

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADOS AL PACIENTE EN ESTADO CRITICO

DISEÑO DE PROTOCOLO DE EGRESO PARA EL CUIDADO DE PACIENTES
CON AFECCIONES NEUROLOGICAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.
MÉRIDA. MARZO - SEPTIEMBRE 2013

www.bdigital.ula.ve

DONACION

Autora: Lcda. Rosmary Rivas R
Tutora: Dra. Alba Fernández

SERBIULA
Tullo Febres Cordero

Mérida – 2013

**DISEÑO DE PROTOCOLO DE EGRESO PARA EL CUIDADO DE PACIENTES
CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.
MÉRIDA. MARZO - SEPTIEMBRE 2013**

www.bdigital.ula.ve

Trabajo especial de grado realizado por la
Lcda. Rosmary Rivas, C.I.16443102 ante la
División Estudios de la Universidad de Los
Andes, como credencial de mérito para la
obtención del grado de Especialista en
Enfermería en Cuidado al Paciente en
Estado Crítico.

AUTORA:

Rosmary Rivas

Licenciada en Enfermería.

Residente II año del Postgrado de Enfermería en Cuidado al

Paciente en Estado Crítico.

TUTORA:

Alba Rosa Fernández.

Licenciada en Enfermería

Magister en Gerencia Educacional.

Doctora en Enfermería

Profesora Asociada de la Escuela de Enfermería.

ASESORAS DEL PROTOCOLO:

- María Inés Albarracín.

Licenciada en Enfermería

Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico.

Profesora de la Escuela de Enfermería.

- Yaselin Briceño

Licenciada en Enfermería

Especialista en Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico.

Se agradece por su contribución al desarrollo de esta tesis a la:

Unidad de Cuidados Intensivos del IAHULA.

Universidad de Los Andes.

Dra. Alba Rosa Fernández por su tutoría.

Esp. María Inéz Albarracín, por guiar cada paso.

Esp. Yaselin Briceño por su apoyo.

www.bdigital.ula.ve

INDICE

	Pág.
Agradecimiento	iv
Resumen	vi
Introducción	1
CAPITULO I. CONTEXTO DE LA SITUACIÓN.	
1.1. Planteamiento del problema.	3
1.2. Objetivos.	6
1.3. Justificación.	7
1.4. Consideraciones éticas.	9
CAPITULO II. MARCO REFERENCIAL.	
2.1. Antecedentes.	10
2.2. Bases teóricas.	14
CAPITULO III. MARCO METODOLOGICO.	
3.1 Tipo y diseño de investigación.	19
3.2 Diagnóstico de las necesidades.	21
3.3 Análisis de factibilidad.	22
3.4 Validación del protocolo.	25
CAPITULO IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
4.1 Conclusiones.	25
4.2 Recomendaciones	26
REFERENCIAS	28
ANEXO	33

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERÍA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADOS AL PACIENTE EN ESTADO CRÍTICO

DISEÑO DE PROTOCOLO DE EGRESO PARA EL CUIDADO DE PACIENTES
CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS. UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.
INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL UNIVERSITARIO DE LOS ANDES.
MÉRIDA. MARZO - SEPTIEMBRE 2013

Autora: Lcda. Rosmary Rivas

Tutora: Dra. Alba Fernández

RESUMEN

Introducción: El Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHAULA), constituye el principal centro de salud del estado Mérida, donde ingresa gran cantidad de pacientes con diversas patologías, siendo en la actualidad las de mayor demanda las afecciones neurológicas. Por tal motivo en un estudio realizado en estos pacientes en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) de esta institución, se obtuvo que 36.6% fueron totalmente dependiente de cuidados para las actividades de la vida diaria (AVD). **Objetivo:** Diseñar un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas en la UCI del IAHAULA en el periodo marzo-septiembre 2013. **Métodos:** Se trató de un estudio tipo documental y diseño de proyecto factible, a través de la creación de un protocolo basado en el cuidado de los pacientes en relación a las AVD. Se desarrolló en varias etapas: diagnóstico, fundamentación teórica, factibilidad, y validación. **Resultados:** El protocolo obtenido está enfocado en los sistemas de autocuidado de Dorothea Orem. Está dividido en cuatro partes: cuidados en la alimentación, deambulación, higiene personal y eliminación, en cada una de ellas se desglosa el equipo, procedimiento y fundamento de cada actividad, codificados con números y letras para mayor facilidad en su manejo. Se integró en el protocolo al familiar, siendo este quien recibirá las orientaciones por parte del profesional de enfermería, haciéndolo partícipe en los cuidados del paciente una vez que éste egrese de la UCI.

Palabras clave: protocolo, afecciones neurológicas, actividades de la vida diaria, enfermería, Orem.

UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
CUIDADOS AL PACIENTE EN ESTADO CRITICO.

**EGRESS PROTOCOL DESIGN FOR CARE OF PATIENTS WITH
NEUROLOGICAL AFFECTIONS. INTENSIVE CARE UNIT. AUTONOMOUS
INSTITUTE UNIVERSITY HOSPITAL OF THE ANDES. MERIDA. JANUARY -
SEPTEMBER 2013**

Tutora: Dra. Alba Fernández

Autora: Lcda. Rosmary Rivas R.

SUMMARY

Introduction: The University Hospital Institute Autonomous of the Andes ((IAHAULA) , is the main health center in Merida state , where large numbers of patients admitted with various pathologies , and is currently the largest demand neurologic conditions . For this reason a study in these patients in the Intensive Care Unit (ICU) of this institution, we found that 36.6 % were totally dependent on care for activities of daily living (ADLs). **Objective:** Design an exit protocol for the care of patients with neurological conditions in the ICU of IAHULA in the period March to September 2013. **Methods:** The study was a documentary and feasible project design, through the creation of a protocol based on patient care in relation to ADL. It was developed in several stages: diagnosis, theoretical, feasibility, and validation. **Results:** The obtained protocol is focused on self-care systems of Dorothea Orem. It is divided into four parts: food care, ambulation, personal hygiene and elimination, in each breaks down the equipment, procedure and basis of each activity, coded with numbers and letters for ease in handling. He joined the protocol to the family, and this one will receive guidance from the nurse, allowing them to share in patient care once he egress from the ICU.

Keywords: protocol, neurological conditions, activities of daily living, nursing, Orem.

INTRODUCCION

El Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), constituye el principal centro de salud del Estado Mérida, donde ingresa gran cantidad de pacientes con diversas patologías, siendo en la actualidad las de mayor demanda las afecciones neurológicas tales como las enfermedades cerebrovasculares, lesiones ocupantes de espacio y los traumatismos encefálocraneanos.

Es así, que la incidencia de estas enfermedades ha conllevado a diversos estudios de investigación en diferentes temáticas, tal es el caso de Marcano quien realizó un estudio que llevó por nombre: Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Diciembre 2011-octubre 2012.

Este estudio se realizó el pasado año, se utilizó como instrumento el Índice de Barthel (IB), el cual sirve para medir el nivel de dependencia que tiene una persona en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) como la alimentación, higiene personal, deambulación y eliminación; dicho instrumento fue aplicado al familiar del paciente egresado de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del IAHULA.

Una vez analizado este estudio se obtuvo como resultado que el 36.7% de los pacientes fueron totalmente dependientes del cuidado para la realización de las AVD, un 30% de los pacientes presentaron dependencia severa, y 16.7 % presentaron dependencia moderada; en vista de tal situación, Marcano en las

recomendaciones sugirió: que los cuidadores principales reciban entrenamiento e instrucción luego que el paciente se encuentre estable y con criterio de egreso de la UCI, además que esta instrucción debería ser dada por el profesional de enfermería previo a la aplicación del IB en el paciente para identificar cuáles cuidados serán necesarios enseñar al familiar.

Partiendo de lo expuesto, surgió la iniciativa de dar continuidad a las recomendaciones dadas por el autor citado; diseñando así, el protocolo para el egreso de los pacientes con afecciones neurológicas. En consecuencia, el protocolo se desarrolló en base a las AVD (alimentación, deambulaci3n, higiene personal, y eliminaci3n) que evalúa el IB, y se fundamentó en la teorí3a de los sistemas de autocuidado de Dorothea Orem (totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de apoyo educativo).

Este estudio, se desarrolló en cuatro capítulos: el capítulo I, lo conformó el planteamiento del problema, los objetivos que guiaron la investigaci3n, la justificaci3n y las consideraciones éticas. El capítulo II, describió los antecedentes, así como también, los fundamentos teóricos. De igual manera el capítulo III lo constituyó el marco metodol3gico, donde se explicó el tipo y diseño de investigaci3n, al igual que el diagnóstico de la necesidad, la viabilidad y validaci3n. En el capítulo IV se incluyó las conclusiones y recomendaciones. Finalmente, se presentaron las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPITULO I

CONTEXTO DE LA SITUACIÓN

1.1 Planteamiento del problema

Las afecciones neurológicas en las personas constituyen el motivo causal más frecuente de visitas a las áreas hospitalarias donde se ven afectadas diversas funciones corporales, según la ubicación y la gravedad de la lesión en el sistema nervioso central.

Los daños neurológicos pueden dar lugar a la pérdida parcial o completa de la función sensitiva y motora voluntaria, así como la alteración de la regulación normal de la inervación nerviosa intrínseca que resulta en modificación del flujo sanguíneo en algunos órganos.¹

Dentro de las afecciones que se encuentra con mayor frecuencia están el traumatismo encefalocraneal (TEC), los accidentes cerebrovasculares (ACV), y las lesiones ocupantes de espacio (LOE).

La enfermedad cerebrovascular constituye la primera causa de discapacidad y ocupa el segundo lugar como causa de muerte a nivel mundial.² De acuerdo con lo anterior, el autor menciona que el ACV a pesar de los avances de la fisiopatología continúa manteniendo gran incidencia en diferentes partes del mundo y está asociado a factores de riesgo según la población.

En América Latina, existen pocos estudios epidemiológicos con base poblacional y la mayor parte de la información disponible proviene de registros hospitalarios.³

Otra de las causas de afección es el TEC como causa principal de muerte en todo el mundo. En España, es la quinta causa más frecuente de muerte, según datos del Instituto Nacional de Estadística del año 2005, y es la primera causa en menores de 40 años⁴.

Otros estudios y análisis al respecto han declarado que el TEC es actualmente una de las principales causas de muerte y causa de discapacidad en personas. Sustentando lo expuesto para el año 2004 la Organización Mundial de la Salud (OMS) detectó que los accidentes de tránsito significaban la novena causa de muerte, y se estima que para el año 2030 sea la tercera causa de muerte en el mundo⁵. Su impacto es mayor en países subdesarrollados o emergentes, y genera al menos el 80–90% de las muertes⁵.

Es importante destacar una tercera lesión que conlleva a demanda de cuidado como lo es el LOE cerebral sobre todo en el postoperatorio ya que dependiendo donde se de la lesión repercutirá en la evolución del paciente. Se documenta que en países con alto ingreso económico se relaciona que la presencia de tumores que causan discapacidad es de 11.5% y en otro lugares como en Latinoamérica es de 2.6%⁶. Analizando esta estadística se puede inferir que se debe al costo de gastos para el paciente, la familia y las instituciones que prestan salud. En algunos países hay centros de cuidado para personas con discapacidad.

En Venezuela hasta el momento no se encuentran estos centros de cuidado, por tal motivo las afecciones neurológicas que provocan discapacidad o dependencia de cuidados en una población determinada ha conllevado a efectos contundentes

no solo en el nivel de salud del país, sino también, efectos en su economía, debido a que la población joven es la más afectada.

Aunque a nivel nacional aún no se han encontrado estadísticas claras con relación a esta temática, se podría considerar válido que siendo el Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA) el principal centro de salud del Estado Mérida, donde ingresa un gran número de personas (20 a 30 personas por día) con diferentes patologías, y se resalta que en la UCI las de mayor frecuencia corresponden a las de origen neurológico (aproximadamente 18%)⁷

Si bien esto es cierto, en nuestra población las afecciones neurológicas representan una de las causas más frecuentes de morbilidad, logrando dejar secuelas y limitaciones físicas en una persona, transformando tal situación en un problema de salud pública.

Por ello, la investigación realizada el pasado año en la UCI del IAHAULA titulada: Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Diciembre 2011- Octubre 2012; los resultados reflejaron que el 36,7% egresaron con dependencia total del cuidado de sus familiares, el 30% con dependencia severa, el 16,7% con dependencia moderada, el 10% con dependencia escasa y tan solo el 6,7% fueron independientes para realizar actividades de la vida diaria.⁷

Así mismo, es oportuno destacar que las AVD constituyen acciones que satisfacen necesidades básicas. De tal forma que estas podrían abolirse en una persona por

alguna causa en particular y como consecuencia requerir cuidados.

En la investigación anteriormente descrita, se realizó el estudio mediante un instrumento denominado IB donde se describen como principales AVD, la alimentación, deambulaci3n, higiene y vestido, as3 como la eliminaci3n. Es por ello que, a partir de la preocupaci3n en satisfacer estas necesidades, se tom3 la iniciativa de crear un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurol3gicas tomando en consideraci3n esas AVD.

El dise1o de este protocolo persigue la posibilidad de mejorar la seguridad, la efectividad y unificar los cuidados de enfermer3a, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas enfermas al egreso de la UCI, as3 como la tranquilidad de la familia, como cuidador informal en los servicios intermedios y en el hogar luego del alta del paciente. Partiendo de lo expuesto se plantea la siguiente interrogante:

¿Ser3 posible dise1ar un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurol3gicas en la UCI del IAHULA en el per3odo marzo-septiembre 2013?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo general

Dise1ar un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurol3gicas en la UCI del IAHULA en el per3odo marzo-septiembre 2013.

1.2.2 Objetivos específicos

1. Describir el diagnóstico que sustenta la elaboración del protocolo.
2. Elaborar el protocolo basado en el diagnóstico.
3. Validar el protocolo.
4. Construir el protocolo definitivo basado en su validación.

1.3 Justificación

Se establece que el beneficio social que ofrecerá esta investigación está dado a que las acciones de enfermería en conjunto con las aprendidas por el familiar permitirán disminuir el riesgo de complicaciones relacionadas con el nivel de dependencia que pueda presentar una persona, logrando posteriormente la incorporación a la sociedad con un menor número de lesiones incapacitantes frecuentes en la mayoría de los pacientes con secuelas de afecciones neurológicas.

Por otra parte, es importante considerar que desde el punto de vista de política institucional y economía, los pacientes con afecciones neurológicas requieren muchas veces de larga estancia hospitalaria, además de mayores gastos por hospitalización. Por tal motivo es necesario proponer un protocolo de egreso, ya que en él, estaría incluido la colaboración del familiar quien deberá aprender algunas actividades de cuidado en caso de que el paciente egrese de la institución y permanezca con dependencia de cuidado con relación a las AVD y así se podrán prevenir reingresos o estadías hospitalarias injustificadas por desconocimiento del familiar para realizar una actividad.

Además de lo expuesto, los cuidados de enfermería han evolucionado a lo largo de la historia, pero en las últimas décadas se han desarrollado numerosas estrategias y avances conseguidos en cuanto a etiquetar y categorizar los fenómenos enfermeros, junto con el desarrollo de proyectos para normalizar la práctica, creando nuevos retos y expectativas para enfermería que llevarán a la excelencia profesional.

En cuanto a la justificación práctica, el uso de un protocolo para el egreso de paciente con afecciones neurológicas permitirá, guiar sus acciones y orientar al familiar en relación a los cuidados que se lleguen a prestar; así como también podría ser llevado a otras áreas de la institución para aplicarse o servir de antecedente para la realización de otros proyectos donde se encuentren pacientes con las características ya descritas.

Teóricamente, el presente estudio, ofrece una revisión exhaustiva sobre la temática relacionada con las afecciones neurológicas que cotidianamente ingresan a la UCI. Igualmente el protocolo se fundamenta a partir de la teoría de Dorothea Orem, quien enfoca el autocuidado en tres sistemas, el de apoyo educativo, el parcialmente compensatorio y el sistema totalmente compensatorio, siendo utilizados como enfoques para el protocolo, siguiendo los resultados obtenidos en el diagnóstico de la problemática nombrada anteriormente.

También es importante destacar que desde el punto de vista metodológico el presente estudio es innovador, en cuanto a proyecto factible, ya que a nivel de este postgrado hasta el momento no se consiguió trabajos realizados bajo este

diseño de investigación. Además, dentro de los proyectos de investigación revisados, solo se ha logrado diagnosticar la necesidad de un problema, como es el caso del trabajo que antecede esta propuesta.

De esta forma, es de gran importancia para la institución, ya que es un aporte significativo puesto que hasta el momento en la UCI no se ha logrado conseguir un protocolo que guíe cuidados hacia los pacientes neurológicos o con otra patología.

1.4 Consideraciones éticas.

Los principios éticos son necesarios para el desempeño laboral en todas las intervenciones de enfermería encaminada a restablecer la salud de las personas.

Los mismos constituyen directrices que gobiernan la conducta, proporcionan una base para el razonamiento y dirigen las acciones.⁸ De tal forma que la propuesta se regirá por los siguientes principios de la bioética:

Principio de no maleficencia, es decir no se hará daño o producirá lesiones en la integridad del paciente⁸.

Principio de beneficencia, que es igual a hacer el bien evitando complicaciones futuras en el paciente⁸.

Principio de justicia, que permitirá tratar a todas las personas sin discriminación⁸.

Principio de autonomía, se puede definir como la obligación de respetar los valores y operaciones personales de cada individuo⁸.

Cada uno de estos principios permite la toma de decisiones y actuación de los profesionales de enfermería. Así como también se revisó el Código Deontológico de Enfermería que no es más que una aplicación de las reglas generales de la

moral al trabajo del hombre, de allí que la Deontología es el conjunto de los deberes de los profesionales de enfermería que han de inspirar su conducta⁹.

CAPITULO II

MARCO REFERENCIAL

2.1 Antecedentes

Realizando una revisión exhaustiva con relación a la temática de estudio es importante reiterar que dentro de los antecedentes que se mencionan a continuación se podrá observar que sirven para justificar aún más la realización de esta propuesta, puesto que no se logró hasta el momento conseguir investigaciones anteriores dirigidas a la realización de protocolos para el cuidado de afecciones neurológicas.

Sin embargo, esto no es una limitante para la realización del protocolo, puesto que en este caso se fundamenta en un diagnóstico previo realizado en la UCI del IAHULA. Al respecto el estudio titulado: Nivel de Dependencia de Pacientes con Trastornos Neurológicos. UCI. IAHULA. Diciembre - octubre 2012. Fue una investigación fue de tipo descriptivo, transversal y de campo, donde se le aplicó una encuesta a los cuidadores en este caso al familiar del paciente donde se utilizó la Escala de Barthel para determinar el nivel de dependencia en las actividades de la vida diaria. La población en estudio fue de 30 pacientes; en donde se obtuvo como resultado que el 56,7% fueron independientes para alimentarse, 36.7% eran incapaces para trasladarse de una silla a una cama. En cuanto al aseo personal 63.3% fueron independientes, 73.3% eran dependientes

para el baño y 53.3% para vestirse y desvestirse. El 56.7% necesitaron ayuda para ir al retrete y el 36.6% reportó dependencia total de los cuidados⁷.

Por otra parte, en una Escuela de Rehabilitación en Costa Rica, se realizó el diseño de una Guía Dirigida a los Encargados del Cuidado en el Hogar, de Menores con Discapacidad Motora. Abril – Septiembre. 2010. Esta investigación partió de un estudio de campo de tipo descriptivo, mediante la aplicación de un cuestionario. La elaboración de dicha guía, surgió a partir de la necesidad de orientar a los encargados del cuidado de personas menores con discapacidad, también se tomó en cuenta a las maestras y al equipo interdisciplinario que labora en la escuela de rehabilitación de Costa Rica, conformando en conjunto una población muestral de 18 personas. La guía se construyó de acuerdo a las necesidades identificadas en el estudio entre ellas; la alimentación, donde se obtuvo que del 38.8% de las personas que recibieron cuidados, necesitó algún tipo de dispositivo para facilitar la ingesta de alimento. Por otra parte, el 83.3% demostró que la causa principal de discapacidad fue algún tipo de afección neurológica, siendo ésta, la parálisis infantil. Además, es importante destacar que en el diseño de la guía se utilizó los requisitos universales planteados por Dorothea Orem en su Teoría de Autocuidado. Posteriormente, la guía fue validada por expertos y por la población meta, con el fin de corregirla y presentar la versión final¹⁰.

Analizando este estudio, se evidencia que la creación de guías o protocolo son de utilidad en la práctica y pueden ser aplicadas por profesionales de enfermería, así como por personas encargadas de brindar cuidado, previo a recibir la orientación

oportuna. Como se señaló, este estudio también utilizó la teoría de Orem, como pilar para la formulación del protocolo.

En otro estudio, titulado: Comportamiento del Trauma Craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes (UCIE) del Hospital de Calixto García Iniguez en la Habana - Cuba. 2009; de tipo observacional, descriptivo y retrospectivo, se midió la discapacidad de los pacientes que sobrevivieron. Para el análisis se utilizó el Test de Chi Cuadrado; como unidad de medida el porcentaje, la media aritmética, y la desviación estándar. La muestra fueron 50 pacientes, donde el sexo masculino ocupó el 72%, predominando el grupo de edad de 60 años, siendo las caídas el mecanismo de origen. Al evaluar el egreso de la UCIE, se consiguió 20 pacientes fallecidos para un 40%, y 30 pacientes vivos equivalente al 60%; donde 23% presentaron discapacidad de ligera a moderada para un 46% de la población, los otros 7 pacientes presentaron discapacidad grave para un 14%¹¹.

Este estudio al igual que el realizado en la UCI del IHULA sirve como diagnóstico por que fundamenta la necesidad de crear el protocolo, ya que se evidencia que existe un porcentaje considerable de pacientes que presentan discapacidad entre moderada y severa, correspondiente según la teoría de Orem al sistema totalmente compensatorio.

Aunque en la actualidad los protocolos para pacientes con afecciones neurológicas no se han representado por investigaciones, el siguiente antecedente confirma la utilidad del protocolo, el cual llevó por título: Implementación de un

Protocolo de Sedación Dirigido por Enfermería. El objetivo del mismo fue determinar los efectos, sobre el nivel sedación y la retirada accidental de tubos y catéteres. Se trató de un estudio cuasi-experimental realizado en una Unidad de Cuidados Intensivos polivalente durante 2 períodos de 17 meses: el primero observacional y el segundo intervencionista. En el segundo, el personal de enfermería aplicó un protocolo de sedación basado en la Glasgow Coma Score modificada por Cook y Palma. En ambos períodos fueron recogidas las retiradas accidentales de tubo endotraqueal, sondas gástrica y vesical y catéteres vasculares. Resultados. Se incluyeron en el estudio 176 pacientes (edad: 65 ± 17 años; SAPS II: 43 ± 14) durante el primer período y 189 (edad: 65 ± 15 años; SAPS II: 40 ± 13) durante el segundo. En este último disminuyó el porcentaje de pacientes con sedación excesiva (20% frente a 41%; $p < 0,001$) y aumentó el porcentaje de pacientes con sedación óptima (53% frente a 35%; $p < 0,001$). La tasa de retiradas accidentales de sondas enterales en el primer período fue de 15,8 por 1.000 días de sonda frente a 5,6 del segundo período ($p = 0,001$). No se observó ninguna retirada de catéteres vasculares en el segundo período, frente a tasas de 2,6 catéteres venosos centrales por 1.000 días de catéter y 3,4 catéteres arteriales por 1.000 días de catéter del primer período. Las tasas de retirada accidental de los tubos endotraqueales en ambos períodos fueron muy similares. No se observó ninguna retirada accidental de sondas vesicales. Conclusiones. La introducción en la práctica clínica de un protocolo de sedación dirigido por enfermería aumenta la cantidad de pacientes óptimamente sedados y disminuye la incidencia de retiradas accidentales de sondas y catéteres¹².

2.2 Bases teóricas

Los siguientes términos teóricos son la base fundamental que rige la investigación.

Afecciones neurológicas

Corresponde a los trastornos propios del sistema nervioso central⁸. Las enfermedades neurológicas son de gran variedad pero pocas son las que requieren ingreso a UCI, por lo que es necesario para los profesionales de la enfermería que laboran en estas áreas comprender los cuidados que un paciente crítico ameritará para así anticiparse a las acciones e intervenciones a desarrollar⁸. La palabra afección es sinónimo de enfermedad¹³.

De acuerdo con esta definición, se puede describir que en la UCI es común la presencia de estos trastornos o enfermedades del sistema neurológico (TEC, LOE, ACV), como se mencionó en el primer capítulo. A continuación se describe brevemente cada uno de ellos.

Trauma encefalocraneal

Son los que se dan por cambios de energía mecánica causando lesión física o deterioro funcional del contenido craneal¹⁴.

Estos constituyen por el contexto de su evolución mayor incapacidad física.

Accidente cerebrovascular

Se define como la interrupción de flujo en el parénquima cerebral¹⁵. Pueden ser isquémicos o hemorrágicos; los isquémicos se dan por falta de flujo de sangre en

una zona cerebral, el hemorrágico por pérdida de sangre que va a otras partes del parénquima.

Lesión ocupante de espacio

Es la que está formada por una masa de crecimiento de células de manera incontrolada.¹⁵ Por lo general estas lesiones requieren de intervención quirúrgica y se ha observado que luego del postoperatorio presentan gran demanda de cuidado, esto también dependerá del sitio donde se encuentre el tumor.

Si bien la definición de estas patologías es precisa y clara, resaltando que son de mayor frecuencia y las causantes de alto nivel de dependencia en cuanto a la demanda de cuidado, es necesario hacer uso de una de las teorías que rigen las acciones de enfermería como lo es la Teoría de Dorothea Orem que se enfoca en el déficit de autocuidado.

Teoría de Dorothea Orem

Esta gran teórica define como autocuidado la actividad aprendida por una persona y orientada hacia un objetivo.¹⁶ Otro autor describe que la teoría establece y estructura el contenido de la práctica de enfermería.¹⁷

Por otra parte la teoría de Orem se basa en tres sistemas para proporcionar cuidado, los cuales se describen a continuación.

Sistema de apoyo educativo: está dirigido a pacientes capaces que solo necesitan reforzar las acciones de autocuidado¹⁶. Esto quiere decir que corresponde a personas independientes de cuidados.

De tal forma, si el paciente está apto, puede o debería aprender o realizar las medidas requeridas de autocuidado.¹⁷ de acuerdo con los autores lo que pretende este sistema es orientar las acciones con relación al autocuidado del paciente.

Sistema parcialmente compensatorio: en este la enfermera o el agente de autocuidado que sería el familiar, compensará las acciones de las limitaciones que presente¹⁶. Este se relaciona con personas semidependientes de cuidado.

Sistema totalmente compensatorio: se utiliza cuando la agencia de autocuidado del paciente es tan limitada que el bienestar depende de otro.¹⁶

Otro autor lo define como la incapacidad de la persona para ocuparse de aquellas acciones de autocuidado convirtiéndose socialmente dependiente.¹⁷

De acuerdo con lo expuesto por los autores, se eligió el sistema totalmente compensatorio y el sistema de apoyo educativo como ejes principales del diseño del protocolo, ya que el diagnóstico de la investigación realizada el pasado año en la UCI donde se evaluó el nivel de dependencia de los paciente con trastornos neurológicos, se describió claramente en el análisis de los resultados, que el 36.6% presentó dependencia total de cuidado.

Por otra parte para el diseño de la propuesta se tomó como agente de autocuidado al profesional de enfermería, considerando que los cuidados dirigidos al paciente requieren de conocimientos y habilidades, que en el futuro puedan ser transmitidos a quienes cumplan con la función de cuidador, una vez egresen de la UCI del IAHULA.

El hacer uso de los sistemas de autocuidado como componentes del protocolo, se debe a la aplicación del IB, que es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez AVD, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.¹⁸

En el diagnóstico que sustenta esta propuesta se utilizó como instrumento el IB donde se analizó la capacidad de cada paciente para realizar actividades básicas como alimentarse, deambular, realizar su higiene y baño, así como también el proceso de eliminación (continencia fecal y urinaria). De tal forma que a partir de la aplicación de este instrumento se clasificaron los niveles de dependencia que presentaron los pacientes, según lo descrito por la escala como dependencia total, severa, moderada, y escasa.⁷ Por lo tanto es necesario conceptualizar esas AVD.

Alimentación

Es un acto voluntario, que requiere la selección de alimentos para componer su ración diaria, esta selección va a depender de la disponibilidad y aprendizaje de cada individuo.¹⁹

En los pacientes que padecen algún tipo de trastorno neurológico durante la fase crítica de la enfermedad presentan un metabolismo acelerado y las demandas energéticas son altas, por tal motivo la alimentación del paciente es de vital importancia.

Deambulación

Consiste en el acto de caminar solo o con ayuda de otra persona, manteniendo el dinamismo diario en la persona.²⁰

Esta actividad permite que el paciente se incorpore a deambular evitando las contracturas musculares, así como mejorar el retorno venoso.

Higiene

Suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra enfermedades.²¹

Eliminación

Acto de excretar productos de desecho del cuerpo ya sea por defecación o micción²².

Basado en las definiciones anteriores se puede decir que un protocolo facilitaría la realización de estas actividades y sería un instrumento de gran ayuda en la planificación y ejecución en los cuidados enfermeros de la UCI de IAHULA para el momento del egreso. Igualmente es necesario conocer lo relacionado con el protocolo.

Protocolo

Es un conjunto de recomendaciones o normas desarrolladas de forma sistemática que tiene la finalidad de facilitar la toma de decisiones adecuadas en una situación clínica específica²³. De tal manera que se puede interpretar que es una herramienta de gran interés en la práctica de la enfermería. Por otra parte se podría considerar que un protocolo logrará reducir la variabilidad de la práctica clínica estandarizando cuidados específicos, además se incrementaría la eficiencia en la gestión de calidad sanitaria.

Otro autor define al protocolo como una actividad que lleva un orden lógico, jurídico y social con la misión de establecer pautas para la organización y desarrollo.²⁴ Tal como lo describe este autor el protocolo se regirá por la lógica en cuanto acciones de enfermería, con fundamento teórico, y a su vez pretende lograr un impacto social ya que se propone integrar a la familia en el rol de cuidador.

Igualmente, se puede calificar el protocolo como práctico ya que determina los cuidados que enfermería brindará en un momento determinado a pacientes con limitaciones para realizar AVD. Este aspecto se desglosa y amplía en el capítulo IV.

CAPITULO III

METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Se trató de una investigación tipo documental, con el diseño de proyecto factible. La investigación documental es la técnica que permite la selección y recopilación de información por medio de la lectura y crítica de documentos.²⁵ Existen diferentes tipos de investigación documental, tales como hemerográficas, videográficas, bibliográficas, entre otras.²⁶ En el caso de este estudio solo se desarrolló a través de la revisión de documentos que aportaron información relacionada con el protocolo.

Por otro lado, el origen etimológico de proyecto factible proviene del latín del prefijo *pro* que significa hacia adelante *ietum* que denota lanzar²⁷.

Este mismo autor lo define como instrumento para elaborar y ejecutar acciones futuras.²⁷

Otro autor lo describe como plan definido y concreto de una investigación que especifica las características básicas.²⁸

En este orden de ideas se describe el término como propuesta de acción para resolver un problema o satisfacer una necesidad.²⁸ De esta manera se fundamenta que la creación de un protocolo para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas podrá ser una herramienta o instrumento con ciertas características que permitirá satisfacer las necesidades que el paciente presente.

Generalmente los proyectos factibles se apoyan en investigaciones documentales, campo o ambas inclusive.²⁹ El proyecto factible comprende una serie de etapas: Diagnóstico, planteamiento y fundamentación teórica de la propuesta, procedimiento metodológico, actividades y recursos necesarios para su ejecución, análisis, conclusiones sobre la viabilidad y realización del proyecto; y en caso de su desarrollo, la ejecución de la propuesta y la evaluación tanto del proceso como de sus resultados²⁹.

Es necesario señalar que en la presente investigación se llegó hasta la fase de ejecución de la propuesta; se dejará para los interesados en seguir esta línea de investigación, la etapa de aplicación y evaluación. Seguidamente se presentan las etapas señaladas para este estudio.

3.2 Etapas del proyecto factible

3.2.1 Diagnóstico

La propuesta de elaborar el protocolo se fundamentó en un proyecto de investigación realizado por una estudiante del postgrado de enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico egresada el año 2012, dicho trabajo se tituló "Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos. UCI. IAHULA. Periodo diciembre - octubre 2012.⁷ De esta investigación se obtuvo los siguientes resultados:

1. En la evaluación del nivel de dependencia en cuanto a la alimentación se encontró que el 56.7% eran independientes para alimentarse.⁷
2. En el análisis del nivel de dependencia en cuanto a deambulación (traslado de silla a cama) el 36,7% fue incapaz de trasladarse de la silla a la cama y en el desplazamiento 56,7% se encontró inmóvil. Para subir y bajar escaleras el 60% se encontraron incapaces.⁷
3. En cuanto al nivel de dependencia de higiene personal y vestido el 63,3% de los pacientes que egresaron eran independientes para realizar ellos mismos el aseo personal en actividades sencillas como cepillarse, lavarse la cara y peinarse. Sin embargo 73,3% eran dependientes para bañarse, y 53,3% eran dependientes de su familia para vestirse.⁷
4. En relación al uso del retrete para la eliminación de heces el 56,7% que egresaron de la UCI dependían de sus familiares y un 60% eran continentes. Por otra parte en cuanto a la eliminación urinaria el 50% eran continentes.⁷

5. El análisis dirigido para el nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos según la Escala de Barthel arrojó como resultado que el 36,7% egresaron con dependencia total del cuidado de sus familiares, el 30% con dependencia severa, el 16,7% con dependencia moderada, el 10% con dependencia escasa y tan solo el 6,7% fue independiente para realizar sus actividades de la vida diaria.⁷

3.2.2 Planteamiento y fundamentación teórica

Esta fase se reporta en el del capítulo II de este trabajo.

3.2.3 Procedimiento metodológico

Corresponde a todo lo relacionado con este capítulo.

A continuación se presenta lo relacionado a la factibilidad del proyecto.

3.2.4 Análisis de la factibilidad

Permite describir la posibilidad de llevar a cabo el proyecto tomando en cuenta las actividades y recursos necesarios para su ejecución. Al respecto en esta investigación se describe la factibilidad técnica, económica, administrativa, institucional, social, y teórica.

Factibilidad técnica

Se refiere a la parte de materiales y equipo se logró contar con libros de las bibliotecas de la Universidad de los Andes (ULA), además de los salones de

informática del edificio de postgrado, la Escuela de Enfermería y la UCI. También, se dispuso de un computador para uso constante considerado como el instrumento principal para la realización, redacción y diseño del protocolo.

La factibilidad en cuanto al recurso humano fue oportuno ya que la UCI del IAHULA, cuenta con un número importante de especialistas en cuidado crítico, preparados para la asesoría y validación del protocolo y futura aplicación.

Factibilidad económica

Esta factibilidad corresponde al coste del protocolo la mayor inversión fue de tiempo. Los gastos monetarios fueron relativamente bajos con relación a otras investigaciones, debido a que no fue necesario, por ejemplo, reproducir instrumentos; solo conllevó el uso de tinta y papel para la presentación en físico del documento.

Factibilidad administrativa

Esta viene dada por la necesidad de protocolos para guiar los cuidados en la UCI del IHULA, más allá de los conocimientos que cada profesional de enfermería pueda tener para cumplir los cuidados. También la directiva de este servicio ha demostrado interés en el presente trabajo, debido a la inexistencia, hasta el momento, de manuales de procedimientos. El tiempo de duración del protocolo será considerablemente extenso, sin embargo, en su momento ameritará de revisiones para actualizar los procedimientos.

Factibilidad institucional

La UCI se ha catalogado como una de las áreas con mayor productividad y responsabilidad de los servicios del IAHULA , ya que cuenta con un ambiente rodeado de personal dispuesto a brindar calidad en el cuidado del paciente en estado crítico, para lo cual, dispone de ocho ambientes de hospitalización; de tal forma que luego de aprobado el protocolo por la División de Postgrado de la Universidad de los Andes (ULA), se hará entrega a la coordinación de enfermería de la UCI para que posteriormente lo de a conocer a todos los profesionales de enfermería del área y sea aplicado en los pacientes con afecciones neurológicas.

Factibilidad social

La UCI en la composición de su estructura social está formada por profesionales de enfermería, en su mayoría, con el grado de instrucción de especialistas de cuidado crítico; significa que tienen la capacidad y preparación académica para atender al número de pacientes con afecciones neurológicas que se movilizan constantemente en el área. El protocolo permitirá, un mayor acercamiento por parte de enfermería con los familiares del paciente, lo que redundará a la integración temprana de este a la sociedad o a la disminución de la aparición de complicaciones futuras.

Factibilidad teórica.

Está dada por la evidencia del diagnóstico situacional donde se detectó la necesidad de desarrollar el protocolo, según la autora señalada en el estudio, además de los otros antecedentes y las bases teóricas reportadas en el capítulo II,

incluyendo la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, como guía conceptual propia de la disciplina que guió el diseño del protocolo.

3.2.5 Validación del protocolo

La asesoría, revisión y validez del protocolo fue realizada en primer lugar por la tutora, luego por dos expertas en el área, quienes aportaron datos valiosos para el diseño completo y final del producto, en cuanto a contenido y redacción, al ajustar las posibles correcciones con relación a la temática y a la experiencia en el área de la UCI de cada una.

Es importante destacar, como ya se mencionó anteriormente, que para la realización del proyecto factible se llegó hasta esta etapa, para ello se tomó en consideración lo que señala la Universidad Pedagógica Experimental Libertador (UPEL): “Los Trabajos de Grado de Especialización y de Maestría en la modalidad de proyecto factible pueden llegar hasta la etapa de las conclusiones sobre su viabilidad, o pueden consistir en la ejecución del proyecto”²⁹.

3.2.6 Diseño del protocolo

Con relación al diseño del protocolo se dispone en su totalidad en el anexo A, se presenta el diseño del Protocolo de Egreso para el Cuidado de Pacientes con Afecciones Neurológicas.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

4.1 Conclusiones.

Luego de la revisión de documentos (libros, artículos, fuentes electrónicas), y después de cumplir con los objetivos específicos de esta investigación se obtuvo como producto final el Protocolo de Egreso para el Cuidado de Pacientes con Afecciones Neurológicas. Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Marzo – Septiembre. 2013. Su diseño se basó en las AVD (alimentación, deambulaci3n - movilizaci3n, higiene – vestido, y eliminaci3n), se fundament3 en la teor3a del autocuidado de Dorothea Orem, y se consider3 el nivel de dependencia de cuidado de los pacientes con afecciones neurol3gicas con criterio de alta de la UCI, de tal forma que los profesionales de enfermer3a de la UCI y los familiares de los pacientes, en su rol de cuidador cuenten con este protocolo, como gu3a en la realizaci3n de los cuidados relacionados con las AVD.

4.2 Recomendaciones.

1. Difundir a todos los profesionales de enfermer3a de la UCI del IAHULA el protocolo para que se unifiquen los criterios de cuidado en cuanto a las AVD.
2. Incluir el IB en la historia cl3nica del paciente, para que al momento del alta, se pueda medir el nivel de dependencia con que egresa el paciente, y qu3 cuidados ser3n tomados del protocolo para ense3ar al familiar.

3. Cuando el paciente con afecciones neurológicas cumpla con su estadía en la UCI, se recomienda elaborar un folleto haciendo uso del protocolo, para que el profesional de enfermería le refuerce las orientaciones al familiar sobre los cuidados del paciente.

4. Que los estudiantes de Postgrado de Enfermería en Cuidado al Paciente en Estado Crítico, al realizar el seguimiento de pacientes con afecciones neurológicas en los pisos de hospitalización, a través del protocolo, orienten aún más al familiar, de esta manera se logrará disminuir el estado de ansiedad del mismo ante el desconocimiento del cuidado del paciente en el hogar y así prevenir el riesgo de complicaciones que conllevarían al reingreso del paciente a la institución de salud.

5. Sería de gran importancia, que algún investigador interesado en la temática, de continuidad al último paso de proyecto factible como lo es la aplicación y evaluación del protocolo.

REFERENCIAS

1. Brunner L. Manual de Enfermería. 4 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 1986. p. 888.
2. Murria C, Lopez A. Mortality by cause for eight regions of the world. Global burden of disease study. Lancet 1997; 349: 1269-76. Revisado abril 2013; Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9142060>.
3. Feigin V. Stroke epidemiology in the developing world. Lancet 2005; 365: 2160-1. Revisado abril 2013; disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S086421251997000200006&script=sci_arttext.
4. Gómez M. La enfermedad traumática como problema de salud pública: aspectos epidemiológicos y preventivos. Actualización en el manejo del trauma grave. México: Díaz de Santos. 2008. p.1-10.
5. Aboutares M, Arreola R, Rodes E, Mock C. Implantación y desarrollo de sistemas de atención en trauma en América Latina. 2 ed. España: Trilce 2009. p. 13.
6. Aponte M, Gumina C. Cancer control in Latin America: another inequity for the region. 2012; 105: 1113-4. Revisado Mayo 2013. Disponible en: 10.5867/medwave.2012.04.5406.
7. Marcano I. Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Autónomo Hospital

Universitario de los Andes. Mérida. Diciembre 2011- Octubre 2012. Trabajo Especial de Grado del Postgrado de Enfermería cuidado crítico. Universidad de los Andes. 2012.

8. Urden L, Lough M, Stacy K. Cuidados Intensivos en Enfermería. 3 ed. España: Harcourt/océano.1997. p. 10.
9. Código Deontológico de Enfermeras de Venezuela. 1999. Caracas.
10. García L, Alonso E, Muñoz J, Porras H, Díaz L, Viriam. Guía Dirigida a las Encargadas del Cuidado en el Hogar, de Menores con Discapacidad Motora. Revista Enfermería actual en Costa Rica. 2010.18: 1- 22. Revisado en mayo 2013. Disponible: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.js>
www.bdigital.ula.ve
[p?iCve=44817860002.](http://www.bdigital.ula.ve/p?iCve=44817860002)
11. González A, Domínguez A, Delfín C, y Pantoja Reinaldo. Caracterización del Trauma Craneoencefálico en la Unidad de Cuidados Intensivos Emergentes del Hospital Calixto García. La Habana. Revista Cubana de Medicina Intensiva y Emergencias. Trabajo de investigación. 2009; 9: 3-10. Revisado junio 2013. Disponible en: http://bvs.sld.cu/revista/mi/vol9_3_10/mie03310.htm.
12. Arias S, Sánchez M, Sánchez R; Gallardo J; Santos R; Frutos F. Implementación de un protocolo de sedación dirigido por enfermería: efecto sobre el nivel de sedación y la retirada accidental de tubos y catéteres. 2008. Enferm Intensiva. 19:71-7. Revisado junio 2013. Disponible en:<http://www.elsevier.es/es/abstract/revistas/enfermeriaintensiva142/impleme->

ntacion-un-protocolo-sedacion-dirigido-enfermeria-efecto-13121152-originales-2008.

13. Diccionario de sinónimos y antónimos. 1ed. Océano: Océano; 2000. Afecciones; p. 20.
14. Guillamet A, Jerez. Enfermería Quirúrgica. Planes de cuidado. 1999. Barcelona: Moll. p. 9.
15. Alpac J. Cuidados de enfermería en el adulto. 5 ed.. México: McGraw Hill Interamericana. 2000.
16. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero: paso a paso.4 Ed. Filadelfia: Lippincott – Raven Publisher. 1999. p. 117.
17. Fernández, A. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia. Tesis doctoral. Universidad Nacional de Colombia. 2010.
18. Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Nuevos Horizontes 2005; 4:1-2. Revisado julio 2013. Disponible en: http://www:sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf
19. Domingo F y et al. Nutrición y salud. Tomo 2. 1 ed. México: Grupo cultural. 2006. p.30.

20. Moruno P, Romero D. Actividades de la Vida Diaria. España. Elsevier. 2006. p. 3-4.
21. Silva L. Auxiliar de enfermería del servicio gallego de salud. 1 ed- tomo 1. mad. España. 2006. p.12.
22. Pollo R. Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional. 1ed. España: Ideaspropias. 2009. p. 119.
23. Llor, B; Saturno, P; Gascón, J; Saura, José; López, María J; Sánchez, Monserrat; Blasco, José R; García, Mariano . ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural? Resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. Enferm Clin. 2002; 12:22-8. Revisado julio 2013. Disponible: <http://www.elsevier.es/es/revistaenfermeria-clinica-35/los-protocolos-enfermeria-siguen-los-requisitos-calidad-13027066-originales-2002>.
24. Gómez C, y Gómez A. Gerencia de relaciones públicas y protocolo. 1 ed. 2003. p. 67.
25. Tamayo y Tamayo. El Proceso de la Investigación Científica. México: Limusa. 1999. p. 15-19.
26. Soto A. Técnicas de Estudio. 4^{ta} ed. Caracas: Ediciones de la Universidad Central de Venezuela. 1997. p. 87.
27. Siso J. El proyecto factible: una modalidad de investigación. SAPIENS caracas: 2002; 3: 002. Revisado abril 2013. Disponible en: www.redalyc.org.

28. Arias F. El proyecto de investigación. 5^{ta} ed. Editorial Episteme. 1997. p. 23-25.
29. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. Manual de trabajo de grado de especialización, maestría tesis doctorales. Caracas: FEDEUPEL. 2003. p. 23.

www.bdigital.ula.ve

ANEXO A

www.bdigital.ula.ve



UNIVERSIDAD DE LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
ENFERMERIA EN CUIDADOS AL PACIENTE EN ESTADO CRITICO



PROTOCOLO DE EGRESO PARA EL CUIDADO DE PACIENTES
CON AFECIONES NEUROLOGICAS. UNIDAD DE CUIDADOS
INTENSIVOS. INSTITUTO AUTONOMO HOSPITAL
UNIVERSITARIO DE LOS ANDES

AUTORA: Lcda. Rosemary Rivas
TUTORA: Dra. Alba Fernández

ASESORAS: Esp. Yaselin Briceño
Esp. Marta Inez Albarracín

MÉRIDA - SEPTIEMBRE 2013

INDICE GENERAL

	Pág.
Introducción	1
Justificación	3
Misión	4
Visión	4
Objetivos Generales	4
Campo de Aplicación	5
Población Objeto	5
Alcance del Protocolo	6
Protocolo	6
Normas generales para la aplicación del protocolo	6
Descripción	7
Código	
00LM Procedimiento de lavado de manos	8

01PA	Procedimiento para la alimentación del paciente	
011PAOSAE	Sistema de apoyo educativo para pacientes que reciben alimentación oral	11
012PAOSPC	Sistema parcialmente compensatorio para pacientes que reciben alimentación oral	13
013PADSTC	Sistema totalmente compensatorio para pacientes que reciben alimentación a través de dispositivos o sondas de nutrición enteral	15
02PDM	Procedimiento para la movilización y deambulación del paciente	
021PMSTC	Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente en cama	18
022PMSAE	Sistema de apoyo educativo para la movilización del paciente en cama	24
023PMCC	Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente con centro de cama	25
024PMBC	Sistema parcialmente compensatorio para la movilización del paciente al borde de la cama	26
025PMCS	Sistema parcialmente compensatorio para la movilización del paciente de la cama a la silla	28
026PMCC	Sistema parcialmente compensatorio para la movilización del paciente de la cama a la camilla	30
027PMCC	Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente de la cama a la camilla.	31
028PDA	Sistema de apoyo educativo y parcialmente compensatorio para la deambulación asistida del paciente	32
03PHPV	Procedimiento para la higiene personal y vestido del paciente	
031PHPC	Sistema totalmente compensatorio para paciente que requiere higiene del cabello	34
032PHPO	Sistema totalmente compensatorio para paciente que requiere higiene oral	36

033PHPC	Sistema totalmente compensatorio para paciente que requiere higiene de la cara	37
034PHPBC	Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren baño en cama	38
035PHPG	Sistema totalmente compensatorio para paciente que requiere higiene de genitales	42
036PHV	Sistema totalmente compensatorio en el vestido del paciente	44
037PTCO	Sistema totalmente compensatorio en el tendido de cama ocupada	45
038PHPV	Sistema de apoyo para la higiene y vestido del paciente	49
04PE	Procedimiento para la eliminación	
041PEIU	Sistema de apoyo educativo para pacientes con incontinencia urinaria	51
042PEIU	Sistema parcialmente compensatorio para pacientes con incontinencia urinaria	53
043PEIF	Sistema de apoyo educativo en pacientes con incontinencia fecal	54
044PEIF	Sistema parcialmente compensatorio para pacientes con incontinencia urinaria	55

INTRODUCCION

El Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes (IAHULA), constituye el principal centro de salud del estado Mérida, de tal forma que diariamente se recibe un gran número de pacientes, que requieren de cuidados especializados y es donde los profesionales de enfermería tienen la responsabilidad de cumplir con las demandas de las necesidades que los pacientes presenten.

En el caso particular de los pacientes con afecciones neurológicas es importante considerar que los cuidados demandados por este grupo de usuarios podrían extenderse incluso hasta después del egreso a sus hogares, tal como lo demostró la investigación realizada por Marcano la cual llevó por nombre: Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la Unidad de Cuidados Intensivos. Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Diciembre 2011-octubre 2012, donde en los resultados arrojados por el Índice de Barthel (IB), que fue el instrumento aplicado, se consiguió que el 36,6% de los pacientes eran totalmente dependientes de cuidados en la realización de las actividades de la vida diaria (AVD)¹.

Por lo expuesto anteriormente se tomó la iniciativa de diseñar este protocolo basado en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem², enfocado en los sistemas de autocuidado. El sistema de apoyo educativo porque se incluye al paciente y al familiar al recibir orientación y conocimientos para su participación en los cuidados que puedan ser un

poco más complejos, de manera que, una vez que el paciente egrese tanto de la UCI como de la institución, el cuidador pueda desarrollar las AVD en su hogar con mayor seguridad.

El sistema totalmente compensatorio porque se evidenció en el estudio de Marcano, mencionado anteriormente, que un número considerable de pacientes eran dependientes del cuidado para realizar AVD y el sistema parcialmente compensatorio donde el profesional de enfermería colabora en el cuidado de las AVD del paciente cuando este requiere de ayuda en algunas actividades.

Siendo así, el diseño del protocolo será de gran ayuda tanto para los profesionales de enfermería en el reforzamiento de sus conocimientos y habilidades, así como, para el familiar en la participación de los cuidados del paciente y para el propio paciente en la gestión de autocuidado; permitiendo una comunicación óptima entre estos tres integrantes, que favorezca el restablecimiento del paciente al momento del egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del IAHULA y la prevención de posibles complicaciones que puedan ameritar el reingreso del mismo a la institución de salud.

Este protocolo se considera una guía de consulta para el profesional de enfermería, interesado en revisar los procedimientos que se llevan a cabo para satisfacer las AVD. No está enfocado en el proceso enfermero debido a que no se trata de estudios de caso, donde se aplican las cinco etapas del mencionado proceso, en busca de resolver problemas específicos del paciente, por el contrario el protocolo permite prevenir complicaciones.

El diseño del presente protocolo incluye las siguientes parte: justificación, misión, visión, objetivos generales, campo de aplicación, población objeto, alcances y el protocolo como tal.

JUSTIFICACION

La protocolización de los cuidados en las AVD conforma un instrumento indispensable en la práctica de los profesionales de la enfermería. Una de las grandes ventajas del protocolo es el hecho de que se logra integrar al familiar en estas actividades, haciéndole sentir útil e importante en la satisfacción de las necesidades presentadas por el paciente, antes del egreso de la UCI, y posteriormente, cuando se encuentre en el hogar.

Otra de las ventajas del protocolo radica en permitir la unificación de los criterios de actuación de enfermería en las AVD, dando una atención eficiente, oportuna y de calidad a los pacientes reclusos en la UCI.

En la UCI del IAHULA, hasta el momento, no se cuenta con un manual de procedimientos sobre las AVD, es por tal motivo que este protocolo es sin duda, una herramienta muy útil para los profesionales de enfermería, no solo de esta unidad, sino también del resto de las áreas de hospitalización de este centro de salud, que consideren conveniente su utilidad.

MISIÓN

El Protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas, fue diseñado para que los profesionales de enfermería cuenten con un instrumento de trabajo relacionado con las AVD que se deben desarrollar en el cuidado del paciente hospitalizado en la UCI del IAHULA, bajo los sistemas de autocuidado referenciados en la teoría de Dorothea Orem.

VISIÓN

El Protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas, será un documento de referencia a nivel local, regional y nacional para la aplicación y difusión por parte de los profesionales de enfermería sobre las AVD, con la finalidad de estandarizar los procedimientos antes del alta del paciente y permitiendo incorporar al familiar en los mismos.

OBJETIVOS GENERALES

1. Fortalecer el conocimiento sobre las AVD en el profesional de enfermería para el cuidado del paciente con afecciones neurológicas.
2. Aplicar el sistema de apoyo educativo al familiar del paciente con afecciones neurológicas.
3. Prevenir las complicaciones en el paciente con afecciones neurológicas al egreso de la UCI del IAHULA.

Con relación a los objetivos específicos, se consideró necesario describirlos previo a cada AVD, tal como se presentan en el protocolo.

CAMPO DE APLICACIÓN

Principalmente, este protocolo fue diseñado para ser aplicado en la UCI del IAHULA.

POBLACIÓN OBJETO

Los pacientes involucrados en la aplicación del protocolo serán todos aquellos que puedan padecer en un momento dado algún tipo de afección neurológica, ya sea por trauma encefalocraneal, un accidente cerebrovascular, postoperatorios de lesiones ocupantes de espacio u otra lesión que comprometa el sistema neurológico, causándole limitación de forma parcial o total para satisfacer las necesidades de las AVD.

ALCANCE DEL PROTOCOLO

Con el diseño de este protocolo se pretende despertar la iniciativa de otros profesionales de la enfermería a la aplicación del mismo en otras áreas del IAHULA donde se encuentren pacientes con afecciones neurológicas.

PROTOCOLO

Antes de aplicar el protocolo se debe tomar en cuenta una serie de normas generales expuestas en el siguiente recuadro.

Normas generales para la aplicación del protocolo
1. Aplicar los principios de autonomía, equidad, no maleficencia, beneficencia.
2. Respetar la privacidad del paciente e informar sobre cada una de las actividades a realizar especificando claramente los procedimientos y permitiendo su participación hasta donde su condición de salud lo permita.
3. Incorporar al familiar guiando y educando en cuanto a los cuidados del paciente en la realización de las AVD.
4. Aplicar el IB antes y después de utilizar el protocolo, para evaluar la variación.
5. Seleccionar el sistema de autocuidado correspondiente a cada paciente según la teoría de Dorothea Orem.
6. Realizar el lavado de manos antes y después de cada actividad planificada con el paciente.
7. Disponer del equipo necesario para el desarrollo de cada actividad con el paciente.
8. La persona que brinda cuidados debe adoptar una alineación corporal adecuada, para no lesionarse.
9. Establecer un horario para la realización de las actividades.
10. Brindar apoyo emocional tanto al paciente como al familiar.

Descripción

Seguidamente se encuentra una serie de procedimientos enfocados en las AVD, reportadas en el IB: alimentación, deambulaci3n y movilizaci3n, higiene personal y vestido, y la eliminaci3n.

Cada procedimiento cuenta con un c3digo general, as3 mismo, cada cuidado presenta un c3digo espec3fico, todo con la finalidad de facilitar su identificaci3n cuando sea aplicada, ejemplo: 01PA, es el c3digo general del procedimiento para la alimentaci3n del paciente y 011PAOSAE representa el c3digo espec3fico del sistema de apoyo educativo para los pacientes que reciben alimentaci3n oral. En cada cuidado se presenta el equipo o materiales necesarios para llevarlo a cabo, los pasos a seguir, en forma de secuencia y el fundamento de cada actividad.

00LM. Procedimiento de lavado de manos.

Equipo	01SAELM: Sistema de apoyo educativo para el lavado de manos.	Fundamentos del procedimiento ^{2,3,4}
Agua corriente, o jarra con agua, jabón líquido, cepillo, cortaúñas, toallas descartables o papel absorbente, jofaina.	1. Retirar accesorios como anillos, pulseras, reloj.	Son portadores de bacterias.
	2. En caso de tener las uñas largas, es necesario cortarlas. Colocar aceites o humedecer las uñas por 10 minutos, cortarlas en línea recta por encima del borde del crecimiento de la uña, y luego limar.	Debajo de la uñas se acumulan partículas de sustancias que puedan estar en contacto con las manos, que al acumularse y en presencia de humedad desarrolla proliferación bacteriana y micótica. La intención es prevenir la translocación de bacterias y hongos. Limar las uñas evita el riesgo de arañazos en la piel.
	3. Abrir la llave de la lava manos, colocar las manos bajo el agua (figura 1) y lavar desde las muñecas hacia los dedos sin sacudir.	Permite humedecer las manos y retirar parcialmente la suciedad.
	4. Aplicar jabón líquido de dispensador, realizando fricción y rotación en dorso, muñecas, palmas de la mano y zonas interdigitales entrecruzando los dedos, repetir de tres a cuatro veces.	Favorece el desprendimiento de bacterias adheridas en la piel de las manos, la intención de repetir el procedimiento es limpiar al máximo ya que las manos están en constante contacto con diferentes superficies.
	5. Lavar las uñas con el cepillo.	Retirar la suciedad que se encuentran bajo las uñas.

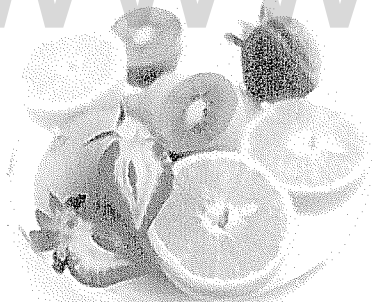
Equipo	01SAELM: Sistema de apoyo educativo para el lavado de manos.	Fundamentos del procedimiento ^{2,3,4}
	6. Retirar el jabón con abundante agua realizando fricción de las manos, lavar manteniendo las manos hacia abajo	La fricción más la caída del agua permite que no quede jabón en las manos. La posición de las manos permite que la caída del agua arrastre las bacterias hacia abajo, es decir desde la muñeca hacia los dedos.
	7. Si la llave del grifo es manual cerrar utilizando una toalla descartable. No aplica en personas que no deambulan.	Es necesario ya que gran cantidad de bacterias se encuentran alojadas en los grifos, y volverán a las manos.
	8. Secar con toallas descartables desde la muñeca hasta los dedos sin dejar humedad.	La humedad favorece la propagación bacteriana por ello no se recomienda las toallas de tela, siempre están húmedas y son usadas por varias personas.

Nota: este procedimiento es aplicable al profesional de enfermería, pero también al familiar y al paciente mediante el sistema de apoyo educativo.



Figura 1. Lavado de mano

1. Cuidados en la alimentación.



Objetivo específico: ofrecer orientaciones al familiar mediante el sistema de apoyo educativo sobre la alimentación del paciente con afecciones neurológicas.

01PA. Procedimiento para la alimentación del paciente.

Equipo	011PAQSAE: Sistema de apoyo educativo para pacientes que reciben alimentación oral.	Fundamento del procedimiento ^{4, 5, 6, 7, 8.}
Cubiertos, bandeja, servilleta, mesa portátil o fija. Dieta indicada al paciente.	1. Verificar el cumplimiento del lavado de manos de la persona.	Evita el paso de bacterias a través de la boca al sistema gastrointestinal, disminuyendo el riesgo de infecciones.
	2. Informar al paciente que es la hora de comer y comprobar que entendió correctamente.	Es necesario que la persona esté consciente para recibir alimentación oral, y el recordar la hora le ayuda a relacionar que tipos de alimentos va a recibir.
	3. Entregar al paciente los cubiertos y servilletas para la alimentación.	Es necesario observar que la persona tiene la capacidad de cortar y llevar los alimentos a la boca.
	4. Servir la comida en una mesa portátil y acercarla al paciente siguiendo la dieta indicada por el nutricionista (figura 2).	La nutrición adecuada en los pacientes, garantiza la demanda energética requerida para cumplir las funciones corporales.
	5. Los alimentos deben tener buena presencia y temperatura para que el paciente los ingiera.	Los alimentos presentados al paciente se deben ver provocativos y tener buen gusto, sin hacer uso de condimentos artificiales, los alimentos fríos o muy calientes son poco apetecibles.
	6. Incentivar a la ingesta completa de los alimentos.	Esto es para garantizar el aporte de nutrientes y las demandas requeridas por la persona.

Equipo	011PAOSAE: Sistema de apoyo educativo para pacientes que reciben alimentación oral.	Fundamento del procedimiento ^{4, 5, 6, 7, 8.}
	7. Indicar al paciente que tome bocados pequeños y que mastique bien.	Disminuye el riesgo de asfixia por broncoaspiración, los alimentos bien masticados facilitan el proceso de digestión.
	8. Indicar que trague luego de cada masticación.	Se debe a que estimula el transporte del bolo alimenticio al estómago para continuar la digestión.
	9. Luego de la alimentación realizar higiene oral y lavado de manos.	Favorece el cuidado de los dientes y la disminución de bacterias que puedan causar mal aliento. Retira el resto de alimentos que se hayan puesto en contacto con las manos.



Figura 2. Dieta balanceada

Equipo	012PAOSPC: Sistema parcialmente compensatorio para pacientes que recibe alimentación oral.	Fundamento del procedimiento ^{4, 5, 6, 7, 8.}
Pitillos, servilletas, dispensadores de alimentos, bebidas, masa portátil o bandeja, dieta indicada por el nutricionista, materiales de higiene oral.	1. Verificar el cumplimiento del lavado de manos del cuidador.	Evita el paso de bacterias a través de la boca al sistema gastrointestinal, disminuyendo el riesgo de infecciones.
	2. Colocar al paciente en posición Fowler o elevar la cabecera hasta donde su condición lo permita, al mismo tiempo que le informa que es hora de comer y comprueba que acepta.	La posición favorece la deglución y el cierre de la glotis disminuyendo el riesgo de asfixia. Es necesario que la persona esté consciente para recibir alimentación oral, y el recordar la hora le ayuda al paciente a relacionar que tipos de alimentos va a recibir, así la aceptación de los mismos.
	3. Colocar la servilleta o en su defecto un babero que rodee el cuello de la persona.	Esto es para mantener la pulcritud de la ropa de la persona en caso de que se derrame alimentos.
	4. Presentar los alimentos indicados por el nutricionista en una mesa portátil o bandeja (figura 3).	Por lo general se recomiendan dietas blandas o líquidos espesos si la persona se le dificulta el proceso de masticación y deglución.
	5. Los alimentos deben tener buena presencia y temperatura.	Prepara los alimentos de forma que se vean provocativos y tengan buen gusto, sin hacer uso de condimentos artificiales. Los alimentos fríos o muy calientes son poco apetecibles.
	6. Situarse junto al paciente y administrar los alimentos en pequeñas cantidades permitiendo que mastique y trague con tranquilidad.	Es necesario disponer de tiempo para llevar a cabo la actividad dándole confianza a la persona y así lograr el propósito de la alimentación. Además leer fundamento del paso 7 anterior.

Equipo	012PAOSPC: Sistema parcialmente compensatorio para pacientes que reciben alimentación oral	Fundamento del procedimiento ^{4, 5, 6, 7, 8.}
	7. Administrar líquidos con precaución a pocos sorbos con pitillos.	Ayuda a la dilución del bolo y el tener precaución disminuye el riesgo de broncoaspiración.
	8. Realizar procedimiento de higiene bucal.	Favorece el cuidado de los dientes y la disminución de bacterias que puedan causar halitosis. Retira el resto de alimentos que se hayan puesto en contacto con las manos.

www.bdigital.ula.ve



Figura 3. Presentación de los alimentos al paciente

Equipo	013PADSTC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que reciben alimentación a través de dispositivos o sondas de nutrición enteral.	Fundamento del procedimiento ^{4, 5, 6, 7, 8.}
Gasas, solución antiséptica, adhesivo antialérgico. Sondas o dispositivos de alimentación jeringas para alimentación y agua.	1. Verificar el cumplimiento del lavado de manos del cuidador.	Evita el paso de bacterias a través de la boca al sistema gastrointestinal, disminuyendo el riesgo de infecciones.
	2 Colocar al paciente en posición Fowler o elevar la cabecera hasta donde su condición lo permita, al mismo tiempo que le informa que es hora de comer y comprueba que acepta.	La posición favorece la deglución y el cierre de la glotis disminuyendo el riesgo de asfixia. Es necesario que la persona esté consiente para recibir alimentación oral, y el recordar la hora le ayuda al paciente a relacionar que tipos de alimentos va a recibir, así la aceptación de los mismos.
	3. Verificar ubicación del dispositivo o sonda de alimentación.	Las sondas nasogástricas podrían no estar en la cámara gástrica o estomago aumentando el riesgo de broncoaspiración.
	4. Verificar la fecha de cambio del dispositivo.	Existen dispositivos que se deben cambiar cada siete días mientras que otros se cambian cada tres semanas o cada cuatro.
	5. Con una jeringa de 20cc o 50cc aspirar a través del puerto de entrada del dispositivo o sonda.	La ausencia de residuo gástrico al aspirar antes de la próxima dieta, indica que el paciente tolera el tipo de dieta administrada.
	6. Lavar con 20cc de agua a través del puerto de entrada del dispositivo o sonda.	Permite comprobar la permeabilidad del dispositivo. En pediátricos disminuir la cantidad de agua.

Equipo	013PADSTC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que reciben alimentación a través de dispositivos o sondas de nutrición enteral.	Fundamento del procedimiento ^{4, 5, 6, 7, 8.}
	7. Verificar que la dieta sea la indicada por el nutricionista de acuerdo al lugar donde este el dispositivo o sonda.	Dependiendo de la ubicación del dispositivo el nutricionista indicará la dieta que recibirá la persona, los alimentos que llegan yeyuno no tienen las mismas características que los que llegan al estómago.
	8. Administrar la dieta, a través de la jeringa para alimentación por el puerto de entrada del dispositivo, y mantenerla a la altura en que se encuentre la cabeza en caso de ser nasogástrica.	El paso del quimo a duodeno es de gota a gota los aportes a alta velocidad aumentan el peristaltismo, y pueden llevar a mala absorción o vaciamiento gástrico acelerado, por tal sentido es que se sugiere no elevar demasiado el brazo que sostiene la jeringa con la dieta para que no pase tan rápido.
	9. Si el paciente en vez de sonda nasogástrica u orogástrica cuenta con otro dispositivo en otra parte del sistema gastrointestinal al administrar la dieta observar que no existan fugas.	De existir fugas es signo de que el dispositivo no está bien situado o se está formado alguna fistula. Existen otra formas de ingresar alimentos al tracto digestivo entre ellas las esofagostomias, gastrostomias, yeyunostomia, estos son puertos de entrada por donde se alimentan a las personas cuando por la boca no se puede hacer.
	10. Lavar el dispositivo con 20cc de agua y cerrar bien.	Lavar para que no se obstruya. Disminuir la cantidad de agua en pediátricos. Cerrar para evitar el retorno de los alimentos.
	11. En caso de otro dispositivo en otra parte del tracto gástrico limpiar alrededor de la piel y desde la base del dispositivo hasta la parte distal y cubrir.	Es necesario cuidar el área de la piel donde se insertó el dispositivo para evitar los procesos infecciosos, y se debe cubrir el dispositivo para evitar translocación bacteriana al sistema digestivo

2. Cuidados en la movilización y deambulación



Objetivo específico: ofrecer apoyo educativo al familiar sobre la movilización y deambulación del paciente con afecciones neurológicas.

02PDM. Procedimiento para la movilización y deambulación del paciente.

Equipo	021PMSTC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente en cama.	Fundamento del procedimiento. ^{4, 7, 8, 9.}	
Colchón antiescaras, almohadas, cojines de espuma, centros de cama de tela.	1 Cuidar de la alineación corporal al ayudar a movilizar a otra persona.	Previene las contracturas musculares en el cuidador.	
	2 Flexionar las rodillas y separar los pies antes de realizar la actividad (figura 4).	Mantiene el equilibrio corporal al realizar la movilización.	
	Movilización a decúbito supino:		
	3 Retirar desde cubrecama hasta sobresábana todas juntas de arriba hacia abajo en forma de abanico (figura 5).	Ofrece mayor visualización de la persona y mantiene el orden del tendido de cama.	
	4 Colocarse en el lado de la cama al que el paciente da la espalda.	Facilita la rotación corporal de la persona y la retirada de los cojines que le sostienen.	

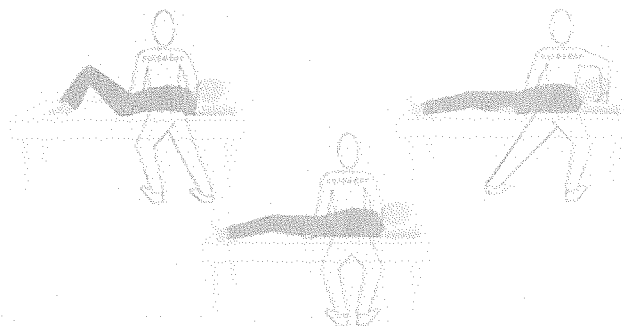



Figura. 4. Posiciones del cuidador al realizar la actividad



Figura. 5. Retiro de cubrecama

Equipo	021PMSTC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente en cama.	Fundamento del procedimiento. ^{4, 7, 8, 9,}
	5 Girar suavemente hasta lograr la posición, estirando la pierna y el brazo que estaba apoyado en la cama en la anterior posición.	Evita el desacondicionamiento físico y atrofia de los músculos de la persona en camada.
	6 Comprobar que el paciente ocupe el centro de la cama (figura 6).	<p>Da mayor seguridad y disminuye el riesgo de caída.</p>  <p>Figura 6. Paciente en el centro de la cama</p>
	7 Colocar las almohadas y cojines bajo la cabeza, bajo los talones, otra protegiendo el sacro, y bajo los codos.	Evitar los puntos de presión y el riesgo de escaras
	8 Comprobar el confort de la persona y cubrirla.	Brinda tranquilidad y relajación muscular.


Equipo	021PMSTC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente en cama	Fundamento del procedimiento ^{4, 7, 8, 9, 10.}
	Movilización a decúbito lateral:	
	1 Retirar las sábanas que cubren al paciente, según paso 3 anterior.	Ver fundamento del paso 3 anterior.
	2 Comprobar que el usuario se encuentre en el centro de la cama en posición supino.	Permite que al realizar la rotación corporal exista superficie de cama que lo soporte evitando caídas.
	3 Ubicarse en el lado de la cama donde se va a colocar del paciente sujetando la mano y luego flexionando el brazo y pierna contraria del lado que queremos situarlo (figura 7).	Brinda protección y facilita la movilización de la persona. La flexión de los miembros mantiene estabilidad en la postura corporal adoptada. 
	4 Girar a la persona del lado en que nos encontramos, tirando suavemente de su hombro y su cadera. (Dos personas para realizar el este paso) (figura 7).	Dar cambios de posición corporal y disminuir la estancia del cuerpo en una sola postura, favoreciendo la microcirculación de la piel.

Figura 7. Técnica para girar al paciente

Equipo	021PMSTC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente en cama.	Fundamento del procedimiento ^{4, 7, 8, 9, 10}
	5 Verificar que quede en el centro de la cama.	Disminuye el riesgo de caídas.
	6 Colocar cojines bajo la cabeza, el codo, entre las rodillas, y el tobillo (figura 8).	Disminuye el roce constante sobre los puntos de presión, evitando lesiones en la piel.
	7 Colocar una almohada sujetando la espalda (figura 9).	Disminuye el esfuerzo de la persona por mantener la posición, favoreciendo a la relajación muscular.
	8 Cubrir al paciente con su ropa de cama, comprobar que este cómodo.	Permite la comodidad de la persona y la protección a su privacidad.



Figura 8. Cojines para decúbito lateral



Figura 9. Almohada en la espalda

Equipo	021PMSTC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente en cama	Fundamento del procedimiento ^{4, 7, 8, 9,}
	Movilización a decúbito prono:	
	1 Se realiza a partir del decúbito lateral, situando a la persona en la orilla de la cama, hacia el lado que da la espalda (figura 10).	Esto es para que al girar el cuerpo, la persona se sitúe en el centro de la cama.
	2 Colocar las almohadas en los puntos de presión bajo la cabeza, en abdomen, otra bajo las rodillas y otra bajo los pies (figura11).	Leer fundamento del paso 6 anterior.
3 Realizar el giro hacia decúbito prono (boca abajo), sacando hacia atrás con cuidado el brazo que tiene apoyado en la cama. (Dos cuidadores).	Favorece el drenaje de secreciones orales en el caso de que la persona no pueda deglutir, así como el descanso de la espalda ya que el supino es la posición de mayor uso.	



Figura 10. Decúbito prono



Figura 11. Cojines en puntos de presión

Equipo	021PMSTC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente en cama	Fundamento del procedimiento ^{4, 7, 8, 9.}
	Movilización a decúbito prono:	
	4 Observar que no se obstaculice la vía respiratoria (figura 12).	Esto se debe a la compresión torácica que causa la posición o a la debilidad de los músculos respiratorios.
	5 Comprobar la alineación y comodidad.	Para ofrecer mayor relajación.
	6 Comprobar que la posición no este contraindicada.	Los cambios principalmente ventilatorios podrían desencadenar una emergencia.
	7 Cubrir a la persona con las sábanas.	Respeto a la intimidad de la persona.

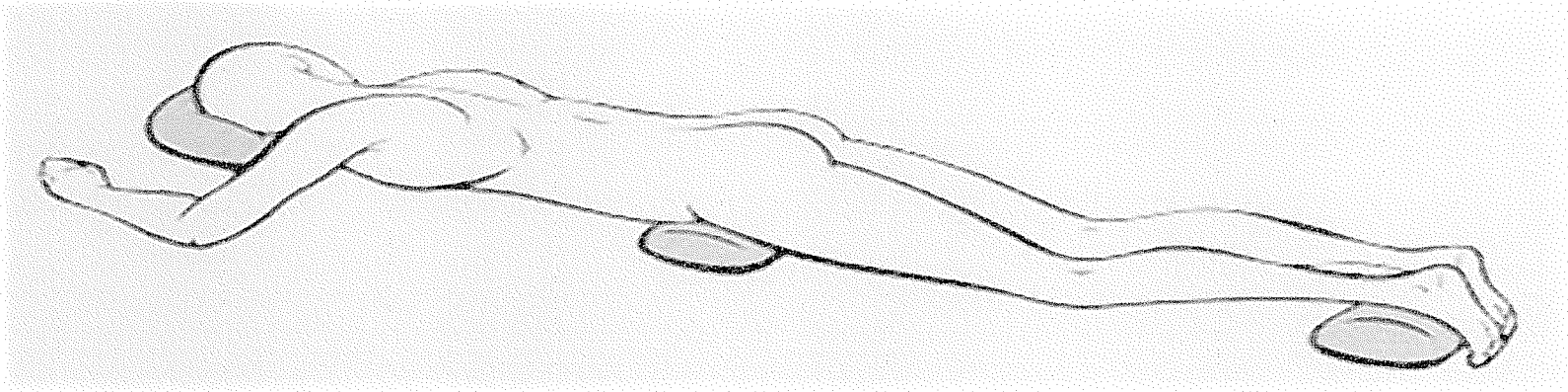


Figura 12. Alineación corporal y rotación lateral de la cabeza





Equipo	022PMSAE: Sistema de apoyo educativo para la movilización del paciente en la cama.	Fundamento del procedimiento ^{4, 7, 8, 9,}
Sábanas.	1 El cuidador se sitúa al lateral de la cama.	Es la posición indicada para guiar verbalmente o dar órdenes a la persona encamada sin que se sienta juzgado por su condición de salud.
	2 Indica a la persona que con sus manos se sujete de la cabecera de la cama.	Para movimiento que con los brazos se ayude a realizar el movimiento.
	3 Indica a la persona que flexione las piernas y apoye las plantas de los pies sobre la superficie de la cama.	Le ofrece el impulso que necesita para realizar el movimiento.
	4 El cuidador le pide a la persona que levantando la cadera con los pies sujetos sobre la cama realice extensión de las piernas y tracción de los brazos (figura 13). Cubrir al paciente con la sábana.	Facilita el movimiento disminuyendo el roce sobre la cama. 

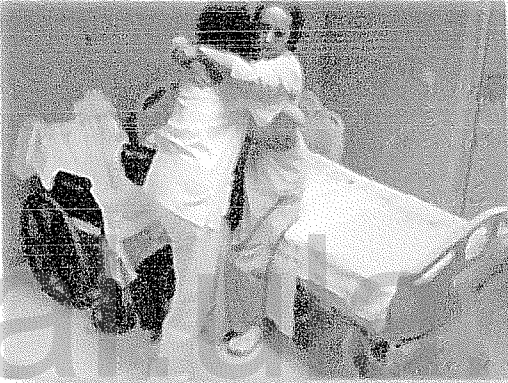
Figura 13. Desplazamiento del paciente


Equipo	023PMCC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente con centro de cama.	Fundamentos del procedimiento ^{4,7,8,9.}
Centro de tela, sábana.	1 Verificar la presencia del centro de tela y retirar cubrecama.	Permite movilizar a la persona sin causar roces en la piel y mantiene el tendido de cama.
	2 El centro debe estar desde los hombros hasta después de los glúteos.	Ofrece mayor seguridad al momento de mover a la persona.
	3 Se debe ubicar un cuidador de cada lado.	Esto para evitar lesión musculo - esquelético del cuidador.
	4 Enrollar los laterales del centro hacia la persona.	Se ejerce menor tracción y esfuerzo estabilizando la base en la que se mueve a la persona.
	5 Levantar al mismo tiempo de ambos lados y ubicar a la persona en la cama en el lugar deseado.	Mantiene la alineación corporal de la persona y permite ayudar al momento de dar cambios de posición.
	6 Desenrollar el centro y cubrir con sábana.	Mantiene el orden del tendido de cama.

Equipo	024PMBC: Sistema parcialmente compensatorio para la movilización del paciente al borde de la cama.	Fundamentos del procedimiento ^{4, 7, 8, 9.}
Si el cuidador considera, usar faja de protección para la columna.	1 Ubicar al paciente en el borde de la cama.	Facilita la movilización para adoptar el cambio de posición.
	2 El cuidador debe ejercer leve flexión de las rodillas.	Para cuidar de la alineación corporal por la carga que pueda ejercer al mover la persona.
	3 Introducir un brazo bajo las piernas el otro sobre ellas.	Para movilizar las piernas a la parte externa de la cama y lograr posteriormente la incorporación de a la posición de sentado.
	4 Realizar un giro sobre la cadera y las piernas de la persona de modo que queden colgando (figura 14).	 <p data-bbox="1172 1219 1740 1250">Figura 14. Movilización al borde de la cama</p>

Equipo	024PMBC: Sistema parcialmente compensatorio para la movilización del paciente al borde de la cama.	Fundamentos del procedimiento ^{4, 7, 8, 9, 10.}
Zapatillas de descanso y bata.	5 El cuidador debe colocarse cerca de la cabecera de la cama.	Para subir el tronco de la persona sin tirar de los brazos y causar menos molestia o lesiones musculares, el hecho de que la persona con sus brazos rodee el cuello del cuidador facilita el procedimiento y disminuye el esfuerzo realizado por ambos.
	6 El brazo del cuidador cercano a la cabecera debe rodear los hombros de la persona.	
	7 El otro brazo del cuidador debe sujetar el hombro distal del paciente (figura 15).	
	8 Si la persona puede, deberá colocar los brazos rodeando el cuello del cuidador.	
	 <p data-bbox="1244 900 1734 933">Figura 15. Sujeción del hombro distal.</p>	9 El cuidador con las piernas ligeramente flexionadas, balanceará su cuerpo hacia atrás logrando erguir el tronco de la persona.
		10 Permanecer cerca de la persona, preguntar si siente mareo o está cansado.
	11 Si la persona se dispone a caminar colocar zapatillas, bata y permanecer sentado veinte minutos.	Evita el riesgo de caída en la persona.

Equipo	025PMCS: Sistema parcialmente compensatorio para movilizar al paciente de la cama a la silla.	Fundamentos del procedimiento ^{4,7,8.}
Si el cuidador considera, faja de protección para la columna, silla, escabel.	1 Partir desde la posición del borde de la cama, ya descrita.	Es necesario que la persona permanezca sentado antes de levantarse, evita las caídas.
	2 Ubicar la silla al lateral de la cama donde se dispone a levantar a la persona, si la silla tiene ruedas, fijarlas (figura 16).	<p>Permite que el traslado se realice más rápido, al fijar las ruedas se evita que la silla se deslice y se da mayor seguridad al paciente.</p>  <p>Figura 16. Movilización del paciente</p>
	3 Si la cama es alta colocar un escabel.	Facilita a la persona bajarse de la cama.
	4 El cuidador frente a la persona le pide que se apoye en sus hombros (figura 17).	Siempre se debe brindar apoyo aún cuando la persona esté capacitada para hacerlo sola, ya que en las convalecencias puede presentar mareos o hipotensión por cambios de posición.
	5 El cuidador sujeta la cintura de la persona y le pide que baje.	Le ofrece mayor estabilidad a la persona.

Equipo	025PMCS: Sistema parcialmente compensatorio para movilizar al paciente de la cama a la silla.	Fundamentos del procedimiento ^{4, 7, 8, 9.}
Almohada.	7 Al poner los pies en el piso el cuidador con su rodilla más próxima sujeta la rodilla del paciente (figura 17).	<p>Permite erguir la rodilla de la persona y estabilizar a la persona antes de girarla a la silla.</p>  <p>Figura 17. Posición del cuidador y del paciente</p>
	8 Realizar un giro con la persona hacia donde está la silla.	Permite que la persona quede de espaldas a la silla y pueda sentarse con mayor facilidad.
	9 Flexionar las rodillas y dejar que la persona las flexione.	Para cuidar de la higiene corporal al mismo tiempo en que se ayuda a sentar a la persona.
	10 Colocar una almohada en el respaldo de la silla y comprobar que se mantenga la alineación corporal.	Le ofrece mayor confort a la persona.

Equipo	026PMCC: Sistema parcialmente compensatorio para movilizar al paciente de la cama a camilla.	Fundamentos del procedimiento ^{4, 7, 8, 9.}
Camilla tendida, centro de tela, sábana.	1 Retirar cubrecama de la forma ya descrita.	Mantener el orden del vestido de cama.
	2 Acercar la camilla al lateral de la cama, asegurarla para que no deslice, enrollar el centro de tela.	Facilita el traslado de la persona a la camilla y asegurarla, disminuyendo el riesgo de caída.
	3 Pedir al paciente que se acerque al borde de la cama.	 <p data-bbox="1319 1024 1744 1057">Figura 18. Uso del centro de tela</p>
	4 El cuidador extiende el centro de tela sobre la camilla (figura 18).	
	5 En la medida que la persona levanta la cadera y se rueda hacia la camilla el cuidador tira del centro para ayudarlo.	
	6 Indicar que se coloque en el centro de la cama.	Mantiene la alineación corporal y evita caídas durante el traslado en la camilla.
	7 Cubrir a la persona con sábana.	Evita la exposición de la intimidad de la persona.

Equipo	027PMCC: Sistema totalmente compensatorio para la movilización del paciente de la cama a la camilla.	Fundamentos del procedimiento ^{4, 7, 8, 9.}
Camilla tendida, centro de tela, pasa paciente, cubrecama.	1 Se realiza a partir de la posición decúbito lateral.	La posición facilita la colocación del pasa paciente, lo que disminuye el esfuerzo realizado por el cuidador.
	2 Se levanta el centro de tela, bajo éste se coloca el pasa paciente.	
	3 Un cuidador ayuda a sostener la cabeza.	La hiperextensión del cuello puede causar lesión cervical o trauma encefálico.
	4 Un cuidador, protegiendo de su alineación corporal, tira del centro hacia él, hasta que la persona pase a la camilla.	Mantener una buena postura al realizar una carga evita las contracturas musculares. Al tirar del centro de tela, el pasa paciente rueda a la camilla, evitando mayores esfuerzos.
	5 Se realiza una rotación lateral de la persona hacia el lado del cuidador, y se retira el pasa paciente.	El pasa paciente es un instrumento de ayuda pero dejarlo por mucho tiempo puede causar molestia en la espalda de la persona.
	6 Cubrir a la persona con cubrecamas.	La intimidad de la persona es muy importante, es símbolo de respeto.

Equipo	028PDA: Sistema de apoyo educativo y parcialmente compensatorio en la deambulaci3n asistida del paciente.	Fundamentos del procedimiento ^{4, 7, 8, 9.}
Bast3n.	1 Se realiza luego de que la persona ha permanecido sentada por veinte minutos.	Favorece la estabilidad de la persona, as3 como reconocer el medio ambiente por el que va a deambular.
	2 Levantar o ayudar a la persona y preguntar si siente mareo.	Se debe estar completamente seguro, de que la persona se encuentra en condiciones de dar caminatas de 50 metros para decir que deambul3 independientemente.
	3 Observar y preguntar si siente fuerza en las piernas para dar pasos.	
	4 Tener cerca el bast3n.	Le brinda seguridad al dar pasos.
	5 Cuando deambula por primera vez luego de superada la enfermedad, debe hacer paseos cortos en la habitaci3n.	Permite evaluar el paso 2 y 3, antes de salir de la habitaci3n, ya que la seguridad del paciente es lo que permitir3 su pronta recuperaci3n.
	6 Si ya ha caminado varias veces puede realizar paseos fuera de la habitaci3n, incluso subir y bajar escaleras, colocando el bast3n delante para mayor seguridad, realizando pausa en las caminatas.	Favorece a la persona porque le permite incorporarse a las relaciones interpersonales y a la sociedad.

3. Cuidados en la higiene personal y vestido.



Objetivo específico: ofrecer apoyo educativo al familiar sobre la higiene y vestido del paciente con afecciones neurológicas.

03PHPV. Procedimientos para la higiene personal y vestido del paciente.

Equipo	O31PHPC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren higiene del cabello	Fundamentos del procedimiento ^{2, 4, 8,9,12, 13, 14,15,}
<p>Recipiente con agua corriente a temperatura adecuada, champú y acondicionador, recipiente para recibir el agua que cae del lavado, impermeable o plástico, torundas de algodón, dos toallas, cepillo o peine.</p>	<p>1 Retirar sábanas que cubren al paciente, hasta la mitad y la almohada.</p>	<p>No humedecer el tendido de cama en exceso y mantener la privacidad del paciente.</p>
	<p>2 La posición del paciente debe ser decúbito dorsal.</p>	<p>Facilita la recolección del agua en el recipiente evitando la caída de champú y agua en los ojos, nariz o boca.</p>
	<p>3 Colocar la toalla enrollada en forma de abanico bajo el cuello, sobre esta el plástico extendido (figura 19).</p>	<p>Evita el exceso de caída de agua en la cama, la toalla enrollada en forma de abanico permite de soporte al cuello causando menor molestia, además que al retirar el plástico el cabello cae sobre la toalla al extenderla.</p>
	<p>4 Introducir el borde inferior del plástico en el recipiente formando un canal.</p>	<p>Favorece la recolección y eliminación del agua sucia.</p> <div data-bbox="1229 948 1727 1273" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="1215 1290 1604 1323">Figura 19. Higiene del cabello</p>
	<p>5 Colocar una torunda de algodón en cada oído y retirarla luego del lavado.</p>	<p>Evita la entrada de agua sucia a los oídos previniendo el riesgo de infección.</p>

Equipo	031PHPC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren higiene del cabello.	Fundamentos del procedimiento ^{2,5,9}
	6 Humedecer el cabello aplicar champú con movimientos circulares y extendiendo hacia los lados y la parte occipital. Enjuagar con abundante agua y repetir si es necesario luego colocar acondicionador y enjuagar.	Favorece la limpieza eficaz desde el cuero cabelludo hasta la parte más distal. Los movimientos estimulan la circulación en el cuero cabelludo ayudando a la reposición de nuevo cabello.
	7 Dejar caer el plástico en el recipiente que recogió el agua del lavado.	Permite extender la toalla y exponer el cabello a una superficie limpia.
	8 Cubrir la cabeza con la toalla, secar y cepillar	Secar para retirar el exceso de agua, el cepillado mejora la apariencia del cabello y favorece su renovación.
	9 Colocar la almohada y extender el cabello hacia los lados.	La almohada ofrece confort y disminuye el roce directo de la parte occipital de la cabeza sobre la superficie del a cama. Colocar el cabello hacia los lados favorece a que el secado sea más rápido.

Equipo	032PHPO: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren higiene oral	Fundamentos del procedimiento. ^{2, 5, 8, 10.}
Cepillo de diente, pasta de dientes, agua, riñonera, toalla, servilletas de papel, equipo de aspiración y sondas de aspiración, guantes.	1 Elevar la cabecera a 45°	Disminuye el riesgo de broncoaspiración
	2 Colocar la toalla o servilleta sobre el pecho.	Protege de la caída de secreciones sobre la ropa o la piel.
	3 Colocarse guantes. Cepillar con pasta de dientes realizando movimientos verticales (figura 20) desde la raíz a la corona y luego horizontales tanto en la cara interna como externa de los dientes. Las muelas con cepillado circular.	Evita que se acumule residuos de alimentos en las encías y entre los dientes, así como también el riesgo de caries. El cepillado de las muelas permite mejor barrido de residuos.
	4 Cepillado circular de la lengua.	Es necesario por el mayor acúmulo de bacterias en esta zona. En la boca existen enzimas que degradan los alimentos.
	5 Enjuagar varias veces la cavidad oral.	Permite extraer los restos de alimentos, pasta dental u el agua del enjuague.
	6 Aspirar secreciones de la boca, con la sonda de aspiración previamente conectada al aspirador, introducir la sonda y sacarla en dos o tres veces.	Permite limpiar la cavidad oral al aspirar el agua del enjuague.

Equipo	033PHPC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren higiene de la cara	Fundamento del procedimiento ^{5,7} .
Toallas pequeñas o esponja, jofaina con agua, crema de afeitarse (varón) o jabón para el uso de la cara.	1 Si el paciente es varón colocar crema de afeitarse o jabón realizando frotos para crear espuma.	Los jabones humectantes no resecan la piel, la espuma jabonosa facilita el afeitado.
	2 Afeitarse siguiendo la forma en que crece el vello, desde las patillas hacia el mentón, lavar la afeitadora, luego rasurar bigote y zona peribucal, lavar la afeitadora, por último afeitarse hasta el cuello y repetir si es necesario.	Esto es para no lesionar los poros y cortar la piel, lavar la afeitadora permitirá retirar el exceso de vello y así no tener que pasar varias veces por la piel ya que se corre el riesgo de causar irritación.
	3 Con una toalla y agua, limpiar los ojos desde ángulo interno al externo (figura 21), luego frente, nariz, cuello y orejas.	Seguir el orden favorece la eliminación de bacterias desde el área de mayor riesgo de infección como lo son los ojos hasta las de menor riesgo.
	4 Secar con toalla con movimientos suaves.	Permite retirar el exceso de agua y estimular las glándulas sebáceas para mantener la hidratación adecuada.



Figura 20. Cepillado de los dientes



Figura 21. Lavado de la cara

Equipo	034PHPBC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren baño en cama.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13.}
<p>Jofaina con agua tibia y otra vacía, jabón, desodorante, crema hidratante, cortaúñas, 4 toallas pequeñas o esponjas, 2 toallas grandes, pañal, centros plásticos de cama, ropa limpia para el paciente y para la cama, guantes.</p>	1 Elevar la cabecera de la cama a 30°, acercar el paciente al lado de la cama donde se va a trabajar manteniendo la alineación corporal del paciente y el cuidador.	La alineación corporal evita las molestias musculares posteriores o durante el procedimiento tanto en el paciente como en el cuidador. Además facilita el acercamiento para realizar la higiene del paciente.
	2 Retirar las sábanas y pijama cubrir al paciente con toalla.	Permite mejor manejo del paciente manteniendo su intimidad.
	3 Realizar 032PHPO (higiene oral).	Es prioridad en el baño del paciente, además que le ofrece sensación de bienestar.
	4 Realizar 033PHPC (higiene de cara).	
	5 Colocar una toalla bajo el brazo. Usar una toalla pequeña para el jabón y otra para el agua.	Evita el exceso de humedad y protege el colchón. Usar toallas por separado favorece que la higiene sea a profundidad.
	6 Elevar el brazo, lavar con pasadas largas, firmes y delicadas desde las muñecas a las axilas (figura 22).	Existe áreas de la piel que sudan más y producen mal olor, tal es el caso de las axilas por ello la posición favorece la limpieza desde un área menos sudada a la más sudada.
	7 Secar bien y aplicar desodorante.	La humedad más el sudor causan olor desagradable. El desodorante permite mantener sensación de frescura.

Equipo	034PHPBC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren baño en cama.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 4, 5, 6, 10, 11, 12, 13}
	8 Sobre la toalla a nivel de la mano colocar una jofaina dejar caer agua, aplicar jabón, dar fricción en las zonas interdigitales (figura 23), enjuagar, de forma que el agua caiga desde la muñeca hasta los dedos, y secar. Repetir si es necesario. Cortar del uñas del paciente si amerita. Repetir el procedimiento en la otra mano. Reforzar este procedimiento con 01SAELM.	Las manos de las personas encamadas también sudan mucho, y las uñas largas propagan la proliferación de bacterias. La higiene de las manos evita la aparición de micosis, dermatitis, además que forma parte de la apariencia física.
	9 Repetir paso 5, 6, 7 y 8 en el otro brazo.	Leer razonamiento de los pasos 5, 6, 7, y 8.



Figura 22. Higiene de los brazos



Figura 23. Higiene de las manos del paciente

Equipo	034PHPBC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren baño en cama.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 4, 5, 6,10, 11, 12,13}
	<p>10 Descubrir extremidades inferiores elevar, colocar toalla bajo ellas (figura 24), enjabonar con movimientos amplios de tobillos hasta la zona inguinal, lavar bien y secar.</p>	<p>Favorece la limpieza completa de la extremidad, permitiendo el arrastre de bacterias de área más limpia a menos limpia, en la zona inguinal se encuentran múltiples bacterias que pueden causar infecciones si llegan a otra parte del cuerpo.</p>  <p>Figura 24. Lavado de las extremidades inferiores</p>
	<p>11 Colocar toalla debajo de los pies y sobre ésta una jofaina, introducir un pie lavar con agua y jabón con atención en las zonas interdigitales. Secarlos y humectar. Repetir el procedimiento con el otro pie.</p>	<p>Humedecer los pies permite que las callosidades ablanden y los movimientos de fricción las retiran. Las zonas interdigitales bien limpias y secas evitan la propagación de micosis. Humectar solo la planta y dorso de los pies, para mantener hidratada el área, realizar masaje favorece la microcirculación.</p>
	<p>12 Descubrir los genitales, seguir procedimiento 035PHPG.</p>	<p>Cuidar de esta área disminuye las infecciones urinarias y lesión en la piel sobre todo en las zonas de pliegues.</p>

Equipo	034PHPBC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren baño en cama.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 4, 5, 6,10, 11, 12,13}
	13 Colocar al paciente en decúbito lateral contrario al que se está trabajando, con la pierna flexionada.	Permite dar cambios de posición y la flexión favorece el peso contralateral, exponiendo mejor el área para la limpieza.
	14 Cubrir la cama con una toalla.	Protege el colchón así como el exceso de humedad en el paciente.
	15 Lavar con agua y jabón desde el cuello hasta los glúteos, con pasadas largas (figura 25) y firmes con atención en los pliegues de glúteos.	Estos movimientos ayudan a estimular la microcirculación de la piel evitando la aparición de úlceras por presión.
	16 Secar la piel, dar fricciones y humectar.	La piel es la principal área de contacto con el colchón, así que la hidratación limita las lesiones en la piel por el roce con la superficie de la cama.
	17 Realizar tendido de cama (figura 26) y vestido de la persona.	Un buen tendido de cama y vestido del paciente disminuye el riesgo de úlceras por presión, brinda confort, y sensación de bienestar.



Figura 25. Lavado de la espalda



Figura 26. Tendido de cama

Equipo	035PHPG: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren higiene de los genitales.	Fundamentos del procedimiento ^{6,10, 11, 12,13}
Palangana con agua tibia, chata o urinario, torundas de algodón grandes, centro plástico, jabón íntimo, pañal, papel sanitario y guantes.	1 Separar las piernas descubrir genitales, enrollar pañal hacia adentro, colocar centro plástico y chata.	Permite inspeccionar el área a limpiar, el plástico protege el colchón y la chata es para recoger el agua del lavado.
	2 Dejar caer agua en zona perianal y jabón poca cantidad en área externa de los genitales.	Humedecer para aplicar el jabón íntimo que evita que no cambie el pH de la zona.
	En la mujer:	
	3 Con una mano iniciar el lavado desde el pubis hacia atrás, lavando primero los labios mayores, con una torunda cada uno. Igual en labios menores.	La intención es, no arrastrar bacterias desde el recto a la vagina o el meato urinario y así evitar infecciones.
	4 Con una mano separar labios, con la otra dejar caer agua.	
	5 Limpiar con movimientos delicados desde el meato urinario hasta después de la vagina. Repetir usando otra torunda (con atención si hay catéter vesical, verificar fecha de cambio).	
6 Lavar con agua logrando que llegue hasta el ano. Retirar chata y centro.	Permite retirar el exceso de jabón y suciedad de la zona perianal.	

Equipo	035PHPG: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que requieren higiene de los genitales.	Fundamentos del procedimiento ^{6, 10, 11, 12,13.}
	7 Secar área desde el pubis hacia atrás, con papel. Colocar pañal.	La humedad colabora al crecimiento de bacterias sobre todo en las áreas de contacto. El pañal mantiene la intimidad del paciente y le da tranquilidad si es incontinente.
	8 Cambiar la sábana si es necesario y si el procedimiento es aislado del baño en cama.	
	En el varón:	
	3 Levantar el pene, retraer piel del prepucio, lavar con movimientos circulares el meato.	Favorece una limpieza efectiva retirando las secreciones que se acumulan sobre todo en los pliegues y garantizando satisfacción de sus necesidades de higiene.
	4 Dejar caer agua en el resto del pene, y alternando con un una esponja jabonosa limpiar con movimientos. Lavar en forma descendente.	
	5 Lavar escroto, levantando y aseando los pliegues, dejar que el agua llegue hasta el ano. Retirar chata y centro.	
	6 Secar con atención en los pliegues inguinales y parte inferior del escroto.	
	7 Repetir paso 8 anterior.	

Equipo	036PHV: Sistema totalmente compensatorio en el vestido del paciente.	Fundamentos del procedimiento ^{14, 15.}
<p>Vestuario cómodo preferiblemente de algodón.</p> <p>Vestuario adecuado para el género.</p> <p>Accesorios como: maquillaje, zarcillos reloj, collares, pulseras, perfume suave antialérgico.</p>	1 Seleccionar prendas de vestir con cierres o botones.	Permite vestir a la persona con mayor facilidad, sin causar tracción exagerada en sus extremidades, así como mayor confort.
	2 Vestuario holgado.	
	3 Ropa íntima no ajustada de algodón.	Las telas sintéticas en contacto con los pliegues de la piel lesionan y favorecen las infecciones.
	4 Cuidar de la intimidad del paciente.	Le ofrece al paciente si está consciente, confianza y seguridad en el cuidador.
	5 Realizar el vestido de forma céfalo caudal.	Si el estado neurológico del paciente lo permite es posible acercar un espejo, esto incentiva a la persona a incorporarse en su autocuidado, y ver cómo cambia la apariencia física.
	6 Realizar peinado del cabello y permitir el uso de accesorios, si el paciente conserva el estado neurológico.	Favorece sensación de bienestar y mejora aún más la apariencia, el uso de accesorios como colocar maquillaje en el caso de ser mujer o reloj en el caso de los hombres. La intención es que el paciente se sienta socialmente aceptado.
	7 Vestir de acuerdo a la ocasión.	Permite incorporar a la persona a las actividades sociales que lo rodean. Por ejemplo traslado a una consulta, recibir visitas en el hogar.

Equipo	037PTCO: Sistema totalmente compensatorio en el tendido de cama ocupada.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 14, 15.}
Forro de cama, sobresábana, funda de almohada, cobija, cubrecama, centro de cama de tela, centro de cama plástico y guantes.	1 Aflojar cubrecama y cobija, retirarlas dobladas y colocarlas sobre una silla, retirar almohada.	Permite mantener orden en el procedimiento
	2 Dejar sobresábana o toalla.	Mantener la privacidad del paciente
	3 Mover a la persona al extremo de la cama por donde se trabajará (figura 27) y realizar baño en cama según 034PHPBC.	Facilita el alcance de la persona que brinda los cuidados el baño en cama va de la mano con el tendido de cama, favorece la higiene completa de la persona.
	4 Luego de realizar el paso 16 de baño en cama, enrollar la sábana hacia el centro de la cama (figura 28), haciendo presión con el cuerpo del paciente.	Facilita el procedimiento evitando tener que mover en exceso a la persona y así no causar tantas molestias.



Figura 27. Mover al paciente al extremo de la cama



Figura 28. Cambio de sábanas

Equipo	037PTCO: Sistema totalmente compensatorio en el tendido de cama ocupada.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 14, 15, 16, 17, 18}
	5 Limpiar la parte descubierta del colchón con esponja y antiséptico, secar.	Elimina el sucio y bacterias que se puedan alojar en el colchón (este paso se puede hacer si el colchón es de material impermeable o antiescaras).
	6 Colocar el forro de cama limpio, sobre éste el centro de tela que alcance desde los hombros hasta los glúteos, y el centro de plástico colocarlo a la altura de la cadera y extender hacia abajo y al centro.	Hacer el procedimiento completo por un solo lado luego por el otro, el centro de tela favorece al momento de dar cambios de posición (figura 29), porque ayuda a rotar al paciente, el cetro de plástico protege de la humedad al colchón, en el caso de incontinencia urinaria o fecal.
	7 Colocar a la persona del lado opuesto, retirar el forro sucio, repetir el paso 5, extender el forro limpio y los centros (figura 30). Cuidar que no se formen arrugas.	Permite completar el tendido de cama para extender bien y evitar las lesiones de piel, a su vez dar cambios de posición a la persona.



Figura 29. Tendido de cama



Figura 30. Extensión de las sábanas

Equipo	037PTCO: Sistema totalmente compensatorio en el tendido de cama ocupada.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 14, 15.}
	9 Ubicar a la persona en el centro de la cama.	Evita el riesgo de caída.
	10 Cambiar funda de almohada (figura 31) y colocar bajo la cabeza y hombros.	Todo el vestido de cama debe ir limpio, la posición de la almohada ayuda a mejorar la alineación corporal.
	11 Retirar la sobresábana o toalla, reemplazar por sobresábana limpia simultáneo a la que va a retirar de arriba hacia abajo. (figura 32).	Para mantener la intimidad de la persona, nunca dejar descubierto al paciente.



Figura 31. Cambio de funda de almohada².



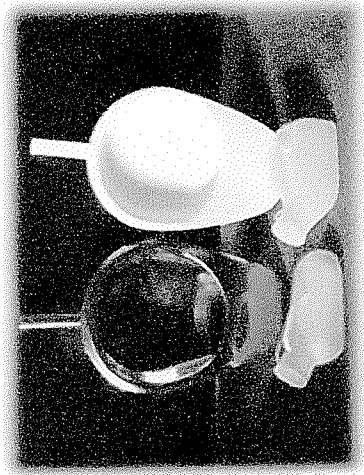
Figura 32. Cambio de sobresanas

Equipo	037PTCO: Sistema totalmente compensatorio en el tendido de cama ocupada.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 14, 15.}
<p>Forro de cama, sobresábana, funda de almohada, cobija, cubrecama, centro de cama de tela, centro de cama plástico.</p>	<p>12 Introducir el borde inferior bajo el colchón, y hacer pliegues en las esquinas (figura 33).</p>	<p>Favorece el tendido y que no se deslicen y caigan al piso por movimientos de la persona.</p>
	<p>13 Colocar la cobija desde los hombros hacia abajo, introducir la parte inferior bajo el colchón y un borde lateral inferior hasta la mitad de la cama.</p>	<p>Mantiene una temperatura corporal óptima después del baño, protege del frío, mejora la apariencia del ambiente en la que se encuentra la persona.</p>
	<p>14 Colocar cubrecama, doblar el borde superior hacia el interior de la cobija y el borde superior de la sobresábana colocarlo sobre el cubrecama.</p>	<div data-bbox="1129 583 1753 976" data-label="Image"> </div> <p data-bbox="1236 1025 1740 1058">Figura 33. Esquina de la sobresábana.</p>

Equipo	038PHPV: Sistema de apoyo educativo para la higiene y vestido del paciente.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 3, 4, 15.}
Cuarto de baño con barandas de agarre o silla, dos toallas, agua tibia, champú, acondicionador, jabón corporal, crema de afeitar, afeitadora, cortaúñas, guantes para el cuidador, sandalias anti-resbalantes, peine.	1 Preparar el cuarto de baño con la silla bajo la regadera, y trasladar equipo de higiene personal.	El cuarto de baño para una persona convaleciente debe brindar seguridad y estar equipado para facilitar la higiene del paciente.
	2 Verificar la temperatura del agua y cerrar puertas y ventanas.	Las duchas con agua muy caliente pueden causar quemaduras y con agua fría broncoespasmo al igual que las corrientes de aire.
	3 Solicitar al paciente que elija la ropa de cambio.	Promover al paciente a que participe en su autocuidado e imagen corporal favorece la recuperación.
	4 Pedir al paciente que se retire los accesorios y la ropa cuidando de la privacidad, ayudarlo si no puede hacerlo. Si amerita cortar las uñas antes del baño.	Si comparte habitación podría quedar en ropa íntima y terminar de desvestirse en el cuarto de baño, la intención es facilitar el proceso del baño y no tener que trasladar cosas de un lado a otro.
	5 Cubrir al paciente con una toalla, indicar que se coloque las sandalias y acompañarlo al cuarto baño.	Es necesario mantener la privacidad del paciente aún cuando se encuentre solo en la habitación, el colocar zapatos de baño evita el riesgo de caída, así como la aparición de micosis en los pies por el contacto directo con el piso. La compañía al paciente es necesaria en el periodo de recuperación, ya que los pacientes pueden presentar mareos, desmayos, o incluso convulsiones.

Equipo	038PHPV: Sistema de apoyo educativo para la higiene y vestido del paciente.	Fundamentos del procedimiento ^{2, 3, 4, 15.}
	6 Indicar al paciente que se sujete de las barandas de agarre si las hay, ayudarlo a entrar al cuarto de baño y pedirle que se siente en la silla.	Las barandas le brindan sostén al paciente, el sentarlo en la silla ayuda a que no se presente hipotensión durante el procedimiento ya que en el periodo de recuperación del paciente este permanece en cama más de lo habitual.
	7 Indicar al paciente que el lavado se debe hacer de forma céfalo caudal o de la cabeza a los pies y ayudar en la higiene de las áreas que el paciente no pueda realizar por sí mismo.	En el caso del varón iniciar con rasurado de la cara, la higiene céfalo caudal permite un lavado corporal optimo evitando el traslado de bacterias de un área a otra, recordar que lo último que se lava son los genitales por ser un área contaminada.
	8 Si la higiene la realiza el paciente solo, se le debe permitir su espacio, verificando cada 10 minutos que se encuentre bien.	Hay pacientes con habilidades para cumplir con su higiene por si solos, sin embargo el cuidador no debe abandonar el cuarto de baño por si el paciente necesita algún tipo de ayuda.
	9 Proporcionar toalla para que se seque con pasadas suaves, aplicar crema corporal y ayudarlo de ser necesario.	Secar para retirar el exceso de humedad en la piel, permitiendo la hidratación y mejor apariencia; a su vez que se estimula la circulación.
	10 Promover a que se vista y se peine o ayudarlo si lo amerita.	El vestido es un proceso sencillo pero que le permite a los pacientes que han estado en cama realizar extensión y rotación de los músculos y extremidades de forma pasiva, evitando el síndrome de desuso.

4. Cuidados en la eliminación.



Objetivo específico: ofrecer apoyo educativo al familiar sobre la eliminación urinaria y fecal.

04PE. Procedimientos para la eliminación.

Equipo	041PEIU: Sistema de apoyo educativo para pacientes con incontinencia urinaria.	Fundamento del procedimiento ^{2, 4, 8,9,12, 13, 14,15.}
Cuarto de baño, urinario o chata, papel higiénico, reloj de pared grande, ropa interior.	1 Ayudar a la persona a ir al cuarto de baño.	Ofrece seguridad a la persona y permite observar que los materiales que usará en el baño estén completos.
	2 Evitar el uso de pañales o sondas de eliminación urinaria.	El uso de dispositivos para la eliminación fomenta más la incontinencia.
	Colocar a la vista un reloj que oriente a la persona.	Ayuda a la persona a estar pendiente de la hora en que le toca entrenar la vejiga.
	4 Programar diariamente el entrenamiento vesical de la siguiente forma: <ul style="list-style-type: none"> - Establecer horario regular para vaciar la vejiga, cada dos horas al inicio y luego prolongarlo. - Dar cantidades medidas de líquido diariamente cada dos horas, luego espaciar, a medida que se prolonga el vaciamiento vesical. - Pedir que espere 30 minutos y luego que intente orinar, contrayendo y relajando los esfínteres de la zona perianal. 	El entrenamiento vesical es clave en la recuperación de la continencia, los aporte de líquidos permite que se filtre más orina, si el riñón está en perfecto funcionamiento, y por tanto la vejiga se llena más rápido.

Equipo	041PEIU: Sistema de apoyo educativo en pacientes con incontinencia urinaria	Fundamento del procedimiento. 2, 4, 8,9,12, 13, 14,15
	5 Los muslos deben estar flexionados, con pies y espalda apoyados a la hora de vaciar la vejiga.	Es la posición fisiológica que se adopta comúnmente para realizarla micción.
	6 Indicar que se de masajes sobre el área vesical.	Aumenta la compresión abdominal y favorece el vaciado.
	7 Brindar a la persona un ambiente confortable.	Le permite concentrarse en el ejercicio de entrenamiento vesical.
	8 Educar sobre la higiene perianal.	Previene las lesiones de piel y el riesgo de infección.
	10 Limitar la ingesta de líquido después de las cinco de la tarde.	Permite que no se interrumpa el descanso de la persona, así como las incomodidades que causa la incontinencia.
	11 llevar un registro continuo del vaciamiento vesical.	La sirve de estímulo a la persona cuando observa que el entrenamiento vesical es efectivo.
	12 Brindar apoyo emocional.	Le da confianza al paciente y fortalece la disposición a mejorar.

Equipo	042PEIU: Sistema parcialmente compensatorio para pacientes con incontinencia urinaria	Fundamento del procedimiento. ^{2, 4, 8,9,12, 13, 14,15.}
Equipo de higiene, chata, agua tibia.	1 Retirar dispositivo de eliminación urinaria y comprobar signos de retención urinaria.	Es necesario ya que estos dispositivos refuerzan la incontinencia y pueden producir infección.
	2 Tener a la mano el equipo necesario para realizar aseo perianal.	Leer procedimiento respectivo 06LG.
	3 Programar el entrenamiento vesical ya descrito.	Es necesario para recuperar la continencia
	4 Colocar chata e irrigar con agua tibia el área perianal.	Estimula la relajación del esfínter vesical.
	5 Realizar higiene perianal y colocar pañal.	Leer procedimiento respectivo.
	6 Dar cuidados de la piel de la zona perianal.	Evita la lesión de la primera barrera protectora.
	7 Cumplir con los pasos del 6 al 12 del procedimiento anterior.	Leer fundamentos de los pasos 6 al 12 del procedimiento anterior

Equipo	043PEIF: Sistema de apoyo educativo para pacientes con incontinencia fecal	Fundamento del procedimiento ^{2, 4, 8,9,12, 13, 14,15.}
Dieta con un aporte rico en fibra, agua, equipo de higiene.	1 Tener presente con qué frecuencia evacuaba la persona antes de la enfermedad y a qué horas.	Permite guiar el horario y la frecuencia que debemos esperar para que la persona evacue.
	2 Comentar con el nutricionista sobre el patrón de evacuación del paciente.	La dieta puede variar mejorando así la función intestinal en caso de estreñimiento.
	3 Aumentar el aporte de líquido si no está contraindicado.	Permite que las heces se ablanden.
	4 Planificar una hora específica de 20 a 40 minutos después de la comida.	Esto se debe a que se estimula el peristaltismo, el reflejo gastrocólico y duodenocólico.
	5 Los intentos para evacuar deben hacerse diariamente por 15 minutos según las horas establecidas.	Esto permite que se cree el hábito y el estímulo evacuatorio.
	6 Indicarle que se siente con las piernas flexionadas, que puje, se incline hacia adelante y contraiga los músculos abdominales.	Facilita la apertura del esfínter y la salida de las heces.
	7 Educar sobre la higiene perianal.	Para evitar el traslado de bacterias de esta zona, a otras, como la boca o vías respiratorias.
	8 Incentivar a la persona a caminar y ejercitarse.	Disminuye el estreñimiento así como fortalece el tono muscular abdominal.

Equipo	044PEIF: Sistema parcialmente compensatorio en personas con incontinencia fecal.	Fundamento del procedimiento. 2, 4, 8,9,12, 13, 14,15
Laxantes, supositorios, equipo para realizar higiene perianal.	1 Cumplir con paso 1, 2, 3, 4, y 5 del sistema de apoyo educativo.	Leer fundamentos de los pasos 1, 2, 3, 4, y 5 del sistema de apoyo educativo.
	2 Estimular el esfínter anorectal con la colocación de supositorios o verificar la obstrucción de ostomias en caso de presentarlas.	La persona que se encuentran encamada y que no tienen mayor movilidad es necesario el uso de estimulantes retales o el uso de laxantes.
	3 Sí el paciente no se moviliza dar cambios de posición, así como ejercitar los músculos a través de ejercicios pasivos.	La posición decúbito lateral derecho favorece el vaciamiento gástrico. La posición decúbito lateral izquierdo favorece compresión en el colon descendente. Los ejercicios disminuyen la inmovilidad y el sedentarismo.
	4 Realizar higiene perianal y cuidados de la piel, posterior a la evacuación del paciente.	La higiene de esta área, es importante, ya que se considera como contaminada y la presencia y el ph de las heces, podrían causar lesión en la piel.
	5 Brindar un ambiente cómodo para el paciente.	Favorece la relajación de la persona y mayor concentración.

Referencias

1. Marcano L. Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de los Andes. Mérida. Diciembre – Octubre 2012. Trabajo Especial de Grado del Postgrado de Enfermería cuidado crítico. Universidad de los Andes. 2012.
2. Brunner L. Manual de Enfermería. 4 ed. México: McGraw-Hill Interamericana. 1986. p. 888.
3. Jara E, Castro R, Guzmán M, Mena M, Sarzosa G, Segovia G. Manual de la enfermería. España: Delibros. p. 89- 119.
4. Pollo R. Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional. 1 ed, Ideaspropias. 2009. p. 104- 119.
5. Instituto Valenciano de Neurorehabilitacion. Daño cerebral adquirido. Guía práctica para familiares. España: IVAN. p. 193-195. Revisado agosto 2013. Disponible en : <http://books.google.co.ve/books?id=c7hr7E7jGtaAC&num=11&hl=es>
6. Silva L, Castillo M, Gómez D, López P, Muñoz D. Auxiliar de enfermería. España: Vértice. 2006. p. 313. Revisado en agosto 2013. Disponible en :<http://books.google.co.ve/books?id=cbgUob6Pn24C&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>

7. Alpach J. Cuidados de enfermería en el adulto. 5 ed. México: McGraw Hill Interamericana. 2000. p. 117.
8. Lloren C, Juan C. técnicas básicas de enfermería. T Thomson. España: AKAL. 2004. p. 18-22.
9. Publicaciones Vértice. Apoyo a las gestiones cotidianas de las personas dependientes. España. 2008. p. 174-176.
10. Badaji T, Navarro M, Lucio M, Barrachina L. Enfermería medico quirúrgica. España: Masson. 2000. p. 33-35.
11. Zambrano M. Técnicas básica de enfermería. Cuaderno de ejercicios. España: Paraninfo. 2003. 13-20.
12. Smith J, Joung J. Procedimientos para enfermeras. 2 ed. Argentina: Panamericana. 2007. p. 253.
13. Sánchez E. Manual de diagnósticos de enfermería e interrelaciones NANDA-NOC-NIC. Mérida: Consejo de Publicaciones ULA. 2011. p. 43- 88-133 -176.
14. Ledesma C. Fundamentos de enfermería. México. Limusa. 2004. p. 171- 201 – 227.
15. Ortega M, Suarez M, Manual de evaluación de la calidad del servicio de enfermería. 2 ed. México: Panamericana. 2009. p. 151.