Identifica los nudos críticos del Servicio de Cirugía.
22. Mantiene una comunicación horizontal con el personal cargo.
23. Cumple y hace cumplir la Ley, políticas Normas Reglamentos del Ministerio de Salud Pública y del Hospital de Especialidades Eugenio Espejo.

4.6.2 EJECUTORAS DE PROCESOS DE ENFERMERÍA: Profesional de enfermería

ROL DEL PUESTO: Es el/la responsable de brindar atención de cuidados de enfermería al paciente del Servicio de Cirugía y promover la salud con la educación a los padres.

ACTIVIDADES:

1. Realizar entrega y recepción del turno.(identificando al paciente por su nombre y apellido, historia clínica, diagnóstico y medicación administrada.)
2. Asistir y participar en la visita médica de los pacientes asignados
3. Realizar plan de intervención integral identificando problemas de salud del paciente.
4. Cumplir con normas y procedimientos establecidos por el servicio y el hospital.
5. Asistir al médico en los procedimientos específicos.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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. Llenar los formularios de la historia clínica verificando la identificación de cada paciente.
7. Cumplir con la división y asignaciones correspondientes en la atención al paciente.
8. Recibir ingresos y transferencias de los pacientes, informar al médico para la organización correspondiente.
9. Informar a la supervisora sobre ausentismo de compañeras y verificar el censo cada turno.
10. Asistir a las reuniones mensuales y las que sean necesarias por la Supervisora del servicio.
11. Cumplir y hacer cumplir las normas de Bioseguridad del servicio.
12. Cumplir con normas de calidad y seguridad en la atención al paciente.

4.6.3 AUXILIARES DE ENFERMERIA: Auxiliar de Enfermería calificado

ROL DEL PUESTO: Es el/la responsable de la cumplir con las asignaciones operativas del servicio de Cirugía.

ACTIVIDADES:

1. Participar en la entrega/recepción de turno informando novedades y con relación a equipos, dispositivos e insumos médicos.
2. Revisar el coche de paro, mantenerlo equipado y en orden
3. Preparar y entregar a Central de esterilización material blanco y dispositivos médicos para el proceso de esterilización.
4. Lavar el instrumental y preparar los paquetes correspondientes rotular, registrar en el cuaderno respectivo.
5. Registrar de manera clara, detallada el material y equipos que salen del servicio de Cirugía.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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. Entregar el material limpio para esterilizar a la Central de Esterilización.
7. Verificar y realizar el registro diario de equipos e instrumental del servicio.
8. Cumplir con las asignaciones especiales y registrar.
9. Limpieza y desinfección de las unidades cumpliendo con procedimientos estandarizados.
10. Reportar y/o registrar daños, pérdida de equipos e instrumental a la supervisora del servicio.
11. Mantener limpio y en orden su área de trabajo.

4.6.3.1 ASIGNACIÓN PARA EL PERSONAL AUXILIAR DE ENFERMERÍA

Entre las actividades más importantes dentro del Servicio de Cirugía deben cumplir: (Anexo 3)

- **LUNES:** Desinfección de la unidad e historias clínicas.
- **MIÉRCOLES:** Desinfección del terminal de la unidad.
- **JUEVES:** Desinfección de mesones de cubículos intermedios, y utilería limpia.
- **VIERNES:** Desinfección de cuarto contaminado (estantes), balanzas.

4.6.4 PERSONAL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

ROL DEL PUESTO: Es el/la responsable de mantener limpio el servicio de Cirugía.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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. Realizar la limpieza y desinfección de cada uno de los ambientes del servicio incluido pasillos y baños, de acuerdo a los protocolos de la institución y del Servicio.
2. Mantener en orden y equipados los dispensadores de jabón y toallas descartable para cumplir con el protocolo del lavado de manos.
3. Cambio de guardianes para manejo de corto punzantes según necesidad.

4.6.5 ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA EL AUXILIAR ADMINISTRATIVO

Entre las actividades más importantes dentro del Servicio de Cirugía deben cumplir: (Anexo 3)

- **LUNES:** Limpieza y desinfección paredes de cubículo 1.
- **MARTES:** Limpieza y desinfección paredes de cubículo 2.
- **MIERCOLES:** Limpieza y desinfección paredes de cubículo 3.
- **JUEVES:** Limpieza y desinfección paredes de cubículo 4 y limpieza de vidrios.
- **VIERNES:** Limpieza y desinfección de paredes de la Estación de Enfermería.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

4.7 Desarrollo de la propuesta de implementación.

4.7.1. Desarrollo de procedimientos

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA TECNICO ADMINISTRATIVO DESCRIPCIÓN FUNCIONAL DE LAS ÁREAS</p>	<p>Código C. N°1</p>
--	--	-----------------------------

DESCRIPCIÓN FUNCIONAL DE LAS ÁREAS:

ALTA DIRECCIÓN – COORDINADORA DE LA GESTIÓN DE ENFERMERÍA

COMPETENCIA	NIVEL	DESCRIPCIÓN
LIDERAZGO	A	Capacidad para orientar la acción de su grupo en una dirección determinada, inspirando valores de acción y anticipando escenarios. Habilidad para fijar objetivos a su equipo, realizar su seguimiento y brindar retroalimentación (feedback) sobre su avance integrando las opiniones de los miembros del grupo. Capacidad para tener energía y transmitirlos a otros en post de un objetivo común fijado por el mismo.
CAPACIDAD DE PLANIFICACIÓN ORGANIZACIÓN	Y B	Capacidad para Administrar simultáneamente diversos proyectos complejos estableciendo de manera permanente mecanismos de coordinación y control de la información respecto de los procesos en curso

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

DESARROLLO ESTRATÉGICO DE LOS RECURSOS HUMANOS	A	Capacidad para realizar una proyección de posibles necesidades de Recursos Humanos, considerando distintos escenarios a largo plazo. Seguridad para ejercer un rol activo en la definición de las políticas en función del análisis estratégico.
ORIENTACIÓN AL CLIENTE INTERNO Y EXTERNO	B	Habilidad para identificar las necesidades del cliente y anticiparse a ellas aportando soluciones a la medida de sus requerimientos. Capacidad para demostrar interés en atender a los clientes con rapidez, diagnosticando correctamente las necesidades existentes y planteando soluciones adecuadas.
NEGOCIACIÓN	B	Capacidad para llegar a acuerdos satisfactorios en el mayor número de las negociaciones a su cargo, en concordancia con los objetivos de la organización.

GERENCIA MEDIA- SUPERVISORAS DE ENFERMERÍA

COMPETENCIA	NIVEL	DESCRIPCIÓN
CAPACIDAD DE ORGANIZACIÓN Y PLANIFICACIÓN	C	Capacidad para establecer objetivos y plazos para la realización de las tareas, definir prioridades y posteriormente controlar la calidad del trabajo y verificar la información para asegurarse de que se han ejecutado las acciones previstas.
TRABAJO EN EQUIPO	B	Capacidad para promover el trabajo en equipo con otras áreas de la organización; crear un buen clima de trabajo comprender la dinámica del funcionamiento grupal e intervenir destrabando situaciones de conflicto interpersonal, centrándose en el logro de los fines compartidos. Habilidad para tratar las necesidades de otras áreas con la misma celeridad y dedicaron con que trata las de su propio sector.
ADAPTABILIDAD AL CAMBIO	B	Capacidad para adaptar tácticas y objetivos a fin de afrontar una situación o solucionar problemas, revisar y evaluar las consecuencias positivas y o negativas de las acciones pasadas para agregar valor.
HABILIDAD ANALÍTICA	B	Capacidad para analizar información, identificando problemas y coordinado datos relevantes.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

		Habilidad para analizar, organizar y presentar datos y establecer conexiones relevantes entre datos numéricos.
COMUNICACIÓN	B	Capacidad para ser reconocida en su área de incumbencia por ser un interlocutor confiable y por su habilidad para comprender diferentes situaciones y manejar reuniones.

PROFESIONAL- ENFERMERA DE CUIDADO DIRECTO

COMPETENCIA	NIVEL	DESCRIPCIÓN
ORIENTACIÓN AL CLIENTE (II)	B	Capacidad para buscar permanentemente resolver las necesidades de sus clientes anticipándose a sus pedidos o solicitudes y proponer acciones dentro de la organización para lograr la satisfacción de los clientes.
APRENDIZAJE CONTINUO	C	Capacidad para realizar un gran esfuerzo por adquirir nuevas habilidades y conocimientos y buscar y analizar proactivamente información pertinente para planificar un curso de acción.
TRABAJO EN EQUIPO (II)	B	Capacidad para animar y motivar a los demás y desarrollar el espíritu de equipo. Capacidad para crear un ambiente de trabajo amistoso, con buen clima y espíritu de cooperación y resolver los conflictos que se puedan producir dentro del equipo.
CALIDAD DEL TRABAJO	A	Capacidad para conocer y entender todos los temas relacionados con su especialidad con su contenido y esencia aun en los aspectos más complejos, compartiendo con los demás su

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

		<p>conocimiento y experticia.</p> <p>Capacidad de ser referente entre sus pares y en la comunidad donde actúa.</p> <p>Habilidad para demostrar constantemente interés por aprender</p>
INICIATIVA	B	Capacidad para introducir cambios en la manera de trabajar produciendo mejoras significativas en los resultados.

AUXILIARES DE ENFERMERÍA

COMPETENCIA	NIVEL	DESCRIPCIÓN
FRANQUEZA, CONFIABILIDAD, INTEGRIDAD	A	Capacidad para establecer relaciones basadas en el respeto mutuo y la confianza asumiendo la responsabilidad de sus propios errores capacidad para lograr que sus acciones y actitudes sean coherentes con su discurso demostrando estar comprometido con la honestidad y la confianza en cada faceta de su conducta.
ORIENTACIÓN AL CLIENTE	C	Capacidad para realizar seguimiento de las necesidades de los clientes y ser especialmente servicial en los momentos críticos.
CONCIENCIA ORGANIZACIONAL	D	<p>Capacidad para identificar o utilizar la estructura formal o jerárquica de una organización, la cadena de mando, las normas, los procedimientos operativos establecidos etc.</p> <p>Habilidad para entender normas y</p>

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

		procedimientos establecidos.
TRABAJO EN EQUIPO (II)	D	Capacidad para cooperar y participar de buen grado en el grupo y apoyar sus decisiones y realizar la parte de trabajo que le corresponde. Habilidad como miembro de un equipo para mantener a los demás al corriente respecto de temas que afecten al grupo y compartir información.
COLABORACIÓN	B	Capacidad para alentar el buen desarrollo de las áreas de todos a través de sus actitudes personales. Capacidad para ser reconocido por una sólida reputación, generando confianza en los demás sin descuidar sus obligaciones específicas

MENSAJEROS HOSPITALARIOS

COMPETENCIA	NIVEL	DESCRIPCIÓN
INICIATIVA, AUTONOMÍA, SENCILLEZ	C	Capacidad para resolver con rapidez pequeñas complicaciones del día a día. Habilidad para poner en marcha adecuadamente los cambios propuestos por la Dirección
NIVEL DE COMPROMISO. DISCIPLINA PERSONAL. PRODUCTIVIDAD	C	Capacidad para instrumentar adecuadamente las directivas recibidas y fijar objetivos de alto rendimiento para el grupo.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

PENSAMIENTO ANALÍTICO	D	Capacidad para analizar las relaciones entre las pequeñas partes de un problema y establecer prioridades para las tareas según su importancia
PREOCUPACIÓN POR EL ORDEN Y LA CLARIDAD	C	Capacidad para comprobar la calidad y exactitud de las tareas de su sector y de su propio trabajo. Se preocupa por cumplir las normas y procedimientos establecidos.
CALIDAD DE TRABAJO	C	Capacidad para conocer adecuadamente todos los temas relacionados con su especialidad, cumpliendo con sus funciones satisfactoriamente.

DESCRIPCIÓN DEL PUESTO.

Datos de Identificación:

Puesto: COORDINADORA DE LA GESTIÓN	Código:
Unidad:	Lugar de Trabajo:
Número de ocupantes:	Puntos: 1090
Supervisor directo:	RMU:
Fecha elaboración:	
Rol del Puesto:	DIRECCIÓN DE PROCESOS

Misión del Puesto:

Planificar y Organizar el Talento Humano de Enfermería, determinar los planes operativos, indicadores de gestión de la Dirección de Enfermería

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 Esenciales de la Posición (ordenadas descendientemente por importancia)

Actividades de la Posición	F	CO	CM	Total	Perm.
Realizar Planificación Estratégica	5	5	5	30	
Realizar Planes Operativos	5	5	4	25	
Realizar gestión del Talento Humano de Enfermería	5	5	4	25	
Planificar Proyectos, Planes y Programas	5	4	4	21	
Elaborar Plan de Calidad de Enfermería	5	4	3	17	
Realizar Gestión por Procesos	5	4	3	17	
Aplicar Técnicas de Negociación	5	3	2	11	

Interfaz del Puesto

Actividades Esenciales	INTERFAZ Nombres de los cargos, áreas, clientes, usuarios o beneficiarios directos de la actividad.
Planificar y Organizar Talento Humano de Enfermería	Servicios de Enfermería, usuario
Elabora Planificación Estratégica de la Dirección de Enfermería	Servicios de Enfermería, usuario
Elabora Planes Operativos	Grupo de trabajo, usuario
Soluciona conflictos	Servicio de Enfermería, usuario

Instrucción Formal Requerida:

Nivel de Instrucción Formal	Especifique el número de años de estudio o los diplomas / títulos requeridos	Indique el área de conocimientos formales (ejemplo, administración, economía, etc.).
Título Profesional	Título de Cuarto Nivel	Gerencia Hospitalaria

Experiencia Laboral Requerida:

Dimensiones de Experiencia.	Detalle
1. Tiempo de experiencia	6 años
2. Especificidad de la experiencia	En actividades similares
3. Contenido de la experiencia	Administración Servicios de Enfermería

Conocimientos Informativos Requeridos:

Conocimientos Informativos	Especifique
Administración y Gerencia Hospitalaria	Gestión del Talento Humano, planificación estratégica, gerencia de procesos
Leyes y regulaciones. Conocer leyes, reglamentos, regulaciones y protocolos internos o externos relevantes para el trabajo.	Legislación Laboral, reglamento Interno, Protocolos, Normas de Bioseguridad, Normas de Prevención Riesgos del Trabajo
Sistemas de Calidad	Manual de Calidad, Procesos,
Productos y servicios. Conocer los productos y servicios de la institución	Servicios y productos del hospital

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

Clientes. Conocimiento de los clientes de la institución	Clientes internos y externos
---	-------------------------------------

Destrezas Específicas Requeridas

Destrezas Específicas	Detalle
Planificar y organizar	Uso adecuado de recursos
Técnicas de presentación y exposición audiovisuales	Manejo de grupos Humanos
Usar otros idiomas (inglés hablado, escrito, etc.)	Ingles básico

Destrezas / Habilidades Generales

Destrezas Generales	Definición	Relevancia		
		Alta	Med	Baja
Escucha activa	Escuchar lo que otra persona está hablando y	X		
Hablado Fluidéz verbal	Capacidad que presenta un individuo para comunicarse	X		
Negociación	Habilidad para solucionar conflictos	X		
Liderazgo	Orienta la acción del grupo	X		
Responsabilidad	Cumplir a cabalidad con trabajos	X		
Manejo de recursos materiales	Utilizar y cuidar apropiadamente el uso de recursos	X		

Requerimientos de Selección y Capacitación

Conocimientos / Destrezas	Requerimiento de Selección	Requerimiento de Capacitación
Conocimientos Formales		
Título Profesional Titulo de Cuarto Nivel Gerencia Hospitalaria	X	
Conocimientos Informativos		
Administración y Gerencia Hospitalaria	X	
Leyes y regulaciones. Conocer leyes, reglamentos, regulaciones y protocolos internos o externos relevantes para el trabajo.	X	
Sistemas de Calidad	X	
Productos y servicios. Conocer los productos y servicios de la institución	X	
Clientes. Conocimiento de los clientes de la institución	X	
Destrezas Especificas		
Planificar y organizar	X	
Técnicas de presentación y exposición audiovisuales	X	
Usar otros idiomas (inglés hablado, escrito, etc.)	X	
Destrezas Generales		
Escucha activa	X	
Hablado Fluidéz verbal	X	
Negociación	X	
Liderazgo	X	
Responsabilidad	X	

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

Manejo de recursos materiales	X	
-------------------------------	---	--

BIBLIOGRAFIA:**Manual de Clasificación de Puestos SENRES**

	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA ROTACION DE PERSONAL Y CAMBIOS DE TURNO.	Código C. N°2
--	---	----------------------

CAMBIOS DE TURNO:

El personal de enfermería tiene opción a realizar un total de tres cambio de turno al mes.

Los cambios de turnos deben realizarse con anticipación al mismo.

Los cambios de turno serán legalizados por las supervisoras de la mañana o tarde.

Los cambios de turno serán registrados por la supervisora que realizo el cambio, previo envío al Departamento de Recursos Humanos.

El personal que se realice cambios de turno sin previa legalización se solicitará la sanción a la Dirección de Recursos Humanos según el reglamento vigente y Ley Orgánica del Servidor Público.

PERMISOS DE DOS HORAS:

El personal de Enfermería puede solicitar permiso de hasta dos horas durante su jornada de trabajo por:

Cuidado de familiares dentro del cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad que estén bajo su protección y tengan discapacidades severas o enfermedades catastróficas debidamente certificadas.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 otorgaran este tipo de permisos en forma previa a su utilización en casos tales como; matriculación de sus hijos, y otros que sean justificados.

Este permiso es registrado en la Dirección de Recursos Humanos.

El personal que solicita este permiso debe hacerlo previa autorización de la Supervisora de piso

Deben legalizar con la firma del Jefe de RRHH y entregar el talonario para su registro correspondiente.

DÍAS LIBRES, FERIADOS

En forma alternada se designara los días feriados a las Enfermeras de Cuidado Directo y Auxiliares de Enfermería, los que serán registrados en el horario con un círculo de color rojo.

Los días libres por: Calamidad doméstica. Enfermedad, asuntos personales, congresos se registran con un círculo de color negro.

LAS VACACIONES:

El personal de Enfermería hará uso de sus vacaciones anuales según lo que determina la LOSEP en su Título III Capítulo 2 DE LAS LICENCIAS Art. 29 Vacaciones y permisos.- todos servidora o servidor público tendrá derecho a disfrutar de treinta días de vacaciones anuales pagadas después de once meses de servicio continuo. Este derecho no podrá ser compensado en dinero, las vacaciones podrán ser acumuladas hasta por sesenta días.1

Envío del calendario de vacaciones a los servicios de enfermería.

48 horas previas a la salida de licencia anual retirar de la secretaria de Gestión de Enfermería el memorándum de salida de vacaciones.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

Llenar el formulario respectivo en el Departamento de RRHH con original y copia.

Debe ser legalizado por la Coordinadora de la Gestión del Cuidado de Enfermería y el director de Recurso Humanos.

El original se archivara en el departamento de RRHH y la copia en su carpeta personal que se mantiene en la secretaria de Gestión del Cuidado de Enfermería.

El personal debe concurrir a firmar el libro de registro de salida de vacaciones en la Dirección de Recursos Humanos.

Al término de su licencia, con 72 horas de anticipación se comunicara con la supervisora de enfermería o/ secretaria de Gestión de Enfermería, para conocer el turno y el servicio en el que va a laborar.

Al reingresar a laborar firmara en recursos humanos en el libro de entrada de licencia anual.

El personal de Auxiliares de Enfermería y mensajeros tendrá derecho a quince días de licencia anual y posterior al año de trabajo tendrán un día más por cada año de servicio según el Código de Trabajo art. 30

PERMISOS POR ENFERMEDAD.

Capítulo 2, Artículo 27, Literal a), de la LOSEP: El servidor público tendrá derecho a licencia con remuneración por enfermedad que determine imposibilidad física o psicológica debidamente comprobada para la realización de sus labores hasta por tres meses e igual periodo podrá aplicarse para su rehabilitación.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 enfermedad catastrófica o accidente grave debidamente certificado hasta por seis meses; así como el uso de dos horas diarias para su rehabilitación.

Maternidad, licencia con remuneración por 12 doce semanas por el nacimiento de su hijo o hija si es múltiple diez días más. 14 días antes del parto los mismos que podrán ser acumulables.

Por paternidad, el servidor público tiene derecho a licencia con remuneración por diez días contados desde el nacimiento de su hijo o hija si el parto es normal; en los casos de nacimiento múltiple o por cesárea se ampliara por cinco días más;

En casos de nacimientos prematuros o en condiciones de cuidado especial, se prolongaran la licencia por paternidad con remuneración por ocho días más; y cuando hayan nacido con una enfermedad degenerativa terminal o irreversible o con un grado de discapacidad severa el padre podrá tener licencia por veinticinco días.

Calamidad doméstica en caso de fallecimiento de la madre durante el parto el padre podrá hacer uso de la totalidad o en su caso de la parte que reste del periodo de licencia que le hubiere correspondido a la madre.

La madre y el padre adoptivo tendrán derecho a quince días de licencia a partir de la fecha de entrega del hijo.

El servidor o servidora público tendrá derecho a veinte y cinco días de licencia con remuneración para atender los casos de hijos hospitalizados o con patologías degenerativas.

Por Calamidad domestica entendida como tal al fallecimiento, accidente o enfermedad grave del cónyuge o conviviente en unión de hecho legalmente reconocida o de los parientes hasta el segundo grado de

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

consanguinidad o segundo de afinidad de las servidores/as públicos. Para el caso de cónyuge o conviviente en unión de hecho legalmente reconocida, del padre , madre o hijos, la máxima autoridad , su delegado o las UHARS deberán conceder licencia hasta por ocho días al igual que para siniestros que afecten gravemente la propiedad o bienes del servidor. Para el resto de parientes contemplados en este literal se concederá la licencia hasta por tres días y, en caso de requerir tiempo adicional se contabilizara con cargo a vacaciones.

Por matrimonio tres días

El personal de Auxiliares de Enfermería y mensajeros tendrán derecho a tres días por calamidad domestica según el Código de Trabajo.

Articulo 33.- De los permisos

Las/ los servidores públicos tendrán permiso para atención medica hasta por dos horas siempre que se justifique con certificado médico correspondiente otorgado por el IESS o abalizado por los centros de salud pública. Las servidoras publicas tendrán permiso para el cuidado del recién nacido por dos horas diarias, durante doce meses contados a partir de que haya concluido su licencia de maternidad.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 Ministerio de Salud Pública	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUE INGRESA AL SERVICIO DE CIRUGÍA	Código C. N°3
---	---	----------------------

Definición:

Etapas previas a una operación quirúrgica. Lo habitual es que, antes de una intervención, el paciente deba cumplir con ciertos requisitos y respetar las indicaciones del médico para que la operación tenga mayor probabilidad de éxito.

Objetivos:

- Proporcionar atención de especialidad a los pacientes que requieren de tratamiento quirúrgico.
- Brindar atención de enfermería integral con calidad, equidad y eficiencia con el fin de satisfacer las necesidades del usuario tanto fisiológicas, psicológicas sociales y religiosas.

Material:

- Historia Clínica con los formatos establecidos en el servicio, formatos de ingreso y admisión, consentimiento informado, control preoperatorio, hoja de administración de medicamentos y tratamiento, guía de orientación al paciente, hoja de chequeo anestésico.
- Fonendoscopio
- Tensiómetro
- Bascula
- Unidad del paciente, cama, velador, bata del paciente.

Personal que interviene

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

- Médicos
- Enfermeras.
- Aux. de Enfermería.
- Personal de Limpieza.

Procedimiento

Preoperatorio:

- Recibir, e Identificarse con el paciente.
- Controlar que los exámenes de laboratorio, chequeo cardiológico, EKG, se encuentren actualizados.
- Control de signos vitales peso y talla.
- Aseo del paciente: Baño, control de uñas y retiro de esmalte.
- Mantener en ayunas desde las 22 horas.
- Controlar que se encuentre con la vejiga vacía antes de iniciar la cirugía.
- Vestir con gorro, batas y botas quirúrgicas.
- Comprobar la firma de consentimientos, formularios preoperatorios , de preanestesia antes que baje a sala de operaciones y colocar en la Historia Clínica

Precauciones de enfermería.

- Brindar confianza, facilitar la comunicación para disminuir la ansiedad ante el ambiente hospitalario.
- El control de signos vitales nos permite evaluar la condición hemodinámica del paciente, con el peso y talla se puede calcular la dosis correcta para la administración de medicamentos y líquidos.
- El aseo nos permite disminuir la transferencia y proliferación de microorganismos.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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:

Smith, J. (2011). Guía de procedimientos de enfermería. (2ª edición). Buenos Aires, Argentina: Editorial medica panamericana.

Hernández, F. C., & Ríos, S. D. (2009). Abordaje laparoscópico de los tumores urológicos: aspectos diagnósticos y terapéuticos. Tratado de oncología urológica. (22) pp.259-272.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL PACIENTE QUE EGRESA DEL SERVICIO DE CIRUGÍA</p>	<p>Código C. N°4</p>
--	--	-----------------------------

Definición:

Momento en el cual el paciente egresa del servicio de cirugía general luego de haber recibido tratamiento quirúrgico y se encuentran en condiciones de cuidar su salud fuera del servicio y de la institución.

Objetivos:

- Informar y educar al paciente y sus familiares los cuidados que debe realizar en su domicilio.
- Lograr en el paciente y familia seguridad para su integración al núcleo familiar laboral y social.

Material:

- Formato de plan de Egreso del paciente
- Plan Nutricional.
- Recetas medicas
- Certificado médico.
- Solicitud de próxima cita.

Personal que interviene

- Médicos
- Enfermeras.

Procedimiento:

- Comunique al paciente y su familia del egreso del paciente.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

- Llene correctamente el formato de plan de egreso del paciente nombres y apellidos, tipo de cirugía realizado.
- Registre la medicación que va a tomar el paciente con los nombres genéricos y comerciales las dosis y frecuencia que debe tomar.
- Explique al paciente y la familia las actividades que puede realizar.
- Indique los cuidados de la herida quirúrgica, especialmente cuando haya dolor.
- Eduque al paciente sobre las medidas de higiene.
- Verificar que la nutricionista entregue el plan de dieta que requiere el paciente.
- Informar al paciente y familia no ingerir alcohol y fumar.
- Informa al apaciente y familia si la explicación fue clara y entregue las recetas, certificados y citas de consulta externa.

Precauciones de enfermería.

- El paciente debe conocer sobre los efectos adversos de los fármacos y la importancia de la deambulación temprana y progresiva.
- Indicar que el baño diario proporciona confort y bienestar.
- La dieta adecuada es importante ya que nutre y evita complicaciones.
- El tabaco y el alcohol interfieren en el tratamiento produce euforia y vasodilatación.
- El control de paciente en la consulta externa garantiza la continuidad de su tratamiento.
- El egreso del paciente del servicio de cirugía debe ser seguro y sin temor.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE TIROIDECTOMÍA</p>	<p>Código C. N°5</p>
--	---	-----------------------------

Definición - tiroidectomía:

Es la extirpación quirúrgica total o parcial de la glándula tiroidea.

- **Tiroides:** Es la glándula endocrina situada en la región anterior de cuello y tiene forma de mariposa, constituida por dos lóbulos simétricos unidos entre sí por el istmo, cada lóbulo tiene dos glándulas paratiroideas que controlan el nivel de calcio en el organismo.

Indicaciones de la tiroidectomía:

- Cáncer de Tiroides.
- Nódulo tiroideo
- Boceo multinodular sintomático
- Hipertiroidismo.

Tiroidectomía parcial: Extirpación de un lado de la tiroides y habitualmente del istmo.

Tiroidectomía total: Extirpación de ambos lóbulos.

Objetivos:

- Identificar precozmente los signos y síntomas de posibles complicaciones derivadas de la cirugía.
- Elaborar una guía informativa sobre los cuidados preoperatorios y postquirúrgicos generales y específicos.
- Informar sobre el plan de egreso al usuario y familia.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia: 3 años</p>	<p>Próxima Revisión: 2018</p>

Material:

- Tensiómetro.
- Estetoscopio
- Termómetro
- Historia clínica.
- Balanza.
- Bata desechable
- Guantes de manejo
- Catlon 18.
- Equipo de venoclisis.
- Llave de tres vías.
- Jeringuillas.
- Tubos vacutainer.
- Sachet de alcohol

Personal de apoyo:

- Personal médico.
- Personal de enfermería.
- Trabajadora Social.
- Personal de dietética.
- Secretaria.
- Personal de laboratorio.
- Servicios varios.

Atención en el servicio de cirugía.

- Recibir al paciente y colocarlo en posición semifowler, conservando la alineación de la cabeza, mantener vía periférica permeable.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 signos vitales: presión arterial, pulso, frecuencia respiratoria, temperatura y saturación de oxígeno.
- Administración de O2 PRN.
- Administrar medicación, hidratación, analgésicos y antibiótico según indicación médica.
- Tener listo el coche de paro por razones necesarias.
- Observar las características del apósito de la herida quirúrgica y de los drenajes, los mismos que deben ser identificados y sujetos firmemente.
- Identificar signos de disfagia y afonía.
- Recomendar hablar poco.
- Observar signos de Hipocalcemia y administrar calcio según prescripción médica.
- Evitar hiperextensión brusca de la cabeza
- Colocar hielo local.
- Educación al egreso del paciente sobre: dosis y hora de medicación, dieta, controles médicos y signos de alarma.

Precauciones de enfermería en el servicio de cirugía.

- Dar seguridad y la posición semifowler ayuda a una buena ventilación pulmonar con vías aéreas permeables.
- Valorar la estabilidad hemodinámica del paciente.
- Facilitar una buena ventilación y oxigenación del paciente.
- Aliviar el dolor y prevenir infecciones.
- Observar complicaciones como hemorragias y hematomas.
- No hablar para reducir el edema en las cuerdas vocales.
- Eduque al paciente sobre los cuidados en el domicilio y hable sobre signos de alarma para evitar posibles complicaciones.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

Observaciones

- La enfermera deberá registrar cualquier novedad del estado actual del paciente en la historia clínica con el nombre de la persona responsable de la atención.

Bibliografía.

Asencio, J., Dimetroides, I., (2010). Clínicas quirúrgicas de Norteamérica, (4ª edición). México: Interamericana.

Manjarrez, T., Baptista, R. C. (2009). Tiroidectomía, Rev, Sanid Mil. pp.48, 62-65.

Mosby, & Doyma. (2011). Libros, España, Barcelona.

Principios y Practicas de Enfermería Medico Quirúrgica, Beare Myers 2 Edición, V2,

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE CIRUGÍA DE ESÓFAGO.</p>	<p>Código C. N°6</p>
--	---	---------------------------------

Definición:

- Es la cirugía para extirpar parte o todo el esófago, el conducto que lleva el alimento desde la garganta hasta el estómago. Después de ser extirpado, el esófago se reconstruye de parte del estómago o parte del intestino grueso.

Objetivos:

- Educar al paciente y familiar sobre el proceso de permanencia en el servicio de cirugía.
- Proporcionar atención de calidad en el prequirúrgico y postquirúrgico a paciente sometidos a cirugía de esófago.

Material:

- Fonendoscopio.
- Tensiómetro
- Historia Clínica.
- Equipo para canalizar vía periférica.
- Torundas de alcohol
- Bata desechable.
- Llave de tres vías.
- Jeringuillas.
- Solución Isotónica.
- Guantes de manejo y estériles.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

- Equipo para colocar sonda nasogástrica.

Personal que interviene:

- Personal Médico.
- Personal de Enfermería.
- Trabajadora social.
- Nutricionista.
- Personal de Laboratorio.
- Personal de Limpieza.

Procedimiento

- Nada por vía oral
- Control de signos vitales peso y talla.
- Aseo del paciente: Baño, control de uñas y retiro de esmalte.
- Mantener en ayunas desde las 22 horas.
- Controlar que se encuentre con la vejiga vacía.
- Vestir con gorro, batas y botas quirúrgicas.
- Comprobar la firma de consentimientos, formularios preoperatorios, de preanestesia al antes que baje a sala de operaciones.

Precauciones de enfermería servicio de cirugía:

- Valorar la estabilidad hemodinámica del paciente mediante el control de signos vitales cada 4 horas.
- Facilitar una buena ventilación y oxigenación del paciente.
- Aliviar el dolor y prevenir infecciones.
- Control de ingesta y excreta estricto según la edad del paciente sexo y contextura.
- Valoración cefalocaudal y vigilar la herida quirúrgica, control de apósito y drenajes características y cantidad y registrar.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

- Educar al paciente sobre su alimentación (guía de alimentación Anexo 2)

Bibliografía:

NANDA Lesión postural perioperatoria, riesgo de: (00087).

Patino, J. F. (2010). Trauma abdominal. Lecciones quirúrgicas, (7^a edición). Bogotá DC, Colombia: Editorial Medica Internacional. pp. 875-877.

Teodoro, R. S. (2009). Manual de cirugía, México: Manual Moderno S. A

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE CIRUGÍA DE GÁSTRICA.</p>	<p>Código C. N°7</p>
--	--	---------------------------------

Definición:

Extirpación quirúrgica de todo el estómago o de una parte del órgano dicho procedimiento se utiliza para eliminar ulcera péptica crónica, detener hemorragia en ulcera perforada o extirpar una neoplasia.

Objetivo:

- Satisfacer las necesidades integrales de los pacientes mediante la atención sistematizada de enfermería en los pacientes sometidos a cirugía gástrica, durante el preoperatorio y postoperatorio con eficiencia y eficacia.

Material:

- Tensiómetro.
- Fonoscopio.
- Termómetro.
- Reloj
- Corta uñas.
- Papel Toalla.
- Cata descartable, mascarilla.
- SNG
- Sonda vesical.
- Tirillas de glucosa.
- Glucómetro.
- Jeringuillas.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

- Micro gotero.
- Equipo de venoclisis.
- Solución Isotónicas,
- Medicación.
- Bomba de Infusión
- Equipo de bomba de infusión.
- Llave de tres vías.
- Torundas.
- Esparadrapo.
- Tegaderm.
- Humidificador.
- Monitor.
- Electrodo.

Personal que interviene:

- Personal Médico.
- Personal de enfermería.

Procedimiento

- Mantener la unidad del paciente lista, cama quirúrgica confortable, fuente de oxígeno, bomba de infusión.
- Lavado y desinfección de manos.
- Recibir al paciente en la unidad.
- Valoración hemodinámica del paciente.
- Valorar el estado de conciencia y características del dolor.
- Observar los apósitos quirúrgicos así como las características de los drenajes.
- Valorar respuestas a las medidas analgésicas.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 Oxigenoterapia.
- Vigilar autonomía respiratoria y color de piel y mucosas.
- Identificar fecha y sitio de colocación de los drenajes.
- Asegurar la SNG.
- Vigilar ruidos intestinales, presencia de náusea y vómito característicos del mismo, sintomatología de retención urinaria.
- Registrar la frecuencia y aspectos de deposiciones.
- Observar signos de infección de herida quirúrgica.
- Realizar movilización progresiva, sentarle en la cama a la silla y asistirle en la deambulación.
- Enseñar al paciente el uso de incentímetro y ejercicios respiratorios.
- Realizar ingesta y eliminación y registrar.
- Realizar el informe de enfermería.

Precauciones de enfermería:

- La valoración constante de los signos vitales y el estado general del paciente son imprescindibles para detectar precozmente cualquier complicación.
- Colocar la SNG ayuda al paciente a descomprimir el estómago, evitando de esta manera vómito, al eliminar el aire y los líquidos retenidos.
- Mantener permeable la vía parenteral ya que esta permite la administración de nutrición parenteral, hidratación y administración de medicamentos durante la recuperación del paciente, hay que tomar en consideración que debe existir una sola vía para la nutrición parenteral.
- Para evitar complicaciones es importante tener exhaustividad en fijar los drenajes.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

- Un informe detallado posibilita una oportuna comunicación interprofesional y garantiza el restablecimiento integral del paciente.

Bibliografía:

Harrison, T. R. (2005). Principios de Medicina Interna. 16 ED.
Interamericana Mc. Graw- Hill

Manual de Protocolos y Actuación de Enfermería en Urgencias. (2010).
SEMES, Castilla – La Mancha

NANDA Lesión postural perioperatoria, riesgo de: (00087)

Motilidad gastrointestinal disfuncional, riesgo de: (00197)

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE ESPLENECTOMÍA.	Código C. N°8
---	---	----------------------

Definición:

- El bazo ayuda al cuerpo a combatir los gérmenes y las infecciones e igualmente ayuda a filtrar la sangre. Un propósito es la eliminación de los glóbulos rojos viejos y plaquetas, así como la detección y la lucha contra ciertas bacterias. Funciona como un sitio para el desarrollo de nuevos glóbulos rojos de los progenitores hematopoyéticos de células madre, y en particular en situaciones en las que la médula ósea, el lugar normal para este proceso, se ha visto comprometida por un trastorno como la leucemia . El bazo podría ser agrandado por una variedad de condiciones tales como la malaria, mononucleosis y con mayor frecuencia en los cánceres de los vasos linfáticos, como los linfomas o leucemia.

Causas:

Es extraído en las siguientes circunstancias:

- Cuando se hace muy grande que se torna destructiva para las plaquetas y células rojas.
- Trastornos de la sangre, como púrpura trombocitopenia idiopática, esferocitosis hereditaria, eliptocitosis y talasemia.
- Para el diagnóstico de ciertos linfomas.
- Se realiza en caso de coágulos de sangre (trombosis) en los vasos sanguíneos del bazo.
- Enfermedad hepática, específicamente cirrosis.
- Bazo afectado debido a un trastorno, como leucemia, VIH,.
- La propagación del cáncer gástrico en el tejido esplénico.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

- Traumatismo grave o fisura del bazo. Un ejemplo de traumatismo podría ser un golpe en el abdomen por un evento deportivo.

Objetivo:

- Educar al paciente y familia acerca de la cirugía.
- Valorar el estado del paciente y familia acerca de la cirugía.
- Brindar los cuidados necesarios para una pronta recuperación.

Material:

- Historia Clínica.
- Oxígeno.
- Monitor.
- Tensiómetro.
- Fonendoscopio.
- Jeringuillas.
- Sondas Naso Gástrica y Vesical.
- Semiluna.
- Gasas.
- Esparadrapo.
- Guantes de manejo.
- Material de Higiene.

Personal que interviene:

- Personal Médico y de Enfermería.

Procedimiento.

- 1) Examinar la permeabilidad de las vías respiratorias

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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) Aspirar el exceso de secreciones, al ser audibles en orofaringe o nasofaringe.
- 3) Conectar al paciente al sistema para administración de oxígeno e iniciar la administración de oxígeno húmedo nasal o por mascarilla, a 6 l/min. O según esté indicado.
- 4) Monitorizar al paciente sus signos vitales, y mantener la observación de los mismos.
- 5) Colocar al paciente en decúbito lateral con extensión del cuello, si no está contraindicado.
- 6) Vigilar los signos vitales cada 5 a 15 minutos según lo requiera el estado del paciente.

Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardíacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).

- a) Los datos nos darán la pauta para el tratamiento.
Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)

- 7) Mantener en NPO al paciente.
- 8) Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Vigilar la diuresis horaria.
- 9) Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.
- 10) Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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) Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría.
- 12) Observar los apósitos y drenes quirúrgicos cada media hora o cada hora según las condiciones del paciente.
- a) Realizar anotaciones sobre la cantidad, color del material que está drenando en apósitos, sondas y drenes.
 - b) Comunicar al médico si existe una cantidad excesiva.
 - c) Verificar que los apósitos estén bien colocados y seguros.
- 13) Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.
- a) Colocar los barandales laterales de la camilla.
 - b) Proteger las extremidades de la flebopunción de manera que el catéter no se desconecte accidentalmente.
 - c) Practicar cambios de posición del paciente y conservar la alineación correcta de su cuerpo.
- 14) Valorar la presencia de dolor.
- a) Observar manifestaciones fisiológicas y de conducta.
 - b) Administrar analgésico según indicaciones médicas y observar la respuesta del paciente.
- 15) Vigilar el vendaje de protección de la herida quirúrgica (si está bien colocado) que no presente demasiada presión o poca que no cumpla su efectividad.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

Precauciones de enfermería:

- La posición decúbito lateral favorece una adecuada ventilación pulmonar.
- La, húmedo administración de O2 húmedo favorece la fluidificaciones de secreciones y facilita su respiración.
- Una buena información disipa angustias, inquietudes del paciente y así colabora para su pronta recuperación.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN PACIENTES SOMETIDOS A TRATAMIENTO DE COLOSTOMÍAS.</p>	<p>Código C. N°9</p>
--	--	-----------------------------

Definición:

- Es una apertura que se hace en el colon con cirugía. Después que se hace la apertura, el colon se trae a la superficie del abdomen para permitir a las heces salir de su cuerpo. A la apertura en la superficie del abdomen se le llama estoma. Las heces salen del colon por el estoma y drenan en una bolsa.

Tipos de colostomía

- Los tipos de colostomía están relacionados al lugar en el colon donde se hace la cirugía.
- Colostomía ascendente: Esta colostomía tiene un estoma (apertura) que se localiza en el lado derecho del abdomen. Las heces que drenan de este estoma están en forma líquida.
- Colostomía transversa: Esta colostomía tiene un estoma que se localiza en el abdomen superior hacia el centro o en el lado derecho. Las heces que drenan de este estoma pueden ser sueltas o suaves.
- Colostomía descendente o de sigmoides: Esta colostomía tiene un estoma que se localiza en la parte inferior izquierda de su abdomen. Las heces que drenan de este estoma son firmes.

Objetivo:

- Conocer los cuidados de enfermería que se deben tener para en buen cuidado de la colostomía.,
- Educar al paciente sobre su autocuidado.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

Material:

- Tensiómetro
- Fonendoscopio.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Suero fisiológico.
- Gasas.
- Bolsas de drenajes.
- (con Aro o adhesivo)

Personal que interviene:

- Personal de Enfermería.
- Nutricionista.
- Auxiliares de Enfermería
- Personal de Limpieza.

Procedimiento:

- Valoración física del paciente
- Valoración continuada sobre posibles complicaciones inmediatas
- Valorar condición hemodinámica del paciente osteomizado.
- Vigilar el estado del Estoma:
 - Valorar el color y aspecto.
 - Adecuar el dispositivo más apropiado para este periodo {bolsa transparente abierta sin filtro}.
- Estar alerta si existe signos de:
 - Alteraciones de las constantes vitales
 - Alteraciones hemodinámicas
- Valorar si existe alteraciones de la herida quirúrgica tales como:

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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: Si existe la presencia de color negro parduzco de la mucosa, esto puede ser debido al estrangulamiento de los vasos al incluirlos en un punto cuando se realiza el cierre del espacio lateral o bien a la torsión del colon al exteriorizarlo. Es necesaria la reintervención si la zona necrótica se extiende a capas profundas y afectas a todo el colon extraperitoneal.

- Controlar el color de la mucosa del estoma.
- Colocar un dispositivo transparente.
- Si la necrosis es parcial se resecará la zona necrótica.
- Si existe Hemorragia: Colocar un dispositivo transparente y adecuado al diámetro del estoma, vigilar la zona de sangrado por si fuera necesario dar un punto.
- Controlar la Dehiscencia: (separación mucocutánea que puede afectar a toda o a parte de la circunferencia del estoma) si es preciso volver a suturarlo para evitar una estenosis.
- Vigilar si existe edema: si existe colocar compresas de suero fisiológico frío.
- Educar al paciente sobre autocuidados valorando su estado físico y emocional.

Observaciones:

- Antes del alta, verificar si el paciente es capaz de realizar los autocuidados de su ostomía y el manejo de dispositivos sin ayuda en su domicilio.

Referencia:

- NANDA Lesión postural perioperatoria, riesgo de: (00087)
- Motilidad gastrointestinal disfuncional, riesgo de: (00197)
- Perfusión gastrointestinal ineficaz, riesgo de: (00202)

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS (FENTANILO)	Código C. N°10
--	--	---------------------------

Definición:

- El **fentanilo** es un agonista narcótico sintético opioide utilizado en analgesia y anestesia, con una potencia aproximada 77 veces mayor que la morfina. Por vía intravenosa, tiene un comienzo de acción menor a 30 segundos y un efecto máximo de 5 a 15 minutos, con una duración de la acción de 30 a 60 minutos. Por vía epidural o intradural, el comienzo de la acción es de 4 a 10 minutos, el efecto máximo se alcanza en unos 30 minutos y la duración es de 1 a 2 horas. Se elimina fundamentalmente por metabolismo hepático.

Farmacocinética:

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 1.5-6 horas atraviesa la placenta esta presenta en la leche materna y se desconoce por cual vía se elimina.

Indicaciones:

- Para anestesia de corta duración durante el periodo de anestésico y en el postoperatorio inmediato.
- Como anestésico en anestesia general y regional.
- Como pre medicación anestésica, para inducción anestésica y para reforzar la anestesia general y regional.
- Como anestésico conjuntamente en pacientes de alto riesgo.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 paciente con hipersensibilidad al fentanil u opioides.
- Se debe utilizar con precaución en pacientes con bradicardia convulsiones, lactancia falla renal antecedentes de drogas.
- La administración de este fármaco por vía IV se debe realizar por personal entrenado para administrar analgésicos por esta vía y que este en capacidad para resolver los efectos adversos.
- Existe incompatibilidad con la Azitromicina, lidocaína, fenobarbital sódico, Fluorocilo, Fenitoina y Tiopental.

Efectos adversos

- A nivel del SNC existe confusión, astenia, sedación, convulsiones, depresión, ansiedad, mareo, cefalea nerviosismo.
- Hay arritmias, dolor torácico, hipertensión, embolia pulmonar.
- Hay retención urinaria, rigidez muscular.
- Diaforesis, prurito, eritema, dependencia física.

Interacciones:

- Hay que tener mucho cuidado si se quiere combinar el fentanilo con otras sustancias ya que se trata de un opioide de fuerte potencia que actúa sobre el sistema nervioso central. Esto significa que sería peligroso combinarlo con otros psicodépresores como el etanol, la heroína o la metadona porque produciría cualquiera de los síntomas descritos anteriormente, adicción al fármaco o la muerte.

Si se combinara con anfetaminas, fenotiacinas, antidepresivos o tricíclicos habría de aumentar la depresión respiratoria.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

Responsabilidades de enfermería

- La enfermera debe conocer antecedentes de hipersensibilidad a la droga u otro analgésico opiode.
- Cuando el paciente reciba esta medicación, la enfermera debe controlar los datos vitales con el siguiente esquema: Temperatura, FC, FR, T/A cada 4 horas, FR cada dos horas, posteriormente cada 8 horas. Si el paciente está estable. También debe controlar la saturación de oxígeno en forma continua por 24 horas. En caso del que paciente presente FR de menos de 6 o saturación de O2 de menos de 86% (en dos valoraciones separadas en menos de 5 min) se administrara Nalaxona 0,1 a 02, mg IV, se puede repetir hasta un total de 0,6 mg se administra 2 a 10 litros x min mediante mascarilla.
- Valorar los reflejos, tamaño de las pupilas, la capacidad visual, pruebas de función renal y hepática.
- El paciente debe saber que puede experimentar efectos colaterales, mareo confusión sedación, alteraciones visuales, nausea vomito pérdida de apetito.

Observaciones

- Indicar al paciente q debe reportar de inmediato la presencia de nausea, vomito, palpitaciones, dificultad respiratoria.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS (TRAMADOL)</p>	<p>Código C. N°11</p>
--	--	----------------------------------

Definición:

- El **tramadol** es un analgésico de tipo opioide que alivia el dolor actuando sobre células nerviosas específicas de la médula espinal y del cerebro. Su comportamiento es atípico comparado con otros opioides del tipo de la morfina, ya que a pesar de tener un agonismo relativamente débil sobre los receptores opioides, su efecto analgésico en gran parte se debe a su acción en el sistema de neurotransmisores, ya que libera serotonina e inhibe la receptación de la norepinefrina

Farmacocinética

- Se metaboliza en el hígado en un tiempo promedio de 6- a 7 horas, atraviesa la placenta se elimina en la orina.

Indicaciones:

- Para tratar el dolor crónico moderado y severo.

Contraindicaciones:

- Pacientes con hipersensibilidad a tramadol.
- Intoxicaciones agudas originadas por alcohol, hipnóticos, analgésicos, opioides o psicotrópicos.
- Pacientes con epilepsia que no esté controlada con tratamiento.
- Tratamiento del síndrome de abstinencia morfínico.
- No debe usarse en menores de 12 años.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

- Especial control en pacientes con insuficiencia renal o hepática.

Efectos adversos:

- Confusión, mareo, somnolencia, vértigo, convulsiones, ansiedad, euforia alteraciones del sueño nerviosismo.
- Alteraciones visuales, náusea, vómito, dolor abdominal, anorexia, dispepsia, sequedad de la boca.
- Síntomas menopáusicos, proteinuria, retención urinaria.
- A nivel respiratorio depresión
- respiratoria.
- Además puede existir diaforesis prurito y rash.

Interacciones:

- Con las carbamazepinas aumenta el metabolismo del tramadol, si el paciente recibe tratamiento con 800 mg diarios de Carbamazepina puede necesitar doblar la dosis recomendada por el doctor.
- Con opioides receptores del SNC puede causar efectos adictivos si es necesario se reducirá la dosis del tramadol.
- Con la Quinidina puede aumentar el nivel de tramadol.
- Con el alcohol puede tener efectos aditivos.

Responsabilidades de enfermería.

- La enfermera debe conocer antecedentes de alergias al tramadol, embarazo intoxicación con alcohol, opioides. Drogas analgésico que actúan a nivel del SNC.
- Debe valorar el color de la piel, textura, lesiones, reflejos, ruidos intestinales, pruebas de función renal, control de eliminación.
- Debe valorar las características del dolor cada 30 minutos.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 valorar las características de la respiración, si son menos de 10 respiraciones, debe comunicar al médico y no administrar la medicación.
- En el paciente que tenga tendencia suicidas puede aumentar si al momento toma antidepresivos o ansiolíticos y tramadol.
- Se debe controlar al función de la vejiga y el intestino.
- Para optimizar el efecto analgésico se debe administrar antes que aparezca el dolor en forma intensa.
- En caso de sobre dosis la nalaxona puede incrementar el riesgo de convulsiones.
- El tramadol causa dependencia similar a la que produce la codeína y por lo tanto es peligroso el abuso.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANALGÉSICOS (KETOROLACO)</p>	<p>Código C. N°12</p>
--	--	----------------------------------

Definición:

- El ketorolaco (también llamado trometamina ketorolaco) es un antiinflamatorio no esteroideo (AINE) de la familia de los derivados heterocíclicos del ácido acético, con frecuencia usado como analgésico, antipirético (reductor de la fiebre), y antiinflamatorio. Es el primer AINE para uso endovenoso y actúa inhibiendo la síntesis de prostaglandinas.

Farmacocinética:

Se metaboliza en el hígado en tiempo promedio de 2.2-8.6 horas, atraviesa la placenta está presente en la leche materna y se elimina en la orina.

Indicaciones:

- El ketorolaco está indicado para el tratamiento a corto plazo (hasta 5 días) del dolor moderado a severo

Contraindicaciones:

- Está contraindicado durante el parto.
- Está contraindicado en pacientes con hipersensibilidad demostrada al KETOROLACO TROMETAMINA u otros AINES, así como en pacientes con antecedentes de alergia al ácido acetilsalicílico u otros

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

inhibidores de la síntesis de prostaglandinas pues se han descrito reacciones anafilácticas graves en estos pacientes.

- Por su efecto antiagregante plaquetario, está contraindicado como analgésico profiláctico antes o durante la intervención quirúrgica, dado el riesgo de la hemorragia.
- Inhibe la función plaquetaria por lo que está contraindicado en pacientes con hemorragia cerebro vascular posible o confirmada, pacientes sometidos a operaciones con riesgo importante de hemorragia, pacientes con hemostasia incompleta o en pacientes con alto riesgo de hemorragia.

Efectos adversos

- **Generales:** Aumento de peso, edema, astenia, mialgias, hiponatremia, hipercaliemia, anafilaxis, broncospasma e hipotensión.
- **Gastrointestinales:** Hemorragia gastrointestinal, rectorragia, melena, náusea, úlcera péptica, dispepsia, diarrea, dolor gastrointestinal, flatulencia, constipación, disfunción hepática, sensación de plenitud, -estomatitis, vómito, gastritis y eructos, hepatitis, ictericia colestásica, insuficiencia hepática, síndrome de Lyell, síndrome de Stevens-Johnson, dermatitis exfoliativa.
- **Respiratorias:** Asma y disnea.
- **Cardiovasculares:** Rubor, palidez e hipertensión.
- **Hematológicas:** Púrpura.
- **Urogenitales:** Polaquiuria, oliguria y hematuria, insuficiencia renal, síndrome urémico hemolítico.
- **Sentidos especiales:** Alteraciones del gusto, anomalías de la vista, *tinnitus*.
- **Dermatológicos:** Prurito, urticaria, rash.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 nervioso central:** Somnolencia, mareo, sudoración, cefalea, boca seca, nerviosismo, parestesia, depresión, euforia, dificultad para concentrarse, insomnio y vértigo. Convulsiones, alucinaciones, hipercinesias, hipoacusia, meningitis aséptica, sintomatología extrapiramidal.
- En pacientes hipovolémicos o con volumen circulante disminuido se puede originar insuficiencia renal aguda, por lo que la administración de KETOROLACO TROMETAMINA deberá ser cuidadosa.

Interacciones:

- La furosemida disminuye su respuesta diurética al administrarse concomitantemente con KETOROLACO TROMETAMINA.
- La administración conjunta de KETOROLACO TROMETAMINA e inhibidores de la ECA incrementa el riesgo de daño renal.
- Aumenta el riesgo de hemorragia con los anticoagulantes como la Warfarina, Aspirina.
- Con Anticonvulsivantes como la Fenitoina y la carbamazepina, puede aumentar las convulsiones.
- Con el jengibre y el ajo puede aumentar el riesgo de hemorragia.

Responsabilidad de la enfermera en la administración de ketorolaco.

- La enfermera debe conocer los antecedentes de daño renal y hepático alteraciones auditivas, problemas GI y cardiovasculares.
- Valorará e color de la piel, presencia de reflejos, condiciones audimétricas, y oftalmológicas, edema, exámenes de hemorragia y coagulación, presencia de sangre en heces.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 vigilar por posible presencia de problemas cardiovasculares, hemorragia GI.
- Las ampollas deben mantenerse protegidas de la luz.
- Debe reportar presencia de fiebre , edema en codos o dedos, cambios en la visión, sequedad de garganta prurito, incremento de peso deposiciones oscuras
- Debe saber que no debe tomar otros analgésicos no esteroideos cuando toma ketorolaco.
- Sugiere que se debe mantener una adecuada ingesta de líquidos.

Observaciones

- La enfermera debe enseñar al paciente signos hepatotoxicidad como nausea, fatiga letargia ictericia, sensibilidad del cuadrante superior derecho y si esto ocurre suspender la medicación y acudir donde el medico de inmediato.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS (AMPICILINA + SULBATAM - UNASYN)</p>	<p>Código C. N°13</p>
--	---	----------------------------------

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 de 10 a 24 horas en pacientes con severo daño renal.

Indicaciones:

- La ampicilina/sulbactam se indica en medicina para el tratamiento de infecciones causadas por bacterias resistentes a los antibióticos betalactámicos. El sulbactam, por su parte, bloquea la enzima que desnaturaliza a la ampicilina, permitiendo que la bacteria quede indefensa ante el ataque del antibiótico.
- La ampicilina/sulbactam se usa también cuando la causa de la infección es desconocida, es decir, como tratamiento empírico. Las infecciones intraabdominales como la peritonitis. De importancia es que esta combinación medicamentosa no tiene efectividad en contra de la *Pseudomonas aeruginosa*,^[1] por lo que no debe ser usada sin adyuvantes cuando este microorganismo es la causa de la infección o se sospeche de su presencia. se debe ser muy cuidadoso

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

Si este microorganismo es la causa de la infección ya que puede causar problemas mayores.

Contraindicaciones:

- En pacientes sensibles a la ampicilina o las cefalosporinas ya que pueden presentar sensibilidad cruzada.
- En pacientes con mononucleosis ya que existe la posibilidad de rash mocolopular.

Efectos adversos:

- Puede existir disminución de los 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 Clinest.

Interacciones:

- Con los anticoagulantes por vía oral se incrementa el riesgo de sangrado.
- Con los anti conceptivos por vía oral disminuya la efectividad por lo que se recomienda cambiar de método.
- Con el alopurinol se incrementa el riesgo de rash-

Responsabilidades de enfermería:

- Debe conocer las pruebas funcionales renales ya que al recibir este fármaco y si hay alteraciones del funcionamiento renal se deberá disminuir la dosis.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 conocer que el paciente en mal estado general o que recibe fármacos inmunosupresores y si reciben tratamientos por periodos prolongados existe la posibilidad de infección micotica.
- Vigilar signos de reacciones alérgicas y preguntar que aunque no haya presentado antecedentes alérgicos existe la posibilidad que el paciente presente en cualquier ocasión.
- Si va diluir en infusión se debe diluir con 50-10cc de diluyente seleccionado y administrarlo en 15 -30 min.
- Si el paciente recibe antibiótico bacteriostático este fármaco deberá recibirlo por lo menos con una hora de anterioridad.
- Este fármaco es incompatible con la amidorona, amikacina, eritromicina, ciprofloxaciano, gentamicina, hidrocortisona, kanamicina, ondasetron.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS (CEFAZOLINA)</p>	<p>Código C. N°14</p>
--	---	----------------------------------

Mecanismos de acción:

- Inhibe la síntesis de la pared celular, provoca inestabilidad osmótica, usualmente es bactericida.

Farmacocinética:

- Tiene una vida media de 1-2 horas.

Indicaciones:

- Pielonefritis, de piel y tejido blando, biliar, osteoarticular, septicemia, endocarditis; profilaxis en cirugía contaminada o infección de herida quirúrgica con riesgo importante.

Contraindicaciones:

- Esta contraindicado con alergia a esta droga o a otras cefalosporinas.
- Se debe usar con precaución en pacientes alérgicos a la penicilina ya que pueden presentar sensibilidades cruzadas.
- Precaución al utilizar en paciente con problemas gastrointestinales o colitis.
- En paciente con problemas renales.

Efectos adversos:

- Dolor inflamación en el sitio de punción.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

- A nivel gastrointestinal puede haber diarrea, colitis, dolor abdominal, anorexia, prurito anal, candidiasis oral.
- Prurito genital candidiasis y vaginitis.
- Puede haber neutropenia, leucopenia, trombocitopenia, eosinofilia.
- A nivel de piel presencia de maculopailar, eritema rash, urticaria, prurito, dolor síndrome de Stevens Johnson.

Interacciones:

- Con los aminoglucosidos se puede incrementar el riesgo de nefrotoxicidad.
- Con los anticoagulantes se incrementa el riesgo de anticoagulación.
- Con el probenecid se disminuye la eliminación de este fármaco.

Responsabilidades de enfermería.

- Antes de administrar se debe conocer antecedentes de alergias a la penicilina o cefalosporinas.
- Este fármaco se puede diluir con agua estéril o con solución salina isotónica.
- Se debe sacudir fuertemente hasta que no haya grumos.
- Para administrar directamente a la vena se deberá diluir con 5cc de agua estéril se administra en una vena de buen calibre en un tiempo no menos de 3-5min.
- Si el tratamiento está indicado por un periodo mayor a tres días se debe alternar los sitios de punción.
- La droga reconstituida al medio ambiente será válida por 24 horas y por 10 días refrigerada.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS (CEFTRIAXONA)</p>	<p>Código C. N°15</p>
--	--	----------------------------------

Mecanismos de acción

- Es una cefalosporina de tercera generación, bactericida que inhibe la síntesis de la pared celular causando la muerte.

Farmacocinética.

- Tiene una vida media de 5-10 horas, atraviesa la placenta, esta presente en la leche materna, se elimina en bilis y en orina.

Indicaciones:

- Es un antibiótico bactericida, de acción prolongada para uso parenteral, y que posee un amplio espectro de actividad contra organismos grampositivos y gramnegativos.

Contraindicaciones:

- Está contraindicada en pacientes con hipersensibilidad conocida a las cefalosporinas; en pacientes sensibles a la penicilina se deberá considerar la posibilidad de reacciones alérgicas cruzadas.
- Cuando existe enfermedad hepática y renal combinada se debe disminuir la dosis. En los recién nacidos con ictericia existe el riesgo de que ocurra encefalopatía secundaria

Debida a un exceso de bilirrubina, ya que CEFTRIAXONA compite con ésta, en relación con su unión a la albúmina sérica.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

Efectos adversos

- A nivel gastrointestinal puede producir colitis pseudomembranosa, diarrea.
- A nivel hematológico: eosinofilia, leucopenia.
- A nivel de piel: dolor, sensibilidad en el sitio de la administración del fármaco rash.
- Puede existir reacciones de hipersensibilidad leve hasta anafilaxia.
- Puede haber convulsiones, flebitis y tromboflebitis.

Interacciones

- Se ha reportado aumento en la nefrotoxicidad por parte de los aminoglucósidos cuando se administran en forma conjunta con CEFTRIAXONA.
- Se ha observado que los niveles de la ciclosporina sérica se aumentan cuando se administra de manera concomitante con CEFTRIAXONA (por lo que se aumenta su toxicidad y con ello provoca disfunción renal).
- De acuerdo con la literatura disponible, CEFTRIAXONA tampoco es compatible con amsacrina, y fluconazol, walfarina.

Responsabilidades de enfermería.

- Si se administra dosis grandes o en forma prolongada es un paciente de riesgo por lo que requerirá vigilancia continua.
- Puede ser necesario la utilización de Vitamina K en pacientes con alteraciones en la síntesis de esta vitamina o con cantidades insuficientes de las mismas.
- Cuando el paciente va a recibir el fármaco por vía IM o IV se debe conocer antecedentes de alergias a penicilinas o cefalosporinas.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 se administra por microgotero se lo hará en 15 a 20 min.
- Para disolver 500mg se añadirá 5 cc de agua estéril y 10cc para disolver 1-2 d, se agitará vigorosamente por la presencia de bióxido de carbono resultante de esta dilución.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>PROTOCOLO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA. EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ANTIBIÓTICOS (METRONIDAZOL)</p>	<p>Código C. N°15</p>
--	---	----------------------------------

Mecanismos de acción

- Actúa directamente contra las amebas y tricomonas en la parte interna y la externa del intestino. En células del organismo 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 se elimina en orina y heces.

Indicaciones

- En infecciones agudas por bacterias anaerobias susceptibles
- Como profilaxis en el preoperatorio, trans-operatorio y postoperatorio de cirugías colon rectales.
- También se utiliza como profilaxis en pacientes con cirugías ginecológicas, encefalopatía hepática enfermedad de Crohn, en colitis pseudomembranosa asociada a antibiótico terapia.

Contraindicaciones:

- En pacientes con hipersensibilidad al Metronizadol
- No debe utilizarse cuando hay antecedentes de discrasias sanguíneas, problemas del SNC o cambios en la retina o alteraciones del campo visual.

<p>Elaborado: Lcda. María José Rueda</p>	<p>Revisado por:</p>	<p>Aprobado:</p>	<p>Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería</p>
<p>Fecha de elaboración: Marzo 2015</p>	<p>Fecha de inicio de aplicación:</p>	<p>Vigencia:3 años</p>	<p>Próxima Revisión:2018</p>

Efectos adversos:

- Hay ataxia convulsiones, mareo confusión irritabilidad, debilidad, depresión, neuropatía periférica.
- Hay dolor en el pecho arritmias cardiacas hay aplanamiento en la onda T tromboflebitis cuando se administra por vía IV.
- Hay nausea vomito dolor abdominal, calambres, estomatitis, diarrea constipación, boca seca y sabor metálico, color obscuro de la orina.
- A nivel hematológico hay neutropenia y leucemia.

Interacciones:

- Disminución con la efectividad de los barbitúricos.
- Aumenta la tendencia de hemorragias con los anticoagulantes orales.
- Con la Cimetidina se incrementa la toxicidad del metronidazol ya que inhibe le metabolismo hepático.
- Con el fenobarbital y la fenitoina puede disminuir la efectividad del metronidazol puede reducir la eliminación de la fenitoina.

Responsabilidades de enfermería.

- Se debe tener precaución en pacientes con antecedentes de problemas hematológicos alteraciones neurológicas, alteraciones de retina o campo visual.
- Debe conocer si el paciente tiene antecedentes de alcoholismo, enfermedad hepática o que tome drogas hepatotóxicas.
- El paciente debe saber que no debe ingerir luego de las 24-72 horas de que haya terminado el tratamiento ya que puede presentar severas reacciones.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	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 orina cambiara a un color oscuro.
- Debe reportar al médico si presenta cualquier síntoma neurológico como convulsiones, neuropatías periféricas.
- Existe incompatibilidad con el aluminio, amoxicilina sódica, aminoácidos al 10%, anfotericina B, ceftriaxone, dopamina, walfarina, meropenem.

Elaborado: Lcda. María José Rueda	Revisado por:	Aprobado:	Responsable de la Aplicación: Personal de Enfermería
Fecha de elaboración: Marzo 2015	Fecha de inicio de aplicación:	Vigencia: 3 años	Próxima Revisión: 2018

4.2.2. Seguimiento y evaluación estándares.

	ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA DE INDICADORES DE GESTION DE PUESTO.	CÓDIGO C N.- 1
---	--	-----------------------

PARAMETROS DE EVALUACIÓN

Descripción de Actividades	Indicador	Meta	Cumplidos	% de Cumplimiento	Nivel de cumplimiento
Elaborar, Monitorear y Evaluar el modelo de Gestión de Enfermería	# de evaluaciones realizadas/ # de evaluaciones planificadas	6			
Ejecutar monitorear y evaluar los lineamientos del Plan Estratégico y Operativo de la Gestión de Enfermería	# de evaluaciones realizadas/ # de evaluaciones planificadas	6			
Participar y Coordinar en la Gestión de RRHH en el proceso de selección e inducción del personal de Enfermería	Número de selecciones realizadas en el año				
Elaborar Plan Anual de Abastecimientos de Recursos Materiales, equipamiento e insumos	# de Planes elaborados / # de Planes ejecutados				
Ejecutar mecanismos de Comunicación y Coordinación con todos los departamentos de la Institución	# de reuniones realizadas/# de reuniones planificadas				

El cumplimiento de los indicadores es igual al 100%.

 Ministerio de Salud Pública	ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA PARA INGRESO AL SERVICIO DE CIRUGÍA Y TIROIDECTOMÍA	CÓDIGO C N.- 2
---	---	---------------------------

ORD	CRITERIO	% DE CUMPLIMIENTO		
		SI	A VECES	NO
1	El personal de enfermería llega a tiempo a recibir el turno			
2	La enfermera de turno recibe al paciente y educa sobre la intervención quirúrgica.			
3	Controla el estado hemodinámico del paciente.			
4	Respetar la intimidad del paciente			
5	Controlar que los exámenes de laboratorio, chequeo cardiológico, EKG, se encuentren actualizados.			
6	Controla Aseo del paciente: Baño, control de uñas y retiro de esmalte			
7	Comprobar la firma de consentimientos, formularios preoperatorios , de preanestesia al antes que baje a sala de operaciones			
8	Una vez intervenido el paciente comprueba las características del apósito de la herida quirúrgica y de los drenajes			
9	Observar signos de Hipocalcemia y administrar calcio según prescripción médica.			
10	Administrar medicación, hidratación, analgésicos y antibiótico según indicación médica.			
11	Identificar signos de disfagia y afonía.			
12	Educación al egreso del paciente sobre, dosis y hora, alimentos permitidos y no permitidos, controles médicos y signos de alarma.			
13	Total			

El cumplimiento de los 12 indicadores es igual al 100%.

 Ministerio de Salud Pública	ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA PARA EL CIRUGÍA DE ESÓFAGO.	CÓDIGO C N.- 3
---	---	---------------------------

ORD	CRITERIO	% DE CUMPLIMIENTO		
		SI	A VECES	NO
1	El personal de enfermería llega a tiempo a recibir el turno			
2	La enfermera de turno recibe al paciente y educa sobre la intervención quirúrgica.			
3	Controla el estado hemodinámico del paciente.			
4	Respetar la intimidad del paciente			
5	Controlar que los exámenes de laboratorio, chequeo cardiológico, EKG, se encuentren actualizados.			
6	Controla Aseo del paciente: Baño, control de uñas y retiro de esmalte			
7	Comprobar la firma de consentimientos, formularios preoperatorios, de preanestesia al antes que baje a sala de operaciones			
8	Una vez intervenido Valora cefalocaudal y vigilar la herida quirúrgica, control de apósito y drenajes características y cantidad y registrar.			
9	Controla la ingesta y excreta estricto según la edad del paciente sexo y contextura			
10	Administrar medicación, hidratación, analgésicos y antibiótico según indicación médica.			
11	Educación al egreso del paciente sobre, dosis y hora de medicamentos, alimentos permitidos y no permitidos, controles médicos y signos de alarma.			
13	Total			

El cumplimiento de los 11 indicadores es igual al 100%.

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA PARA CIRUGÍA GÁSTRICA.</p>	<p>CÓDIGO C N.- 4</p>
--	---	------------------------------

ORD	CRITERIO	% DE CUMPLIMIENTO		
		SI	A VECES	NO
1	El personal de enfermería llega a tiempo a recibir el turno			
2	La enfermera de turno recibe al paciente y educa sobre la intervención quirúrgica.			
3	Controla el estado hemodinámico del paciente.			
4	Durante el proceso de entrevista la enfermera deberá preguntar los y valorar los siguientes datos Cirugías anteriores, Enfermedades, Alergias a fármacos.			
5	Controlar que los exámenes de laboratorio, chequeo cardiológico, EKG, se encuentren actualizados.			
6	Comprobar la firma de consentimientos, formularios preoperatorios , de preanestesia al antes que baje a sala de operaciones			
8	Una vez intervenido Valora cefalocaudal y vigilar la herida quirúrgica, control de apósito y drenajes características y cantidad y registrar.			
9	Administra oxígeno terapia.			
10	Administrar medicación, hidratación, analgésicos y antibiótico según indicación médica.			
11	Controla y la ingesta y excreta estricto según la edad del paciente.			
12	Vigila ruidos intestinales , presencia de náusea y vómito características del mismo, sintomatología de retención urinaria			
13	Realiza movilización progresiva, sentarle en la cama a la silla y asistirle en la deambulación temprana.			
14	Verifica si se encuentra bien colocada la SNG.			
15	Educación al egreso del paciente sobre, dosis y hora de medicamentos, alimentos permitidos y no permitidos, controles médicos y signos de alarma.			
	Total			

El cumplimiento de los 15 indicadores es igual al 100%.

 <p>Ministerio de Salud Pública</p>	<p>ESTÁNDARES DE ENFERMERÍA PARA ESPLENECTOMÍA.</p>	<p>CÓDIGO C N.- 5</p>
--	--	------------------------------

ORD	CRITERIO	%	DE
-----	----------	---	----

		CUMPLIMIENTO		
		SI	A VECES	NO
1	La enfermera de turno recibe al paciente y educa sobre la intervención quirúrgica			
2	Controla el estado hemodinámico del paciente			
3	Examina la permeabilidad de las vías respiratorias			
4	Aspira el exceso de secreciones, al ser audibles en orofaringe o nasofaringe			
5	Vigila la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual.			
6	Observa los apósitos y drenes quirúrgicos cada media hora o cada hora según las condiciones del paciente			
7	Administrar medicación, hidratación, analgésicos y antibiótico según indicación médica.			
8	Controla y la ingesta y excreta estricto según la edad del paciente.			
9	Registra todas las novedades del paciente en la historia clínica.			
10	Educación al egreso del paciente sobre, dosis y hora, alimentos permitidos y no permitidos, controles médicos y signos de alarma.			
	Total			

El cumplimiento de los 10 indicadores es igual al 100%.

	ESTÁNDARES DE LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR PARTE DE LA ENFERMERA.	CÓDIGO C N.- 6
--	---	-----------------------

ORD	CRITERIO	% DE CUMPLIMIENTO		
		SI	A VECES	NO

1	Se actualiza continuamente en la farmacología.			
2	Prepara los medicamentos en un sitio seguro con suficiente espacio, luz temperatura adecuada, y adecuada ventilación.			
3	Establece protocolos de enfermería que aseguren la administración segura de medicamentos.			
4	Establece la dosis única de los fármacos para cada paciente en colaboración con farmacia.			
5	Se prepara la medicación IV o epidurales en farmacia (NPT).			
6	Toda medicación Iv se encuentra rotulada con el nombre de la sustancia que contiene la solución fecha de preparación y nombre del responsable.			
7	Se aplica los diez correctos al administrar medicación.			
8	Se explica al paciente los efectos indeseables que puede presentar los fármacos..			
9	Registra en el cardex la hora de la administración del fármaco.			
10	Educación al egreso del paciente sobre, dosis y hora que debe administrar los fármacos y signos de alarma.			
	Total			

El cumplimiento de los 10 indicadores es igual al 100%.

CAPÍTULO V

5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Al realizar el Diagnostico de la situación actual de los Protocolos y Procedimientos de Enfermería en el Servicio de Cirugía no cuentan con dichos protocolos y procedimientos actualizados, por lo que es necesario actualizar el diagnostico situacional.

- En base a la elaboración de los protocolos y procedimientos de Atención de Enfermería de las patologías más frecuente en el Servicio de Cirugía le permitirá ofrecer atención de calidad al usuario.
- Mediante la propuesta de implementación de los Procedimientos y Protocolos desarrollados, el personal de enfermería ha llevado a cabo su ejecución permitiendo mejorar la calidad de atención ya que son componentes importantes en el proceso de gestión y administración, en la evolución adecuada de la patología del paciente y la satisfacción del servicio.
- Al establecer un sistema de seguimiento y medición a través de Indicadores de calidad esta investigación, ya que esto permitió elevar aptitudes técnicas y humanas actualizando los conocimientos y a la vez a adquirir nuevas destrezas que permitan mejorar la atención al paciente.

5.2. Recomendaciones

- En el Servicio de Cirugía se debe establecer un control periódico del cumplimiento de los estándares de atención de enfermería ya que a través de ellos se podrá conocer la calidad de atención de enfermería del servicio y el desempeño del personal de enfermería.
- Es necesario que el personal de enfermería atienda a los usuarios priorizando las necesidades de cada uno de ellos, tratando de disminuir la tasa de morbi-mortalidad con una atención digna y de calidad.
- Que se aplique adecuadamente la administración del cuidado del paciente implícito en las cuatro funciones de enfermería que se debe

cumplir en todos los niveles con ética, eficiencia, solidaridad, respeto a la vida y calidad humana aplicando los protocolo y procedimientos de enfermería.

- Aceptar inquietudes y críticas del familiar de manera constructiva respetando su edad, condición socioeconómica, cultural y creencias religiosas, esto permitirá ofrecer una atención equitativa de calidad y calidez que permita cumplir con todas las actividades planificadas en un ambiente laboral favorable.
- Se sugiere a las autoridades del hospital tomar en cuenta algunas limitaciones físicas del servicio de cirugía que impiden el normal desenvolvimiento de actividades para cumplir con eficacia las labores designadas al personal de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

Arroyo, P., Cortina, A., Torralba, M. J., & Zugasti, J. (1996). *Ética y legislación en enfermería. En: Análisis sobre la responsabilidad profesional*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.

Arroyo. (1996). *Etica y legislacion de Enfermería*. Madrid: Interamericana MaGraw.

Autoras, V. (2005). *Manual De Enfermería*, Madrid, España: Editorial Quebector, Edición MMV, pp. 434-436

- Autoras, V. (2005). Manual de Enfermería. En *Manual*. Madrid: Quebactor MMV. pp. 434-436
- Autoras, V. (s.f). Manual de Enfermería, Perú: Editorial Cultural.
- Balderas, P. Má. De la Luz. (s.f). Administración de los Servicios de Enfermería, (4ª edición). Quito, Ecuador: Mc Graw Hill.
- Berry, Suraman, & Zeithaml. (1988).
- Bunner, & Suddanth. (2010). Enfermería. Bárbara Celong y cols. Mosby. (3ª Edición). Madrid: Interamericana- McGraw- Hill.
- Collière, M. F. (1993). *Promover la vida*. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill.
- Cortina, A. (1986). *El quehacer ético. Una guía para la educación moral* Santillana, Madrid.
- Devlin, S. J., Dong, H. K., & Brown, M. (1993). pp. 12-17
- Droila, M. R. (2015). Quito, Pichincha, Ecuador.
- Escobar, F. (2014). Implementación de la Calidad. *Implementación de la Calidad*. Quito, Pichincha, Ecuador.
- García, D. (1989). *Fundamentos de Bioética*. Eudema Universidad, Madrid.
- García, M. E. (2011). Gestión de calidad, análisis de las necesidades de los usuarios e indicadores para servicios de información y documentación. *V Jornadas de Información y Documentación en Ciencias de la Salud*.
- Hernández, J., & Esteban, M. (1999). *Fundamentos de la Enfermería. Teoría y método*. Madrid, España: Interamericana-McGraw-Hill.
- Hospital Eugenio Espejo. (2012). *Marco Legal*. Quito: Plan Estratégico 2012-2013.

- Jiménez, R. E. (2005). Indicadores de calidad y eficiencia de los servicios hospitalarios. Una mirada actual. *Rev Cubana Salud Pública* 2004;30(1): ISSN 0864-3466.
- Ledesma, M. (s.f). *Fundamentos de Enfermería*. México: Editorial Limusa.
- Malagon, G. (2008). *Administracion Hospitalaria*. Colombia: Medica Panamericana.
- Marrineer, A. (2009). *Guia de Gestion y Direccion de Enfermería*. Bacerlona España: Grupo UniGph.
- Martinez, J. R. (2003). *Guia metodologica para gestion clinica por procesos*. España: Diaz de Santos,S.A.
- Munuera, L. (2010). *Introducción a la Enfermería*, Madrid, McGraw-Hill Interamericana de España.
- Pelegrín, F. C. (1997). p. 45
- Quesada, A. (s.f). *Diplomada en Enfermería*.
- Rumbold, G. (2000). *Ética en Enfermería*. (3ª edición) México: Editorial McGraw-Hill Interamericana.
- Senllé, A. (1993). *Calidad total en los servicios y en la administración pública*. Barcelona: Gestión 2000.
- Simón, P. (2010). *El consentimiento informado: teoría y práctica*. Medicina Clínica. Barcelona.
- Toledo, C. (2004). *Fundamentos de Salud publica*. La Habana: Ciencias Medicas.
- WHO, & OMS. (2010). *Calidad de atención consejo ejecutivo EB120/38 Add.1 120ª*. Punto 4.7 del orden del día provisional.

WEBGRAFÍA

<http://www.hee.gob.ec/webhee2013/index.php>. (2008).

- Calidad. (2013). Obtenido de
www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/.../calidad_de_la_atencion_medica.pdf
- Canadian, I. A. (2013). *www.International Accreditation Canadian.ca*.
Obtenido de www.International Accreditation Canadian.ca:
<http://www.International Accreditation Canadian.ca/accreditation/acsestandar.astx>
- investigacion, t. d. (2008). Obtenido de
www.imarpe.pe/imarpe/.../adj_modela_pa-5-145-tam-2008-investig.pdf
- Martinez, S. (2006). *Analisis de situacion de Salud*. Mexico: Ciencias Medicas.
- Metodologia. (2008). Obtenido de
www.academia.edu/.../Metodologia_de_la_investigacion_5ta_Edicion
- OPS/OMS. (2005). *Seguridad del paciente* . Quito.
- Pelp. (2003). Obtenido de
www.minsa.gob.pe/portada/.../calidad_salud/.../Estandar1erNivel2003.pdf.
- Tecnicas. (2010). Obtenido de http://www.catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/mdi/...a.../capitulo8

ANEXOS

GUÍA DE OBSERVACIÓN

ANEXO 1

GUÍA DE OBSERVACIÓN UNIVERSIDAD DE LAS FUERZAS ARMADAS MAESTRÍA DE GERENCIA HOSPITALARIA VII PROMOCIÓN

I- SITUACIÓN A OBSERVAR: Atención de enfermería de los procedimientos del servicio de cirugía del Hospital Eugenio Espejo.

II- OBJETIVO: Identificar los estresores ambientales que influyen en las

reacciones emocionales en el Personal de Enfermería del Hospital Eugenio Espejo.

III- DATOS GENERALES:

Fecha: _____

Área a observar: _____

Nombre de la observadora: _____

IV- CONDICIONES AMBIENTALES

1- Ventilación :

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



2- Iluminación:

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



3-Temperatura Ambiental:

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



4-Sonidos:

ADECUADOS PARCIALMENTE ADECUADOS INADECUADOS



V-INFRAESTRUCTURA Y ESPACIO FÍSICO

1-Distribución de áreas:

ADECUADOS PARCIALMENTE ADECUADOS INADECUADOS



2-Ubicación de camas hospitalarias / consultorios

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



3 -Pasillos

ADECUADOS PARCIALMENTE ADECUADOS INADECUADOS



4-Servicios sanitarios para personal

ADECUADOS PARCIALMENTE ADECUADOS INADECUADOS



5-Servicios sanitarios para pacientes

ADECUADOS PARCIALMENTE ADECUADOS INADECUADOS



8-Ubicación de área de desechos hospitalarios

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



VI- ERGONOMÍA DE MOBILIARIO

1-Estación de enfermería

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



3-Sillas de ruedas para transporte de pacientes

ADECUADAS

PARCIALMENTE ADECUADAS

INADECUADAS



6- Coche para procedimientos

ADECUADOS

PARCIALMENTE ADECUADOS

INADECUADOS



VIII- HIGIENE Y SEGURIDAD

1- Orden

ADECUADO

PARCIALMENTE ADECUADO

INADECUADO



2-Aseo

ADECUADO

PARCIALMENTE ADECUADO

INADECUADO



5- Disposición adecuada de las excretas del paciente hospitalizado

ADECUADA

PARCIALMENTE ADECUADA

INADECUADA



6- Ubicación de basureros de basura común

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



7- Ubicación de basureros para desechos contaminantes

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



9- Señalización de salidas de emergencia

ADECUADA PARCIALMENTE ADECUADA INADECUADA



10- Alarmas para incendio

ADECUADAS PARCIALMENTE ADECUADAS INADECUADAS



PERSONAL DE ENFERMERÍA:

1.-Se Identifica Con El Paciente Al Ingresar Al Servicio.

ADECUADAS PARCIALMENTE ADECUADAS INADECUADAS



2.- Le Informa al Paciente de los procedimientos que se van a realizar.

ADECUADAS PARCIALMENTE ADECUADAS INADECUADAS



3.- Registra los datos en la Historia Clínica.

ADECUADAS PARCIALMENTE ADECUADAS INADECUADAS



4.- Aplica medicación tomando en cuenta los 10 correctos.

ADECUADAS PARCIALMENTE ADECUADAS INADECUADAS



5.- Cuenta con procedimientos actualizados en el servicio.

ADECUADAS PARCIALMENTE ADECUADAS INADECUADAS



CRONOGRAMA DE IMPLEMENTACION

ANEXO 3

**MATRIZ MENSUAL DE ASIGNACIÓN ESPECIAL PARA EL PERSONAL
AUXILIAR DE ENFERMERÍA Y ADMINISTRATIVO**

ANEXO 4

LISTADO DE VERIFICACIÓN DE SEGURIDAD QUIRURGICA