



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**UNIVERSIDAD MARIANA**  
**INSTITUTO DE POST GRADO**



**Tesis de grado previa a la obtención de título de Especialista para el  
cuidado del paciente crítico**

**TEMA:**

**“CUIDADOS DE ENFERMERÍA A PACIENTES CON CATETER  
CENTRAL Y PERIFÉRICO QUE SE ENCUENTRAN EN LA UNIDAD DE  
CUIDADOS INTENSIVOS DEL HOSPITAL SAN VICENTE  
DE PAUL DE LA CIUDAD DE IBARRA EN EL  
PERIODO 2011”**

**AUTORA: SARA RAQUEL VACA ROSERO**

**TUTORA: MG. YUDY BASANTE**

**IBARRA 2014**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**INSTITUTO DE POSGRADO**

**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**

**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN  
A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

La Universidad Técnica del Norte dentro del proyecto Repositorio Digital Institucional, determinó la necesidad de disponer de textos completos en formato digital con la finalidad de apoyar los procesos de investigación, docencia y extensión de la Universidad.

Por medio del presente documento dego sentada mi voluntad de participar en este proyecto, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

DATOS DE CONTACTO			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD:</b>	100290583-2		
<b>APELLIDOS Y NOMBRES:</b>	Vaca Rosero Sara Raquel		
<b>DIRECCIÓN:</b>	Grijalva 7-34 y Olmedo		
<b>EMAIL:</b>	Khelyta_02@hotmail.com		
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	062-600371	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0984634987

DATOS DE LA OBRA	
<b>TÍTULO:</b>	Cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra en el periodo 2011.
<b>AUTOR (ES):</b>	Lic. Sara Raquel Vaca Rosero
<b>FECHA: AAAAMMDD</b>	2011-12-27
SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO	
<b>PROGRAMA:</b>	<input type="checkbox"/> PREGRADO <input checked="" type="checkbox"/> POSGRADO
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA:</b>	Especialista en cuidado al paciente crítico
<b>ASESOR /DIRECTOR:</b>	Mgs. Yudy Basante

**2. AUTORIZACIÓN DE USO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD**

Yo, Sara Raquel Vaca Rosero, con cédula de ciudadanía Nro. 100290583-2, en calidad de autor (a) (es) y titular (es) de los derechos patrimoniales de la obra o trabajo de grado descrito anteriormente, hago entrega del ejemplar respectivo en formato digital y autorizo a la Universidad Técnica del Norte, la publicación de la obra en el Repositorio Digital Institucional y uso del archivo digital en la Biblioteca de la Universidad con fines académicos, para ampliar la disponibilidad del

material y como apoyo a la educación, investigación y extensión; en concordancia con la Ley de Educación Superior Artículo 144.

### 3. CONSTANCIAS

El (La) autor (a) (es) manifiesta (n) que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto la obra es original y que es (son) el (los) titular (es) de los derechos patrimoniales, por lo que asume (n) la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá (n) en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

Ibarra, a los 14 días del mes de Enero de 2015

#### EL AUTOR:

(Firma)   
Nombre: Sara Raquel Vaca Rosero  
C.C.: 100290583-2



## UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

### CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE GRADO A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE

Yo, Sara Raquel Vaca Rosero, con cédula de ciudadanía Nro 100290583-2 manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Técnica del Norte los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5, 6, 8 y 19 en calidad de autor (es) del trabajo de grado denominado: **“Cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paúl en la ciudad de Ibarra en el periodo 2011.”**, que ha sido desarrollado para optar por el título de Especialista en cuidado al paciente crítico en la Universidad Técnica del Norte, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En mi condición de autor me reservo los derechos morales de la obra antes citada. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital a la Biblioteca de la Universidad Técnica del Norte.

(Firma):  .....

Nombre: Sara Raquel Vaca Rosero

Cédula: 100290583-2

## **DEDICATORIA**

Dedico este trabajo a mis padres Miltico y Teshita, quienes me han apoyado incondicionalmente en todo momento, quienes me han dado aliento y fuerzas para poder terminar esta nueva etapa de mi vida profesional, a mi princesa Arleth a quien he sacrificado mucho para poder cumplir mi sueño.

Sarita

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradezco a Dios por permitirme gozar de la vida, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles que he tenido que pasar durante este periodo de formación y de mi vida diaria, por guiarme por el mejor camino y permitir que mis sueños se hagan realidad.

A mis padres y hermanos por su ayuda diaria que me ha permitido llegar a la meta trazada, a mi princesa por su comprensión y tiempo que me ha permitido dedicar a mis estudios.

De una manera muy especial a la Magister Yudy Basante por su labor, tiempo, dedicación y confianza que me ha brindado para llevar a término este trabajo. A todos los docentes por su trabajo encaminado a la mejora continua de la formación de profesionales.

Sarita

## ÍNDICE

PORTADA.....	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
APROBACIÓN DE LA UTN - UNIVERSIDAD MARIANA.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
DEDICATORIA .....	v
AGRADECIMIENTOS.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xiii
RESUMEN .....	xiv
SUMMARY.....	xv
INTRODUCCIÓN .....	1
CAPITULO I.....	4
1. EL PROBLEMA .....	4
1.1 Descripción del problema .....	4
1.2 Planteamiento del Problema .....	5
1.3 Formulación del Problema.....	8
1.4 Objetivos .....	8
1.4.1 Objetivo General .....	8
1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
1.5 Interrogante de la investigación.....	9
1.6 Justificación.....	9
CAPITULO II.....	12
2 MARCO TEÓRICO.....	12
2.1 Paciente Critico con Catéter Central o Periférico .....	12
2.1.1 Paciente crítico .....	12
2.2 Características Socioeconómicas.....	12
2.3 Indicaciones para la inserción de un catéter .....	13

2.4	Tipos de accesos venosos .....	14
2.5	Tipos de Catéteres .....	16
2.5.1	Catéter venoso corto (CC) .....	16
2.5.2	Catéter Venoso Central (CVC):.....	16
2.5.3	Catéter central insertado periféricamente (CVCIP) .....	17
2.5.4	Catéter arterial: .....	18
2.5.5	Catéter de Swan Ganz:.....	18
2.5.6	Catéter tunelizado .....	18
2.6	Clasificación de los dispositivos intravasculares .....	19
2.7	Factores de Riesgo .....	20
2.8	Complicaciones .....	20
2.8.1	Complicaciones mecánicas.....	20
2.8.2	Complicaciones Infecciosas.....	21
2.9	Cuidados de enfermería a pacientes con catéter .....	22
2.9.1	Objetivos de cuidado.....	22
2.9.2	Cuidados de la piel.....	22
2.9.3	Cuidado de la vía central (catéter) .....	23
2.9.4	Cuidados del equipo de perfusión.....	23
2.9.5	Consejos sobre cuidados:.....	24
2.9.6	Líquidos a per fundir .....	25
2.10	Taxonomías diagnosticas NANDA .....	25
2.11	Proceso de atención de enfermería con diagnósticos NANDA .....	26
2.12	Glosario de términos .....	27
CAPITULO III .....		29
3	METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN .....	29
3.1	Tipo de Investigación.....	29
3.2	Población y Muestra .....	29
3.2.1	Población .....	29
3.2.2	Muestra .....	30
3.3	Variables .....	30
3.4	Técnicas .....	30



3.5 Instrumentos.....	30
3.6 Proceso de la Investigación.....	31
CAPITULO IV.....	33
4 Análisis e Interpretación de resultados.....	33
4.1 Análisis e interpretación de resultados de ficha de observación del paciente .....	33
4.1.2 Género .....	34
4.1.3 Nivel Educativo .....	35
4.1.4 Procedencia .....	36
4.1.5 Estrato Socioeconómico .....	37
4.1.6 Etnia.....	38
4.1.7 Tipo de catéter utilizado .....	39
4.1.8 Días de duración del catéter .....	40
4.1.9 Retiro del catéter.....	41
4.2 Análisis e interpretación de resultados de las encuestas aplicadas al personal enfermero. ....	42
4.3 Análisis e interpretación de resultados de la ficha de validación del protocolo.....	52
4.3.1 Aspectos a considerar del protocolo. ....	52
Conclusiones .....	54
Recomendaciones .....	55
CAPITULO V.....	56
5 PROTOCOLO .....	56
5.1 Título.....	56
5.2 Introducción.....	56
5.3 Objetivos .....	57
5.3.1 Objetivo General .....	57
5.3.2 Objetivos Específicos.....	58
5.4 Justificación.....	58
5.5 Descripción.....	59

5.6 Personal a quien va dirigido .....	60
5.7 Aspectos Generales a considerar en los pacientes con catéteres centrales y periféricos.....	60
5.8 Proceso de Atención de Enfermería.....	61
5.8.1 Diagnóstico de enfermería .....	61
5.8.2 Colocación de un catéter central o periférico .....	61
5.8.3 Manejo de catéteres.....	64
5.8.4 Cuidados de la piel.....	72
5.9 Unificación de criterios .....	76
5.10 Glosario de términos .....	77
5.11 Resumen del Proceso por el cual se logró producir el Protocolo de Atención de Enfermería.....	78
5.12 Validación del protocolo .....	78
6 Bibliografía .....	79
ANEXOS.....	82

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Clasificación de los dispositivos intravasculares .....	19
Tabla N° 2 Edad del paciente .....	33
Tabla N° 3 Género del paciente .....	34
Tabla N° 4 Escolaridad de los pacientes.....	35
Tabla N° 5 Lugar de procedencia .....	36
Tabla N° 6 Estrato socioeconómico del paciente.....	37
Tabla N° 7 Grupo étnico al que pertenece el paciente.....	38
Tabla N° 8 Tipo de catéter utilizado .....	39
Tabla N° 9 Días de duración del catéter según el tipo .....	40
Tabla N° 10 Tiempo de permanencia con catéter.....	41
Tabla N° 11 Conocimiento de pasos del proceso de AE.....	42
Tabla N° 12 Conocimiento sobre el orden de los pasos del PAE .....	43
Tabla N° 13 Identificación de la definición de los pasos del PAE .....	44
Tabla N° 14 Conocimiento sobre la utilidad de la realización y aplicación del PAE .....	46
Tabla N° 15 Frecuencia con la que se realiza y aplica el PAE.....	47
Tabla N° 16 Realización de la valoración del paciente .....	48
Tabla N° 17 Diagnóstico de enfermería de cada paciente.....	49
Tabla N° 18 Planificación y ejecución de actividades para el paciente en base al diagnóstico y su prioridad.....	50
Tabla N° 19 Etapa de evaluación del paciente luego de aplicar PAE .....	51
Tabla N° 20 Parámetros de validación del protocolo .....	52

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1 Edad del paciente .....	33
Gráfico N° 2 Género del paciente .....	34
Gráfico N° 3 Escolaridad de los pacientes .....	35
Gráfico N° 4 Lugar de procedencia .....	36
Gráfico N° 5 Estrato socioeconómico del paciente .....	37
Gráfico N° 6 Grupo étnico al que pertenece el paciente .....	38
Gráfico N° 7 Tipo de catéter utilizado.....	39
Gráfico N° 8 Días de duración del catéter según el tipo .....	40
Gráfico N° 9 Tiempo de permanencia con catéter .....	41
Gráfico N° 10 Conocimiento de los pasos del proceso de AE .....	42
Gráfico N° 11 Conocimiento sobre el orden de los pasos del PAE .....	43
Gráfico N° 12 Identificación de la definición de los pasos del PAE .....	44
Gráfico N° 13 Conocimiento sobre la utilidad del PAE.....	46
Gráfico N° 14 Frecuencia que realiza y aplica proceso de PAE .....	47
Gráfico N° 15 Realización de la valoración del paciente.....	48
Gráfico N° 16 Diagnóstico de enfermería de cada paciente .....	49
Gráfico N° 17 Planificación y ejecución de actividades para el paciente en base al diagnóstico y su prioridad .....	50
Gráfico N° 18 Etapa de evaluación del paciente luego de aplicar PAE ...	51
Gráfico N° 19 Parámetros de validación del protocolo.....	52

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Catéter venoso central.....	14
Figura N° 2 Accesos venosos centrales.....	15
Figura N° 3 Kit de catéter venoso central.....	17
Figura N° 4 Catéter central insertado periféricamente (CVCIP).....	17
Figura N° 5 Catéter tunelizado.....	18
Figura N° 6 Flujograma del ingreso .....	66
Figura N° 7 Flujograma de cuidados de enfermería .....	67
Figura N° 8 Flujograma del retiro del catéter .....	72

## RESUMEN

Los cuidados de enfermería a pacientes con catéteres va encaminada a la ayuda de la mejora progresiva y sin retroceso del estado de salud de cada paciente, los cuidados son individualizados de acuerdo a las necesidades del usuario ya que cada uno tiene manifestaciones diferentes, aspectos que se tomaron en cuenta en la presente investigación que se estructura en cinco capítulos con la finalidad de identificar la problemática para proponer una alternativa de solución al problema con la que se beneficie y oriente la calidad de atención en la UCI. En el Capítulo I, se presentan los aspectos que identifican el problema de investigación, estructura que está orientada a determinar los cuidados de enfermería a pacientes con catéter central y periférico en el área de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paul; en el Capítulo II se describen los fundamentos teóricos y científicos que fundamentan sobre terapia intensiva y los aspectos referentes a catéter central y periférico, contenido que fundamenta los criterios y argumentos en la investigación de campo; en el Capítulo III, contiene la organización metodológica planteada para el proceso de investigación, posteriormente en el Capítulo IV, se da conocer los resultados de la investigación obtenida de fuentes primarias, apartado en el que se incluye el análisis respectivo y que definen la realidad sobre el problema investigado; en el Capítulo V, se plantea una propuesta de solución con el diseño de un Protocolo de Cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos para el servicio de Cuidados Intensivos del hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra.

## **SUMMARY**

Nursing care for patients with catheters is aimed to support progressive and recoilless health status of each patient improves, the care is individualized according to the needs of the user and each has different manifestations, aspects took into account in this research is divided into five chapters in order to identify the problems to propose an alternative solution to the problem with which to benefit and guide the quality of care in the ICU. In Chapter I, the aspects that identify the research problem, structure that is aimed at determining the nursing care to patients with central and peripheral catheter in the intensive care area of San Vicente de Paul Hospital are presented; in Chapter II the theoretical and scientific bases underpinning of intensive care and the aspects related to central and peripheral catheter, content criteria and arguments based on field research are described; Chapter III contains the methodological organization posed to the research process, later in Chapter IV, given the results of the research obtained from primaries sources, a section in which the respective analysis is included and define reality on the research problem; in Chapter V, a proposed solution to the design of a Nursing Protocol for patients with central catheters and peripheral to the Intensive Care Service San Vicente de Paul hospital in the city of Ibarra arises.

## INTRODUCCIÓN

Los dispositivos vasculares centrales y periféricos tienen un papel importante en la atención al paciente crítico el conocimiento del funcionamiento y manejo, garantiza la seguridad y calidad de atención proporcionada al enfermo por el profesional de salud. El manejo de catéteres requiere de capacitación y supervisión constante, de un protocolo institucional y también de un manejo diagnóstico y terapéutico fundamentado en los conocimientos científicos.

El Hospital San Vicente de Paul, es el principal centro de atención en la ciudad de Ibarra, a este centro de atención de la salud acuden pacientes del cantón y varias localidades de la provincia; en la actualidad cuenta con una infraestructura para dar servicio a varias áreas de la salud, entre ellas la unidad de terapia intensiva, en la que la utilización de con catéter central y periférico en el área de terapia intensiva, es uno de los servicios que permiten brindar una alternativa de mejoramiento y recuperación de la salud de pacientes, que son ingresados a esta unidad.

La investigación está estructurada en cinco capítulos, en el Capítulo uno, se presenta el problema de investigación que está orientado a identificar cuáles son los cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales o periféricos en el área de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paul; problema que se delimita en la ciudad de Ibarra. Una vez identificado el problema, en el este capítulo se describen las características esenciales de la problemática en el que se pone especial atención en los roles que el personal de enfermería cumple en la unidad de Terapia intensiva.

En el Capítulo II, la investigación hace referencia al contenido de las variables de investigación, mediante la consulta de obras físicas y



virtuales, de quienes se recopila los aspectos relevantes sobre el paciente crítico y las características de atención en las unidades de salud; además se incluye una amplia descripción de los procedimientos que demanda del personal de enfermería en este tipo de atención; información de la que se presentan las referencias de autores en los que se sustentan los criterios y argumentos teóricos científicos.

En el capítulo III se encuentran ampliamente descritos la metodología aplicada en la investigación, se incluye además la explicación del proceso aplicado en los diferentes métodos utilizados, técnicas de investigación y diseño de instrumentos de recopilación de datos de fuentes primarias; capítulo en el que además se presenta las características de la población que está constituida por los pacientes ingresados en terapia intensiva en el Hospital San Vicente de Paul.

El Capítulo IV, contiene la información obtenida con la aplicación de los instrumentos de investigación, capítulo que contiene el cuadro y gráfico estadístico de cada uno de los ítems de la encuesta; que dan lugar al análisis y argumentación sobre los resultados presentados; etapa que da lugar a la identificación de las características de los indicadores de las variables en estudio.

En el Capítulo V, con el título de propuesta, contiene un protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos para el servicio de Cuidados Intensivos del hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra, alternativa que está orientada a dar solución a la problemática observada en el proceso de investigación. La propuesta contiene la introducción, objetivos, justificación, descripción, proceso de atención, entre otros contenidos que podrán ser aplicados para optimizar la atención a pacientes en unidad de terapia intensiva y que se logren

estándares de eficiencia y eficacia en los procesos de atención de cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos.

## **CAPITULO I**

### **1. EL PROBLEMA**

#### **1.1 Descripción del problema**

La utilización de vías venosas para la administración parenterales de sustancias se ha ido realizando desde hace varios siglos, pero lo que ha determinado “la evolución de esta técnica en las últimas décadas ha sido la disponibilidad de materiales mejor tolerados por el órgano que facilitan la punción y la perfusión de las sustancias compatibles a administrar, así con desarrollo de los cuidados de enfermería que se precisan para su mantenimiento”. (Martínez, 2008)

Los sistemas vasculares son indispensables para la práctica de la medicina actual; éstos se utilizan para administrar fluidos intravenosos, medicación, sangre o derivados, nutrición parenteral y monitorear el estado hemodinámico en pacientes críticos. El uso de estos sistemas puede producir una variedad de complicaciones que incluyen tromboflebitis séptica, endocarditis, bacteriemia e infecciones metafísicas como osteomielitis y artritis, resultantes de la diseminación hematógona desde un catéter colonizado.

Los catéteres venosos centrales están indicados en aquellos pacientes que necesitan infusiones múltiples de líquidos que no pueden administrarse por una vena periférica. El primer catéter venoso central fue insertado hace más de cuarenta años. Desde entonces, han recorrido un largo camino de modificaciones y mejoras en su forma, materiales y técnicas de colocación. “Aubaniac en 1952, publico el primer trabajo sobre catéteres y 1953, el radiólogo Stockholm dio a conocer la técnica de Seldinger después de utilizarla para acceder a una vía central. Una de las

aportaciones más importantes la hicieron Broviac en 1973 y Hickman en 1979 cuando descubrieron y utilizaron los primeros catéteres de silicona, que en la actualidad, se insertan a miles de pacientes que requieren tratamientos largos y ambulatorios”(Torralbas Ortega,2008)

El avance de los últimos veinte años ha sido marcado, al introducir materiales que causan menor reacción a nivel local, disminuye en la colonización de bacterias y notorias reducción en el calibre de la cánula periférica. A pesar de los avances obtenidos, no sea logrado establecer un protocolo de manejo de los catéter venosos periféricos que ofrezcan seguridad en la disminución de complicaciones al colocar un catéter periférico o central y en manejo del mismo, lo único que es cierto es que el estricto uso de la técnica aséptica en la realización del procedimiento disminuye las complicaciones. “Otras medidas, tales como, colocación de apósitos de gasas frente apósitos transparente, cambio periódico del catéter y curación 24 horas posterior a la inserción, no aseguran la ausencia de flebitis y reacciones en el sitio de inserción” (Martínez, I. P. Agosto de 2008).

Como toda técnica invasiva tiene sus riesgos y complicaciones, entre ellas flebitis y trombosis, alterando en algunos casos la evolución del paciente y prolongando la estadía hospitalaria con el correspondiente incremento en el costo de la internación. Todo depende de la duración del tratamiento endovenoso, del grado de La utilización de los catéteres intravenosos periféricos en pacientes de urgencias es de alta frecuencia. Actividad del paciente, las condiciones de la piel y del número de inserciones ya realizadas (Oliva, C. O., Suriana Jiménez, R., González Caro, J. M., & Rodríguez Flores, R. Julio de 2009)

## **1.2 Planteamiento del Problema**

La organización y provisión de servicios establecidos por complejidad y capacidad resolutive para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades sustentan la atención de salud; aspectos que son tomados en cuenta en la prestación de servicios hospitalarios; de manera especial en el manejo del paciente en UCI y otros servicios que se encuentren utilizando un catéter sea este central o periférico, los catéteres son de uso diario y continuo en todas las unidades de cuidados intensivos por lo que es necesario y esencial el manejo adecuado de los mismos ya que pueden ser causa de diversas infecciones que pueden ser mortales para el paciente, de esta manera se convierte en una responsabilidad del personal de salud en especial de enfermería quienes deben ser cautelosos en su manejo y manipulación para lo cual deben hacer el uso respectivo de las técnicas de asepsia y antisepsia.( Vicent, J., Bihari, D., & P.M., S. noviembre de 2007)

El manejo que se da a los catéteres venosos percutáneos y centrales en la UCI, presenta algunas fallas de orden institucional (equipos) y humano. El uso de los catéteres venosos centrales es una práctica común en las unidades de cuidado intensivo (UCI), para administrar medicamentos, nutrición y monitoria. Este procedimiento lleva consigo un gran riesgo para el paciente, porque al hacerlo, es necesario lesionar la piel y establecer una comunicación directa con el torrente sanguíneo, que lo expone a la penetración de bacterias en el tejido subcutáneo y en el sistema circulatorio.

Así como en los adultos, en los pacientes pediátricos las bacteriemias se relacionan con el uso de catéteres intravasculares. Se sabe que desde 1995, hasta el año 2000, las UCI en los Estados Unidos, informaron al sistema Nacional de vigilancia de infecciones Nosocomiales (NNIS) una tasa de BSI-RC de 7.7 por 1000 días-catéter. En las UCI. Las bacteriemias asociadas con catéteres (BSI-RC) varían según tipo de

catéter, el sitio de inserción, la frecuencia de manipulación del catéter, la severidad de la enfermedad y las condiciones de inserción: electivas o de urgencias. La tasa de bacteriemias de la Unidad de Cuidados Intensivos para el primer semestre del año 2002 fue de 12.7 por mil días catéter; se encontraron como principales factores pre disponentes, la manipulación del catéter, la nutrición parenteral (NPT), la estancia prolongada, los antibióticos previos y la humedad entre otros. Por este motivo se presume que el aumento en las infecciones asociadas con catéteres se puede presentar por deficiencias en su inserción o en su manejo, más que por el exceso de empleo de los mismos. ( Caballero Gálvez, S, 2008).

En Ecuador se registra que el 57.25% de pacientes que tienen catéter central o periférico registran un tipo de infección causada al momento de la inserción o después de las 48h de tener un catéter. La principal causa de infección es que el personal no usa el lavado quirúrgico de manos en 27% de los catéteres percutáneos; (Rumí Belmonte & otros, 2006) considera que: Las complicaciones en la inserción de los catéteres son bajas (6%) y se relacionan con sangrado leve a moderado. ausencia de la llave de tres vías en 25% de los procedimientos, y el uso en 100% de los procedimientos de un campo de ojo muy grande, que exponía mucha más superficie de la necesaria para el procedimiento y exigía mayor manipulación y riesgo de contaminación por parte del personal.

Las principales deficiencias en el cumplimiento de las técnicas de curación de los catéteres, se relacionan con la ausencia de guantes limpios en el equipo para manipular apósitos contaminados (47%). Según (Torralbas Ortega, 2008, pág. 3), “durante la administración de medicamentos se observaron deficiencias en el no empleo de elementos de protección personal (mascarilla y guantes limpios), así como la no ejecución del lavado de manos clínico antes del procedimiento (42%). Sin

embargo, la preparación de los medicamentos se hace con minuciosa técnica aséptica”.

El protocolo de atención y cuidado, entre otros aspectos se orienta en los procedimientos para ejecutar el plan de atención que garantice la mejoría pronta del paciente reduciendo sus días de estadía en el hospital, el no aplicar o el desconocimiento del protocolo de atención al paciente puede ser causa principal del deterioro progresivo de la salud del paciente causando empeoramiento en el paciente y aumentando sus días de estadía, por lo que es necesario adherirse a las normas institucionales y protocolos.

### **1.3 Formulación del Problema**

¿Cuáles son los cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales o periféricos en el área de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paul?

### **1.4 Objetivos**

#### **1.4.1 Objetivo General**

- Determinar los cuidados de enfermería a pacientes con catéter central y periférico en el área de terapia intensiva del Hospital San Vicente de Paul.

#### **1.4.2 Objetivos Específicos**

- Identificar características socio demográficas de los pacientes que se encuentran en el área de terapia intensiva y que estén sometidos o que presenten catéter central y periférico.

- Identificar la aplicación del proceso de atención de enfermería en los pacientes que presentan catéteres centrales y periféricos.
- Describir las etapas del desarrollo de proceso de enfermería para el cuidado de pacientes con catéteres venosos centrales y periféricos.
- Validar la propuesta de atención de enfermería a pacientes con catéter central y periférico.

### **1.5 Interrogante de la investigación**

- ¿Cuáles son los cuidados de enfermería en pacientes con catéter central y periférico?

### **1.6 Justificación**

Los pacientes que ingresan a los servicios de UCI (Unidad de Cuidados Intensivos) son personas que adolecen de una patología que compromete su vida por lo que requieren de un tratamiento especial y muy complejo, para lo cual es necesario una serie de procedimientos invasivos entre ellos la colocación de catéter sea central o periférico el mismo que se colocara según requerimiento del tratamiento.

El HSVP,(Hospital San Vicente de Paul) por historia ha marcado su prestigio por la cantidad de pacientes que atiende diariamente y por los beneficios que brinda servicios en prevención, curación y tratamiento de diferentes enfermedades a la población del norte del país.

Sin embargo, dada la influencia de varios factores no ha logrado alcanzar la eficiencia, eficacia y calidad en el cuidado a pacientes con



cateterismo central y periférico, en el área de cuidados intensivos; problema que se presenta por un inadecuado modelo de gestión para la elaboración, capacitación y aplicación de un protocolo a utilizarse en las diferentes áreas de atención, realidad que no permite cumplir lo que dispone la Constitución del Ecuador, sobre brindar las facilidades y modelo de atención para garantizar la calidad de atención en el área de la salud en esta ciudad.

En el área de la salud, el manejo técnico del paciente hospitalizado ha mejorado sustancialmente, la formación profesional del personal de los diferentes niveles avanza y mejora en términos de calidad, a pesar de ello la ausencia de un plan de intervención de enfermería genera limitaciones en la calidad de atención a pacientes con catéteres de la UCI y otros servicios; motivo por el cual la presente investigación constituye un importante aporte para identificar los factores que inciden en la calidad de cuidados a este tipo de pacientes; dando de esta manera un aporte a la solución de un problema actual y de significativa importancia, puesto que es una situación que pone en riesgo los estados de salud y vida de los pacientes.

En todo centro o unidad de atención de salud, los cuidados de enfermería es universal, este personal se consolida como el brazo derecho o eje en los procesos de recuperación de pacientes, particularmente en las UCI, que hacen referencia además a condiciones de respeto por la vida, la dignidad y los derechos del ser humano como condiciones imprescindibles de la enfermera; motivo por el cual la presente investigación está orientada al cuidado del paciente en la unidad de cuidados intensivos, con el propósito de establecer indicadores que objetivasen la realidad que caracteriza en el cuidado de pacientes con catéteres centrales o periféricos, que se generan del profesional por aportar al mejoramiento de las condiciones de salud en nuestro medio.

Con el desarrollo de la ciencia y la tecnología los profesionales de la salud adquieren mayor conocimiento y competencias cognitivas, sin embargo es prioritario que se consideren estudios en los que se realiza una valorización de los servicios de salud y los cuidados que brinda la enfermera, porque no se puede ofrecer atención de calidad, si no se combinan factores de conocimiento, aptitudes y actitudes profesionales, como le describen los manuales de atención de la salud, en lo que se refiere a garantías y gestión de salud establecidos por la OMS (Organización Mundial de la Salud) y OPS (Organización Panamericana de Salud).

Para la investigación se contó con los recursos necesarios, la disposición de tiempo y facilidades para la obtención de información por lo que se facilitó el desarrollo de actividades en el proceso de la investigación; cuyos resultados se convirtieron en el principal referente para establecer una propuesta que tiene la finalidad de favorecer el mejoramiento de la intervención del personal de enfermería en la atención y cuidado del paciente con catéter central o periférico en la UCI y otros servicios en el HSVP y que además puede ser considerado como un aporte para ser implementado en otras unidades de salud pública o privada.

## **CAPITULO II**

### **2 MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 Paciente Critico con Catéter Central o Periférico**

##### **2.1.1 Paciente crítico**

Como paciente se define a la persona que padece una enfermedad y está en tratamiento para curarse, con respecto a aquellas encargadas de cuidarla y curarla, como médicos, enfermeras, etc.; por tanto que entre otras aspiraciones tiene la de mejorar su estado de salud; en forma paralela, la calidad de atención al paciente es una necesidad sentida no solo por el enfermo sino también por la familia.

“El paciente crítico se le define en quien se diagnostica la existencia de una alteración en la función de uno o varios órganos o sistemas, situación que puede comprometer su supervivencia en algún momento de su evolución, por lo que la muerte es una posibilidad latente. Sin embargo existen posibilidades de recuperación”(Cárcoba Rubio & Ceña Santorcuato, 2008, pág. 4)

#### **2.2 Características Socioeconómicas**

Informes sobre la evaluación de los casos de pacientes que han recibido inserción de catéter central se ha identificado que existe cierta incidencia del bajo nivel socioeconómico de pacientes que requieren estos procedimientos por infecciones como peritonitis, por ejemplo, pero además (Folch Ferré, 2006) señala que “una inadecuada manipulación del catéter durante el intercambio hídrico y represente un factor de riesgo para desarrollar infección”.

Para la inserción de catéter sea el caso de central o periférico no existe una diferencia para el procedimiento según el límite de edad, género, nivel educativo, estrato socioeconómico, procedencia y etnia, es un procedimiento considerado un derecho universal y un deber del personal de salud que aplica según (Oliva, Suriana Jiménez, González Caro, & Rodríguez Flores, 2009) con la finalidad de “salvaguardar la vida y la salud de todo ser humano, la inserción de un catéter se realiza según el estado de salud y requerimiento de cada persona”.

### **2.3 Indicaciones para la inserción de un catéter**

Sobre las indicaciones para la inserción de un catéter es importante destacar la necesidad de presentar los procedimientos, así como los resultados de aplicaciones con la finalidad de adiestras sobre causas y consecuencias del manejo de estos procedimientos de enfermería.

Es necesario que el personal de enfermería reciba capacitación para aplicar los procedimientos para la inserción de un catéter, condición elemental para que el personal de salud adquiera conocimientos, prácticas y desarrollo actitudes efectivas, asertivas y profesionales en el cumplimiento de sus funciones con calidad de atención, entre las indicaciones.

Según (Folch Ferré, 2006), para la inserción de un catéter se identifican los siguientes:

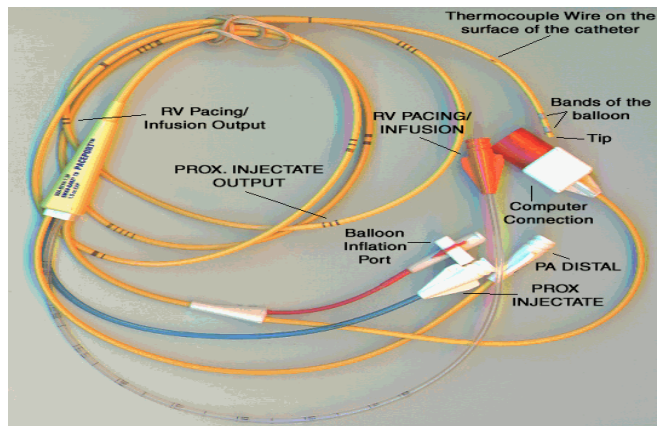
1. Ausencia de sitios venosos periféricos o incapacidad para canalización de venas periféricas.
2. Administración de soluciones cáusticas, tóxicas o irritantes.

3. Evitar interrupciones de medicación y permitir administración de medicaciones incompatibles usando catéteres multiluz.
4. Aportar Nutrición Parenteral.
5. Acceso venoso central para monitorización hemodinámica o marcapasos transitorio.

## 2.4 Tipos de accesos venosos

Los cuatro sitios para acceso venoso central más comúnmente usados son YE (yugular externa), YI (yugular interna), SC (subclavia) y F (femoral). El abordaje yugular interno ofrece un acceso directo a la vena cava superior, siendo más simple para permitir el paso de catéteres de grueso calibre (Swan-Ganz, catéteres suprahepáticos, filtros de VCI) o para uso peri operatorio por su alto flujo.

La vena yugular interna derecha, en particular, es de elección para la postura de catéter de diálisis debido a su curso relativamente recto a la vena cava superior. Sin embargo, en el paciente que requiera largos períodos de cateterización para administración de drogas, la vía yugular no es la más recomendable según



**Figura Nº 1 Catéter venoso central**

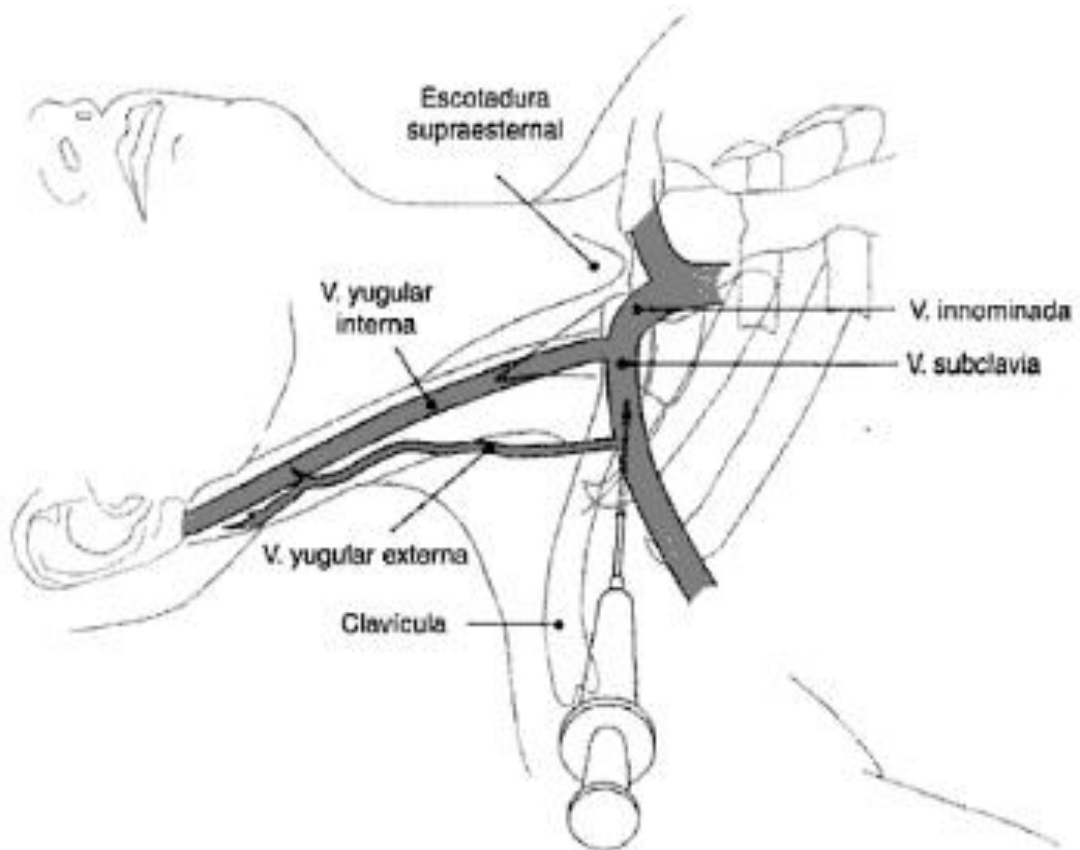
Fuente: O. M., David, (2012)

(Echavarría, Ferrada Dávila, & Kestenberg Himelfarb, 2008) ya que produce incomodidad y dificulta los cuidados locales de enfermería, aumentando el riesgo de infección en relación a la vía subclavia.

El acceso subclavio es de elección para la mantención prolongada de un catéter central, por su comodidad y menor riesgo de infecciones asociada. La incidencia de neumotórax y hemotorax es mayor a la punción por vía yugular. Para (Echavarría, Ferrada Dávila, & Kestenberg Himelfarb, 2008) dice de este modo, la posibilidad de infección, la comodidad del paciente y la facilidad en la fijación y curaciones pasan a ser los factores principales en la decisión de la vía de abordaje.

### Figura Nº 2 Accesos venosos centrales

Fuente: O. M., David, (2012)



La vena yugular externa es técnicamente más fácil de canular, por cuanto es visible en el cuello. Sin embargo, por su anatomía, es más difícil avanzar el catéter a una posición central. Es una buena alternativa

en pacientes con trastornos de la coagulación ya que no existe riesgo de punción arterial y la zona es fácilmente compresible.

La vena femoral. Para (Echavarría, Ferrada Dávila, & Kestenberg Himelfarb, 2008) “esta es una técnica bastante simple ya que su ubicación es superficial y corre medial a la arteria femoral, que sirve de punto de reparo. Sin embargo, existen dudas con respecto a la mayor posibilidad de infección por su ubicación cercana a la zona inguinal.

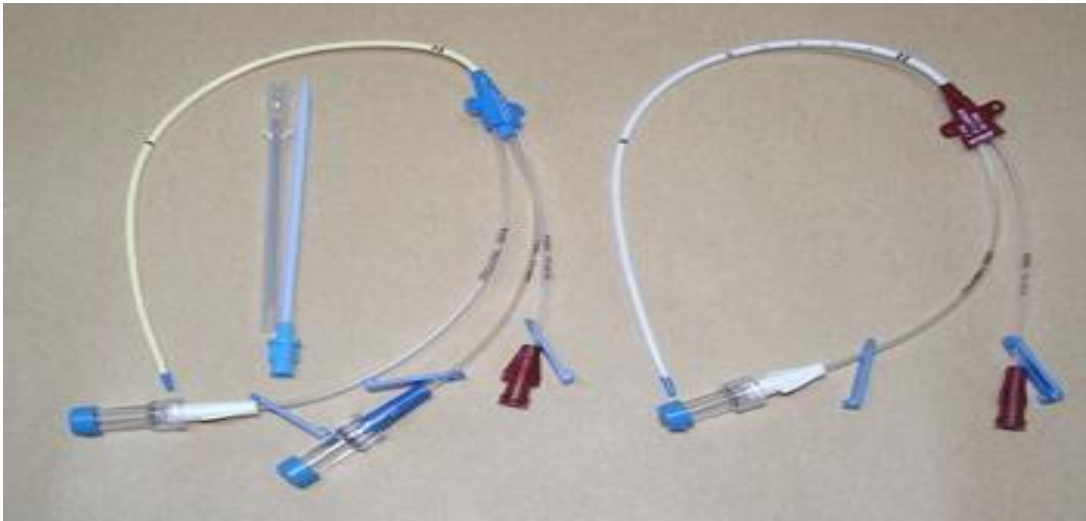
## **2.5 Tipos de Catéteres**

### **2.5.1 Catéter venoso corto (CC)**

Según (Vicent, Bihari, & P.M., 2007) Por lo general son insertados en las venas del antebrazo o de la mano, y son los dispositivos más usados. Rara vez se asocian con la bacteriemia asociada con catéteres (BRC). Son catéteres de corta permanencia.

### **2.5.2 Catéter Venoso Central (CVC):**

Es aquel dispositivo insertado percutáneamente que permite el acceso a una vena de gran calibre. Los CVCs son frecuentemente utilizados en las unidades de cuidados intensivos con diversos objetivos: para (Vicent, Bihari, & P.M., 2007) infusión de fluidos o fármacos, monitorización hemodinámica, plasmaferesis, nutrición parenteral total, entre otras. Se trata de un dispositivo concebido para emplear por corto tiempo y no ser implantado quirúrgicamente.



**Figura Nº 3 Kit de catéter venoso central**

Fuente: O. M., David, (2012)

### **2.5.3 Catéter central insertado periféricamente (CVCIP)**

(Vicent, Bihari, & P.M., 2007), expresa que es un dispositivo cuya inserción es periférica, pero la ubicación de su extremo distal es central (Vena cava superior o subclavia). Generalmente se insertan a través de venas del antebrazo (cefálica o basílica) o del dorso de la mano.



**Figura Nº 4 Catéter central insertado periféricamente (CVCIP)**

Fuente: Vicent, Bihari, & P.M., (2007)



#### **2.5.4 Catéter arterial:**

Se canaliza una arteria (Radial o femoral habitualmente) según (Vicent, Bihari, & P.M., 2007) para monitorizar el estado hemodinámica de los pacientes.

#### **2.5.5 Catéter de Swan Ganz:**

Es un catéter que según (Vicent, Bihari, & P.M., 2007) se introduce a través de vena subclavia normalmente, y llega a través de aurícula y ventrículo derecho, hasta arteria pulmonar, para medir presiones y gasto cardiaco.

#### **2.5.6 Catéter tunelizado**

Es el dispositivo más utilizado cuando se necesita un acceso prolongado a la circulación central, ya sea para la administración de quimioterapia o apoyo nutricional parenteral de larga duración, los de tipo Hickman-Broviac poseen un cuff o manguito y un trayecto subcutáneo que impide su desplazamiento, y su extremo proximal queda externalizado; en cambio, los de tipo Port poseen un reservorio ubicado en un bolsillo subcutáneo y quedan totalmente implantados.



**Figura Nº 5 Catéter tunelizado**

Fuente: Vicent, Bihari, & P.M., (2007)

## 2.6 Clasificación de los dispositivos intravasculares

Tabla Nº 1 Clasificación de los dispositivos intravasculares

<b>Clasificación</b>	<b>Tipo</b>
Según el vaso en el que esta insertado	<ul style="list-style-type: none"><li>• Venoso periférico</li><li>• Venoso central</li><li>• Catéter de Swan Ganz</li><li>• Arterial</li></ul>
Según su duración	<ul style="list-style-type: none"><li>• Corta / media duración menor de 30 días</li><li>• Larga duración más de 30 días</li></ul>
Según el lugar de inserción	<ul style="list-style-type: none"><li>• Yugular</li><li>• Subclavia</li><li>• Femoral</li><li>• Periférico</li><li>• Catéter central insertado periféricamente</li></ul>
Según su trayecto en piel	<ul style="list-style-type: none"><li>• No tunelizado</li><li>• Tunelizado</li></ul>
Según revestimiento del catéter	<ul style="list-style-type: none"><li>• Impregnado con heparina</li><li>• Impregnado con antiséptico</li><li>• Impregnado con antibiótico</li></ul>
Según el número de luces	<ul style="list-style-type: none"><li>• Una luz</li><li>• Dos luces</li><li>• Tres luces</li></ul>
Según el material	<ul style="list-style-type: none"><li>• Silicona</li><li>• Cloruro de polivinilo</li><li>• Polietileno</li><li>• Teflón</li></ul>

Fuente: Cárcoba Rubio & Ceña Santorcuato, (2008)

## 2.7 Factores de Riesgo

Para (Caballero Gálvez, 2008) existen factores riesgo para la infección por accesos vasculares relacionados con el paciente como:

- Edad (extremos de la vida).
- Neutropenia.
- Pérdida de integridad de la piel (quemaduras).
- Enfermedad crónica subyacente.
- Infección en otra zona del organismo.
- Alteración de la flora cutánea por antibióticos.
- Malnutrición.

## 2.8 Complicaciones

### 2.8.1 Complicaciones mecánicas

- **Complicaciones Inmediatas**

**Neumotórax.-** Presencia de aire o de gas en el espacio pleural que provoca el colapso del pulmón y puede ser causado por un trauma torácico el momento de la inserción del catéter central.

**Hemotorax.-** presencia de sangre en la cavidad pleural se origina de la lesión de vasos intercostales, mediastínicos, del parénquima pulmonar, del diafragma y el corazón

**Punción arterial (Hematoma).-** Un hematoma es una acumulación de sangre, causado por la rotura de vasos capilares, que aparece generalmente como respuesta corporal resultante de un golpe, una contusión o una magulladura. Adquiere en la zona afectada un color

azulado o violáceo al cabo de unos diez minutos, y desaparece de forma natural.

**Mala posición del catéter.-** Es frecuente y su relevancia clínica debe evaluarse en relación a la posición de éste y al uso clínico. Sustancias irritantes o hipertónicas en venas de pequeño calibre pueden ser causa de trombosis posterior.

- **Complicaciones tardías**

**Trombosis.-** Enfermedad grave de la circulación venosa de las extremidades inferiores. Se producen coágulos al interior de los sistemas venosos más importantes puede ser producto de un daño de la vena ya sea por traumatismos o compresión por tumores o quistes.

**Obstrucción venosa.-** Se caracteriza por la interrupción del flujo sanguíneo a un determinado territorio del organismo, como consecuencia de la oclusión súbita o crónica de la arteria que lo irriga causando hipo perfusión, hipoxemia, y necrosis, Hay dos causas básicas que pueden llegar a producir una oclusión arterial, los émbolos y las trombosis. Como también con menor frecuencia los aterió espasmos, los traumatismos, la compresión extrínseca y el aneurisma de aorta disecante.

## **2.8.2 Complicaciones Infecciosas**

### **Bacteriemia asociada a catéter**

Las bacteriemias relacionadas con catéter (BRC) presentan una mortalidad del 5-40% y sobretodo aumentan el coste y prolongan la estancia en una unidad de cuidados intensivos.

### **Sepsis asociada a catéter**

(Cárcoba Rubio & Ceña Santorcuato, 2008, pág. 4), manifiesta que “a pesar de que la calidad de los catéteres ha mejorado en forma considerable, la septicemia por catéter es una complicación seria que debe ser tratada rápida y objetivamente”.

## **2.9 Cuidados de enfermería a pacientes con catéter**

### **2.9.1 Objetivos de cuidado**

A la hora de realizar los cuidados de las Vías Venosas, se debe definir previamente cuales son los Objetos que van a ser causa de nuestros cuidados, ya que no debemos solo considerar como cuidado de vía central el cambiar el apósito.

- a) Mantener la vía el mayor tiempo posible
- b) Utilización del catéter al 100%
- c) Evitar complicaciones

### **2.9.2 Cuidados de la piel**

Podemos distinguir en este apartado 2 momentos distintos:

#### **1. EN EL MOMENTO DE INSERTAR EL CATÉTER.**

Preparar la piel "pintando" la zona de punción con una solución de antiséptica. Mantener máxima asepsia en el momento de colocación del catéter creando un campo estéril, teniendo en cuenta que los microorganismos pueden penetrar la piel desde el mismo momento de la inserción.

#### **2. MANTENIMIENTO DIARIO DE LA PIEL.**

Curas periódicas con apósito oclusivo de gasas o con apósito transparente.

Se realizan las curas diariamente ó cuando pierdan adherencia los apósitos. La retirada de apósitos se debe llevar a cabo con guantes limpios y la colocación de los nuevos con apósitos y guantes estériles.

### **2.9.3 Cuidado de la vía central (catéter)**

- Incluir el catéter en la limpieza diaria de la piel, limpiándolo con antiséptico, quitando los restos de goma adherida del apósito con alcohol, y pintando por último todo el trayecto externo del catéter con antiséptico líquido.
- Evitar las desconexiones accidentales.
- En caso de utilizar equipos de doble-luz, tener funcionando siempre ambas luces, o en caso de solo utilizar una, mantener a otra luz no utilizada con un sello de heparina.
- Se deberían irrigar todos los catéteres después de una perfusión. Si el paciente recibe perfusiones intermitentes frecuentes, se puede sustituir la heparina por suero fisiológico, especialmente en pacientes con riesgo de hemorragias (trombocito peñas).

### **2.9.4 Cuidados del equipo de perfusión.**

Los cuidados a tener en cuenta con las llaves de 3 vías, el equipo de goteo, alargaderas, entre otras.

Es normalmente a través de estos elementos, por donde van a penetrar los microorganismos causantes del mayor peligro o complicación del tener colocado un catéter venoso central, y que no es otro que la infección del catéter y posterior Sepsis del paciente.

### **2.9.5 Consejos sobre cuidados:**

- Los accesos vasculares periféricos se deben cambiar cada 72 o antes de 24 h fueron colocados en situaciones de «urgencia».
- Los accesos centrales periféricos cada 7 días.
- Accesos centrales VALORAR (no se deben hacer cambios rutinarios, se recomienda la utilización de «guías» establecidas por los jefes de cada unidad).
- Cambios del equipo: Soluciones cristaloides: Cada 48 horas, todo el sistema.
- NPT y soluciones con lípidos (propofol) cada 24 horas o con cada cambio de bolsa (lo que ocurra primero).
- Sistemas de monitoreo cada 96 horas

Está demostrado que el riesgo de infección a través de los equipos, aumenta conforme aumenta el tiempo que permanecen colocados

- No utilizar las llaves de 3 vías para la administración de inyecciones intermitentes.
- Para ello existen tapones para inyección o en los propios equipos de infusión se incluyen 1 o 2 puntos de caucho, para realizar inyecciones intermitentemente.
- Estos dispositivos de caucho, son de fácil acceso, y solo es necesario limpiar previamente a la inyección con una solución antiséptica
- Evitar el uso de alargaderas innecesarias, que terminan colgando por el suelo y arrastrando los puntos de unión entre unas y otras.
- Si se realizan extracciones sanguínea a través de las llaves de tres vías, mantenerlas limpias de sangre.

### **2.9.6 Líquidos a per fundir**

A la hora de tratar los líquidos que per fundimos y administramos a través de los catéteres, se suele bajar la guardia en la prevención de infecciones, ya que parece que al estar trabajando con sistemas cerrados esto nos hace despreocuparnos por la asepsia en el cuidado de los recipientes y su contenido. Es posible ver sueros preparados con horas de anticipación con la latilla levantada y sin protección (gasa con antiséptico), y pinchar posteriormente el tapón sin limpiarlo. O ver jeringas con medicación preparada sin la protección aguja y capuchón colocados, rodando por la mesita del paciente o en una batea.

Otro cuidado a tener en cuenta con los líquidos es el de desechar cualquier suero o medicación que presente un aspecto anormal, independientemente de no haber caducado o desconocer su preparación. Además, (Echavarría, Ferrada Dávila, & Kestenberg Himelfarb, 2008) dice observar las interacciones medicamentosas que puedan dar lugar a precipitados y obstrucciones de la vía, a veces de forma lenta e inadvertida.

### **2.10 Taxonomías diagnósticas NANDA**

Las enfermeras asistenciales están principalmente interesadas en los diagnósticos de la taxonomía y raramente necesitan usar la estructura taxonómica propiamente dicha, la familiaridad con la forma en que los diagnósticos están estructurados ayudaran para hallar rápidamente la información.

La taxonomía II tiene 3 niveles; Dominios, clases y diagnósticos enfermeros, algunos diagnósticos enfermeros se presentan en más de un dominio y clase.



Una clase es una subdivisión de un grupo mayor; una división de las personas y cosas por su calidad, rango o grado. Según (Nanda, 2012) un diagnóstico enfermero es un juicio clínico sobre la respuesta de una persona, familia o comunidad a problemas de salud vitales reales o potenciales que proporciona la base de la terapia definitiva para el logro de objetivos de los que la enfermera es responsable.

### 2.11 Proceso de atención de enfermería con diagnósticos NANDA

- Riesgo de infección
- Deterioro de la integridad cutánea
- Disconfort

DIAGNOSTICO	META	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
00004 (Nanda, 2012) Riesgo de infección, R/C manipulación del catéter. (Dominio11;clase 1)	Disminuir el riesgo de infección	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curación cada 24 horas</li> <li>• Cambio de apósitos y gasas si están manchadas</li> <li>• Toma de SV especial T°.</li> <li>• Administración de antibióticos</li> <li>• Cuidados de asepsia y antisepsia</li> <li>• Observar cambios del color de la piel.</li> </ul>	El paciente reacciona positivamente ante las actividades realizadas por la enfermera.
00046 (Nanda, 2012) Deterioro de la integridad cutánea R/C	Asegurar un buen proceso de cicatrización	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Curación QD y PRN</li> <li>• Administración de medicamentos según indicación médica.</li> </ul>	Paciente con un buen proceso de cicatrización

DIAGNOSTICO	META	ACTIVIDADES	EVALUACIÓN
colocación de catéter central o periférico. (Dominio11,clase 2)		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambio de apósitos y gasas</li> </ul>	de herida.
00214 (Nanda, 2012) Disconfort R/C la estadía prolongada del paciente. (Dominio12, clase1)	Mejorar el confort del paciente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Colocar al paciente en un posición cómoda (semifowler)</li> <li>• Colocar almohadas en protuberancias Oseas</li> <li>• Hidratación de la piel</li> <li>• Realizar aseo corporal QD y bucal TID</li> </ul>	La comodidad del paciente mejora.

## 2.12 Glosario de términos

- Paciente crítico.- (Barquín, 2009) Persona que padece una enfermedad y cuyo estado de salud compromete su vida.
- Catéter.- (César, Muriana Jiménez, González Caro, & Rodríguez Flores, 2007) Es un tubo que puede ser insertado en un vaso, arteria o vena la mayoría está elaborado de un tubo delgado y flexible. (Arcos, 2009)
- Procedimiento.- Serie de acciones llevadas a cabo en cierta manera, una forma establecida de hacer algo.
- Proceso de atención de enfermería.- (Echeverri de Pimiento, 2011) Método sistémico y organizado de brindar cuidados de enfermería

y proporciona un marco para la planificación y ejecución de los cuidados.

- Bacteriemia.- (García Ortega, Lupión Mendoza, & Alex Sánchez, 2013) Invasión del torrente sanguíneo por bacterias que pueden ingresar por una herida, una inyección o un procedimiento invasivo, puede desaparecer con el tiempo o puede causar una sepsis y ser potencialmente mortal.
- Infecciones nosocomiales.- (García Ortega, Lupión Mendoza, & Alex Sánchez, 2013) Se aplica a toda enfermedad contraída por un paciente con asistencia médica dentro del hospital durante las primeras 48h de estadía o de acuerdo al tiempo de incubación del virus o bacteria.
- Protocolo.- (Hernández, 2009) Es un camino predeterminado de tratamiento que se usa para un paciente o pacientes que reúnan las mismas características, para estandarizar los cuidados de enfermería.

## **CAPITULO III**

### **3 METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **3.1 Tipo de Investigación**

Esta investigación fue de tipo cuantitativa descriptiva, porque se utilizaron técnicas de recolección de información como encuestas y la observación que permitió obtener datos cuantitativos o numéricos.

Estos datos fueron procesados a través de herramientas estadísticas partiendo del análisis univariado para describir las características del problema que se investigó.

La investigación fue de tipo descriptivo porque parte de la identificación de variables como, las características sociodemográficas de pacientes, y la aplicación del proceso de enfermería.

También se describieron aspectos relacionados con la aplicación del proceso de enfermería por parte de las enfermeras y también la descripción de los cuidados de enfermería en los pacientes con catéter central y/o periférico.

#### **3.2 Población y Muestra**

##### **3.2.1 Población**

En el presente trabajo de investigación se considera una población de 13 enfermeras de la UCI, y pacientes que se encuentren en tratamiento y proceso de recuperación de su salud en esta unidad del HSVP.

### **3.2.2 Muestra**

Para la muestra de las profesionales de enfermería se tomó al 100% de la población correspondiente a 13 enfermeras.

Para la muestra de los pacientes se seleccionó de manera intencional a 5 pacientes que fueron hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos.

### **3.3 Variables**

- Características socioeconómicas (Anexo 1)
- Proceso de atención de enfermería (Anexo 1)

### **3.4 Técnicas**

Las técnicas de investigación que se aplicarán son las siguientes:

- Encuestas, que se aplicaron al personal de enfermería de la UCI del Hospital San Vicente de Paúl.
- Observación de técnicas y procedimientos para la atención y cuidado del paciente.

### **3.5 Instrumentos**

Los instrumentos que se utilizaron son:

- Encuesta dirigida a las enfermeras donde se identificaron si aplican o no el proceso de enfermería la encuesta se estructuró con

preguntas cerradas y de selección, para obtener datos precisos y confiables. El cuestionario se estructuró con dos áreas, la primera se refiere al proceso de atención en enfermería y el segundo apartado cuenta con preguntas sobre la aplicación del proceso de enfermería. (Anexo 2)

- Lista de chequeo donde se registró los datos relacionados con el desarrollo del proceso de enfermería, con datos sobre el chequeo del paciente internado en la UCI del HSVP. Instrumento que cuenta con el registro de diez indicadores; además este instrumento cuenta con un cuadro con el registro del proceso de atención aplicado en enfermería considerando la etapa PAE, cuyos resultados se publican en los anexos del presente informe. (Anexo 3)
- Se aplicó una ficha para la validación de la propuesta, dirigida a profesionales de enfermería, instrumento que cuenta con indicadores que son valorados para determinar la validez de la propuesta. (Anexo 4)

### **3.6 Proceso de la Investigación**

1. Identificación del problema
2. Planteamiento del problema
3. Objetivos y preguntas de investigación
4. Interrogantes de la investigación
5. Justificación del tema
6. Marco teórico
7. Metodología
8. Presentación del proyecto
9. Aprobación del anteproyecto

10. Construcción del marco teórico
11. Elaboración de instrumentos de investigación
12. Aplicación de encuestas y entrevistas
13. Análisis e interpretación de resultados
14. Elaboración del informe
15. Proceso de construcción de la propuesta
16. Conclusiones y recomendaciones
17. Correcciones y elaboración del informe final
18. Presentación final

## CAPITULO IV

### 4 ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

#### 4.1 Análisis e interpretación de resultados de ficha de observación del paciente

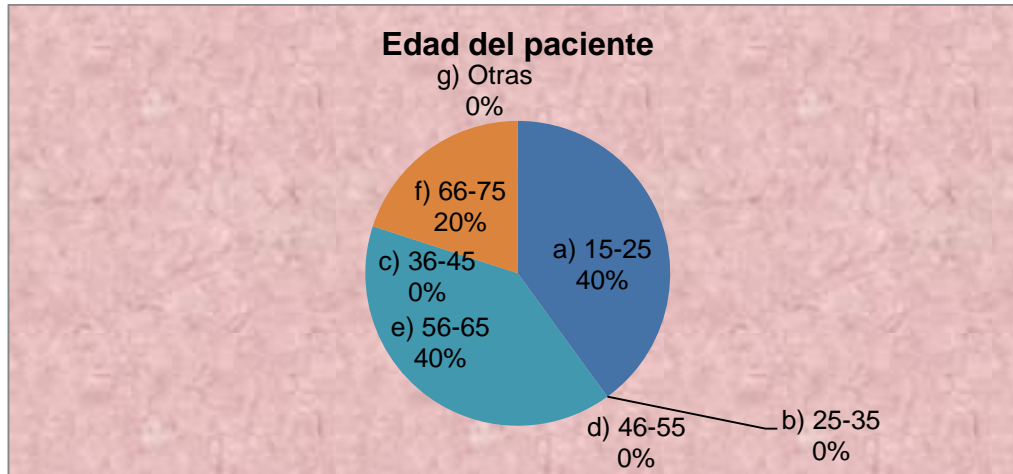
##### 4.1.1 Edad

Tabla Nº 2 Edad del paciente

Alternativa	No. Encuestados	%	Alternativa	No. Encuestados	%
a) 15-25	2	40	e) 56-65	2	40
b) 25-35	0	0	f) 66-75	1	20
c) 36-45	0	0	g) Otras	0	0
d) 46-55	0	0	TOTAL	5	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

Gráfico Nº 1 Edad del paciente



El 40% corresponde a pacientes en edad entre 15 y 25 años, entre 56 y 65 años el otro 40% y el 20% pacientes en edad de 66 a 75 años.

Los pacientes con catéter central y periférico que tienen mayor necesidad de atención en la UCI, están representados por personas de 15 a 25 años.



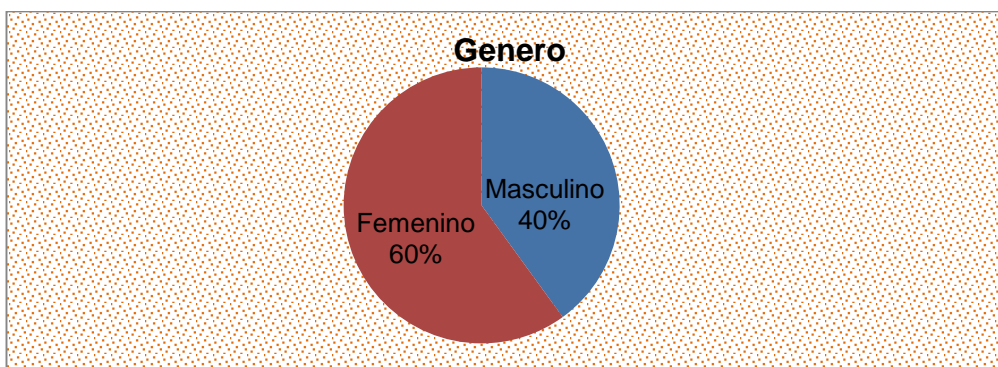
#### 4.1.2 Género

Tabla Nº 3 Género del paciente

Alternativa	No. Encuestados	%
Masculino	2	40
Femenino	3	60
TOTAL	5	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

Gráfico Nº 2 Género del paciente



El género corresponde al 60% de pacientes Femenino y el 40% a pacientes de género Masculino. La cateterización venosa central mediante catéter percutáneo es un procedimiento de enfermería útil clínicamente, de fácil aprendizaje, bajo riesgo de complicaciones y que aumenta el bienestar del paciente, porque evita múltiples punciones y por tanto, dolor y sufrimiento.

No existe diferencia significativa en cuanto se refiere a la necesidad de colocar catéter a los pacientes en la UCI; según (Robles, 2012) "este procedimiento es clave en el abordaje del enfermo crítico sea mujer u hombre, e inclusive su edad, aunque en los niños brinda el beneficio a que el niño no sea inmovilizado y sea mejor su manejo así como el impacto como paciente, por lo que, la utilización del catéter se esté

generalizando de manera especial en las unidades de cuidados intensivos”.

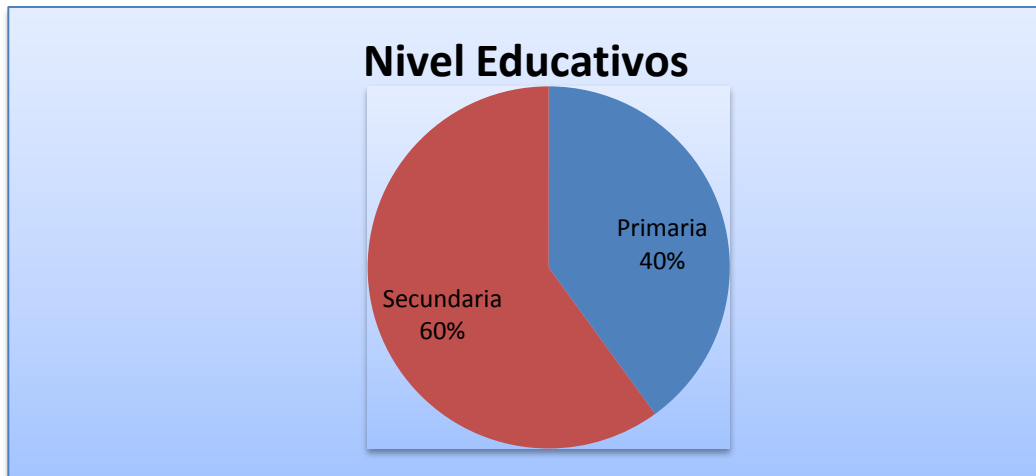
#### 4.1.3 Nivel Educativo

**Tabla Nº 4 Escolaridad de los pacientes**

Alternativa	No. Encuestados	%
Primaria	2	40
Secundaria	3	60
TOTAL	5	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 3 Escolaridad de los pacientes**



El 60% son pacientes que no han culminado sus estudios secundarios y el 40% no culmina sus estudios primarios, según los datos el nivel de educación en el 100% de los pacientes es bajo. La implantación de un catéter central por acceso periférico hasta vena cava superior, a través de una cánula corta, es utilizado para el atención del paciente independientemente de su edad o género. (Robles, 2012) dice, “este procedimiento también se lo utiliza para someter a la administración de sustancias agresivas, evitando con ello el sufrimiento del paciente por veno punción continua, e intentando mantener el capital venoso del

paciente; asistencia que reciben los pacientes independientemente de su escolaridad”

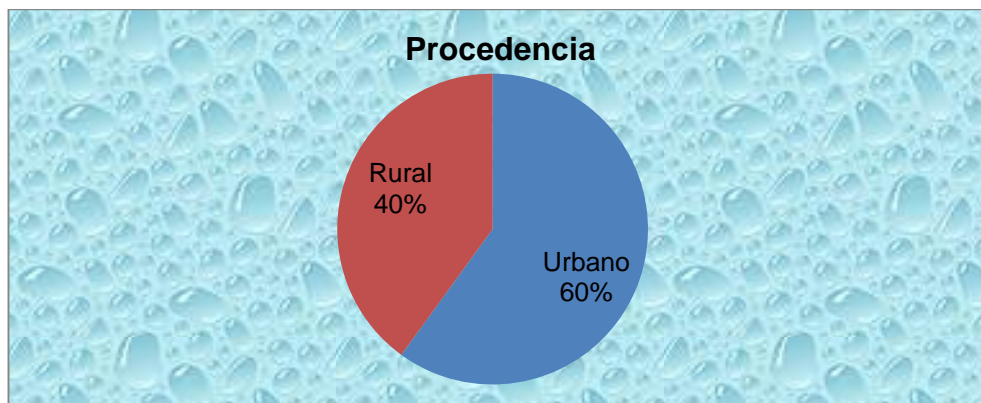
#### 4.1.4 Procedencia

**Tabla Nº 5 Lugar de procedencia**

Alternativa	No. Encuestados	%
Urbano	3	60
Rural	2	40
TOTAL	5	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 4 Lugar de procedencia**



Pertencen al área urbano el 60% de los pacientes que están internados con diferentes patologías y tan solo el 40% son de los alrededores.

El personal de enfermería debe tomar consideraciones para la colocación de un catéter, a la población de pacientes que provienen principalmente del sector rural, personas que no han desarrollado la cultura de prevención y atención médica oportuna, por lo que regularmente asisten cuando su estado de enfermedad es grave y por tanto debe ser ingresado a la UCI. Los pacientes del sector rural de este estudio, tienen mayor necesidad de cuidados intensivos con utilización de

catéter; quienes superan cuatro días de utilización, según el análisis realizado en la tabla N° 10.

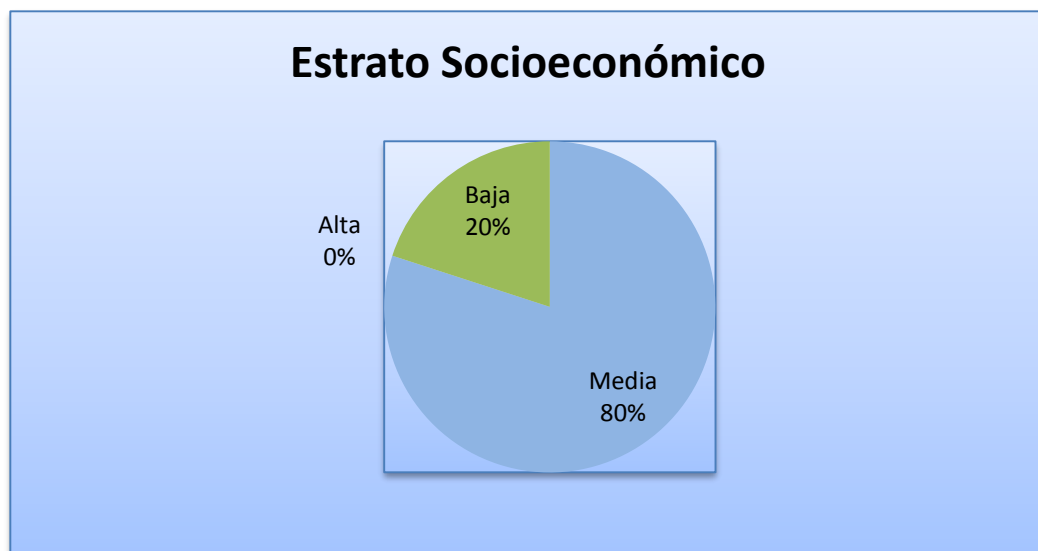
#### 4.1.5 Estrato Socioeconómico

**Tabla N° 6 Estrato socioeconómico del paciente**

Alternativa	No. Encuestados	%
Alta	0	0
Media	4	80
Baja	1	20
TOTAL	5	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico N° 5 Estrato socioeconómico del paciente**



Del 100% de los pacientes el 80% pertenece a la clase media, el 20% tiene un estrato socioeconómico bajo, y no hay pacientes de estrato socioeconómico alto.

El estrato económico puede ser una causa de riesgo para la adquisición de infecciones; sin embargo en los resultados se observa que la mayoría de pacientes provienen de una situación media respecto al nivel de su economías, los de condición baja es la población con menor

índice y las personas de estrato alto no son hospitalizados en el HSVP de Ibarra.

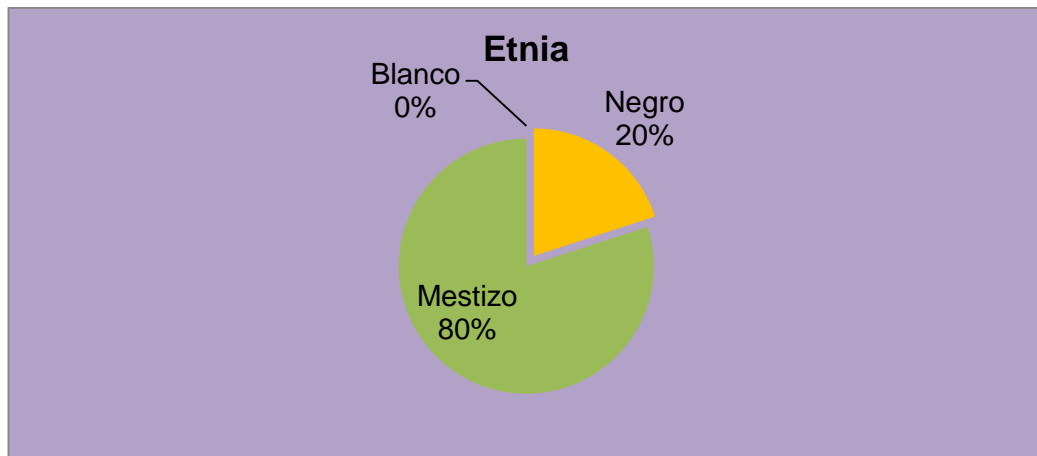
#### 4.1.6 Etnia

**Tabla Nº 7 Grupo étnico al que pertenece el paciente**

Alternativa	No. Encuestados	%
Blanco	0	0
Negro	1	20
Mestizo	4	80
TOTAL	5	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 6 Grupo étnico al que pertenece el paciente**



El 80% corresponde a pacientes de etnia Mestiza mientras que el 20% a personas de color

Los pacientes del grupo étnico negro, correspondientes a este estudio, son quienes tienen mayor incidencia de ser ingresados en la UCI, y que son colocados catéter, con la finalidad de mejorar las condiciones

de curación alcanzando una mejoría en menor tiempo y con una asistencia con menor impacto psicológico, dolor.

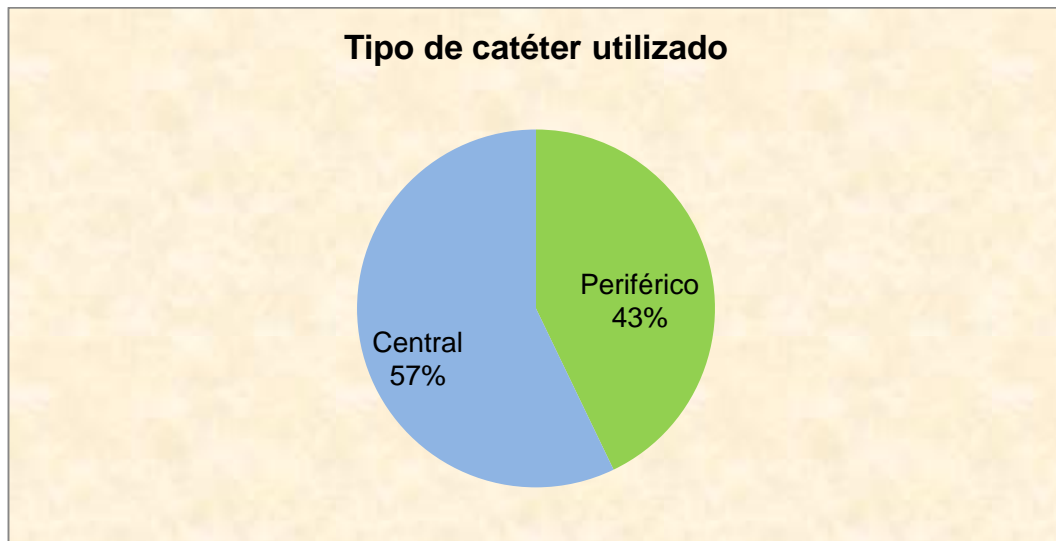
#### 4.1.7 Tipo de catéter utilizado

**Tabla Nº 8 Tipo de catéter utilizado**

Alternativa	No. Encuestados	%
Periférico	3	43
Central	4	57
TOTAL	7	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 7 Tipo de catéter utilizado**



A pesar de tener un acceso central en el 100% de los pacientes, también el 43% de los mismos mantienen un acceso periférico que es cambiado cada 5 días, para evitar riesgos de infección u otras complicaciones.

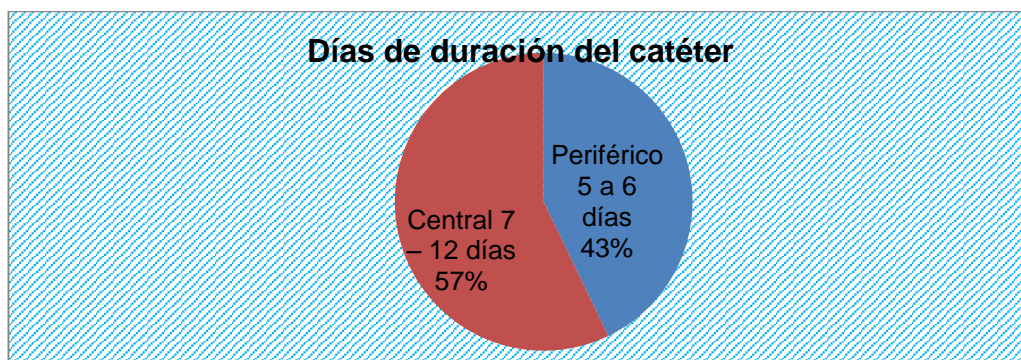
#### 4.1.8 Días de duración del catéter

**Tabla Nº 9 Días de duración del catéter según el tipo**

Alternativa	No. Encuestados	%
Periférico 5 a 6 días	3	43
Central 7 – 12 días	4	57
TOTAL	7	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 8 Días de duración del catéter según el tipo**



Los catéteres de acceso central por subclavia son los más usados en un 100%, en pacientes el tiempo de uso de los catéter es de 7 a 12 días de acuerdo a la estadía y necesidad del paciente en la UCI, y el catéter periférico de 5 a 6 días tomando en cuenta que el momento del alta va a piso con el catéter periférico.

(Hernández, 2009), dice “es necesario tomar en cuenta que las venas periféricas son accesibles y mayor en número, pero su capacidad debe ser utilizada en períodos cortos por los riesgos de obstrucción o infección”; del análisis se identifica que la mayoría de los pacientes superan los cuatro días que mantienen colocados el catéter de vía central, por lo que es importante la intervención de enfermería en el control para

evitar infecciones en el paciente, riesgo mayor que se ocurre en esta clase de procedimiento.

#### 4.1.9 Retiro del catéter

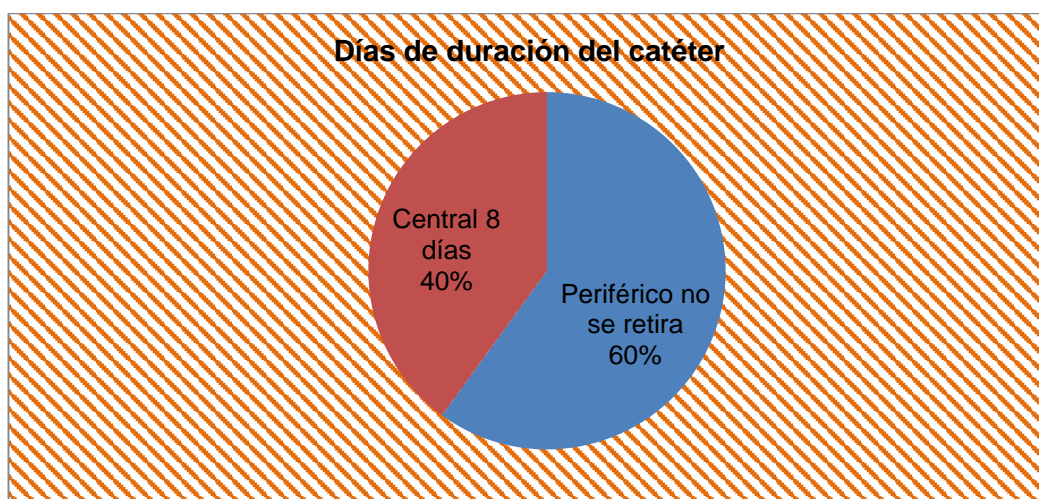
**Tabla N° 10 Tiempo de permanencia con catéter**

Alternativa	No. Encuestados	%
Periférico no se retira	3	60
Central 8 días	2	40
TOTAL	5	100

Fuente: Pacientes de la UCI de HSVP

Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico N° 9 Tiempo de permanencia con catéter**



El retiro y cambio de catéter central se realiza en el 60% de los pacientes en el tiempo de 8 días, el catéter periférico no se retira ni cambia en el 40% de los pacientes con este tipo de catéter.

Según (Robles, 2012) “todos los catéteres venosos centrales tienen un severo riesgo de infección, relacionado generalmente con el tiempo de permanencia en el paciente, por el cuidado dispensado por la enfermera y también estrechamente relacionado con el número de lúmenes y material



de fabricación”. En su mayoría el catéter no se mantiene por un tiempo mayor de 8 días, en la UCI con los pacientes.

#### **4.2 Análisis e interpretación de resultados de las encuestas aplicadas al personal enfermero.**

##### **4.2.1 Proceso de atención de enfermería**

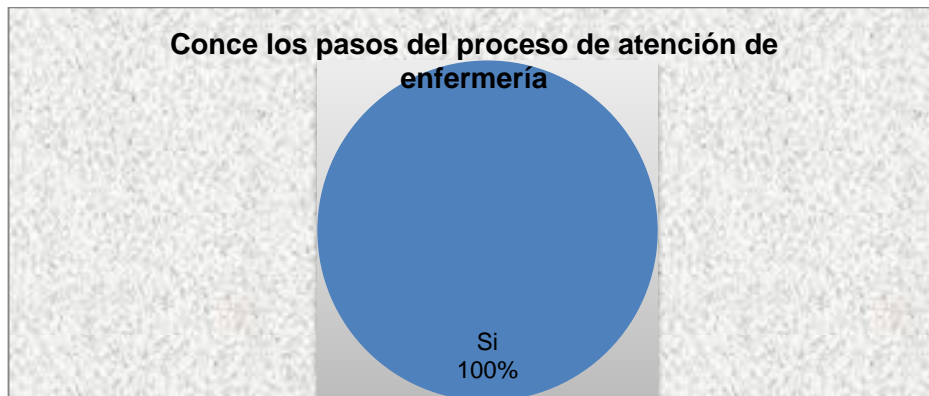
##### **4.2.1.1 Conoce cuáles son los pasos del proceso de atención de enfermería.**

**Tabla Nº 11 Conocimiento de pasos del proceso de AE**

<b>Alternativa</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
Si	13	100%
No	0	0 %
<b>Total</b>	13	100 %

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 10 Conocimiento de los pasos del proceso de AE**



El 100% del personal de enfermería manifiesta que conoce los pasos del proceso de atención de enfermería.

El proceso de atención de enfermería al ser un sistema de planificación en la ejecución de los cuidados de enfermería es conocido por el personal de enfermería, lo que quiere decir que se domina el

manejo del paciente en los cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación.

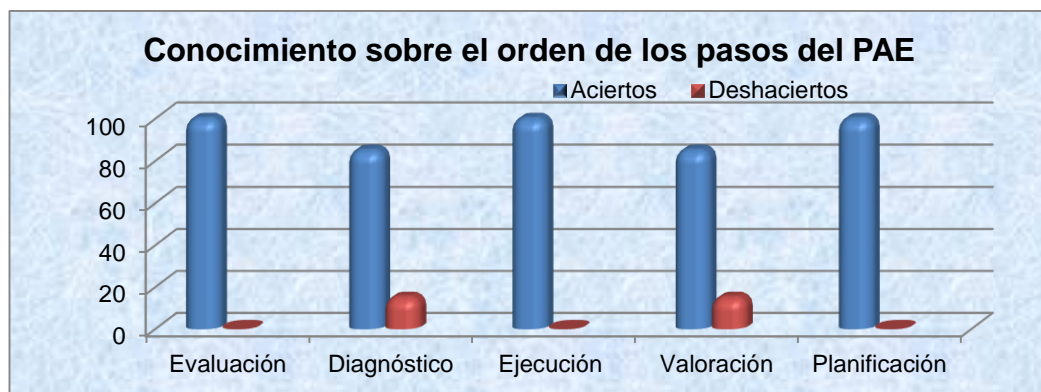
**4.2.1.2 Identifique y enumere el orden de los pasos del proceso de atención de enfermería.**

**Tabla Nº 12 Conocimiento sobre el orden de los pasos del PAE**

Alternativa	Frecuencia			Porcentaje
	Aciertos	Desaciertos	Total	
Evaluación	13	0	13	100%
Diagnóstico	11	2	13	85%
Ejecución	13	0	13	100%
Valoración	11	2	13	85%
Planificación	13	0	13	100%

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 11 Conocimiento sobre el orden de los pasos del PAE**



En la identificación del orden del proceso de atención de enfermería, el 100% reconoce bien el orden de esta etapa, el 85% sitúan correctamente; el 100% del personal de enfermería conoce el lugar de la ejecución en el proceso de atención, de igual manera el 100%.

En la unidad de cuidados intensivos, existe una minoría que no define una opción adecuada, se concluye que el personal no cuenta con un conocimiento claro de su desempeño en esta unidad de atención que le

permite interrelacionar en forma secuencial procesos sistemáticos de la metodología de atención.

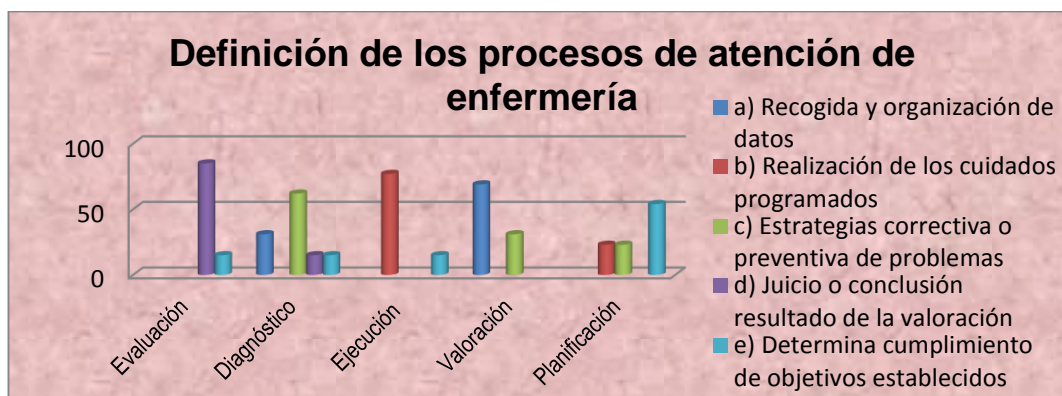
**4.2.1.3. Identifique a que paso del proceso de atención de enfermería corresponden las siguientes definiciones**

**Tabla N° 13 Identificación de la definición de los pasos del PAE**

	a) Recogida y organización de datos	b) Realización de los cuidados programados	c) Estrategias correctiva o preventiva de problemas	d) Juicio o conclusión resultado de la valoración	e) Determina cumplimiento de objetivos establecidos
Evaluación				11 (85)	2 (15)
Diagnóstico	4 (31)		8 (62)	2 (15)	2 (15)
Ejecución		10 (77)			2 (15)
Valoración	9 (69)		4 (31)		
Planificación		3 (23)	3 (23)		7 (54)

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico N° 12 Identificación de la definición de los pasos del PAE**



Al 69%, en la realización de los cuidados programados el 77% se considera un proceso de ejecución. Estrategias preventivas o correctivas de problemas corresponde el 62% a Diagnóstico. Juicio conclusión resultado de la valoración las enfermeras dicen en el 85%, se determina cumplimiento de objetivos establecidos corresponde a planificación en un 54% mientras que resultados que presentan un déficit de conocimiento o confusión en cuanto a los conceptos de los diferentes pasos del PAE.

**Valoración:** (Folch Ferré, 2006) “Proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes”

**Diagnóstico:** (Robles, 2012) “Es un enunciado del problema real o en potencia del paciente que requiera de la intervención de enfermería con el objeto de resolverlo o disminuirlo”.

**Planificación:** (Robles, 2012) “Las finalidades la planificación de cuidados están dirigidas a fomentar unos cuidados de calidad, mediante”:

- Los cuidados individualizados,
- La continuidad de los cuidados,
- La comunicación,
- La evaluación

**Ejecución:** (Caballero Gálvez, 2008) “En la etapa de ejecución tan importante como las demás, el profesional de enfermería, entra en contacto directo con el paciente no solo para aplicar el plan sino para valorar y evaluar el estado del usuario y ajustar el plan. En esta etapa el proceso de enfermería son muy valiosos los siguientes atributos”:

1. Capacidades intelectuales.
2. Capacidades interpersonales.
3. Capacidades técnicas

**Evaluación:** Para (Robles, 2012) “se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, en el que emite un juicio sobre un objeto, acción, trabajo, situación o persona, comparándolo con uno o varios criterios”. Al analizar el concepto de cada uno de los pasos del PAE, se inicia con la

valoración del paciente, etapa en la cual la información es importante, para que el médico tenga información esencial en la toma de decisiones en el diagnóstico que relaciona la información que proporciona enfermería.

**4.2.1.4. ¿Considera que es de utilidad la realización y aplicación del proceso de atención de enfermería?**

**Tabla N° 14 Conocimiento sobre la utilidad de la realización y aplicación del PAE**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100%
No	0	0 %
<b>Total</b>	13	100 %

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico N° 13 Conocimiento sobre la utilidad del PAE**



El 100% del personal de enfermería que participa de esta investigación, manifiesta que tiene conocimiento sobre la utilidad de realización y aplicación del PAE, es necesario considerar que el enfermero dentro del equipo de salud está en contacto directo y permanente con el paciente para brindarle atención mediante la ejecución de una serie de actividades que contribuyen al mantenimiento y restablecimiento de su salud mostrando actitud de tolerancia, sensibilidad, respeto y amor, expresadas y aplicadas en todas las etapas del proceso de atención de enfermería. Es de gran importancia la aplicación del

proceso de atención de enfermería para brindar una adecuada atención de calidad y calidez cumpliendo las diferentes necesidades de cada uno de los pacientes que se encuentran en la UCI; mediante la aplicación del plan de atención.

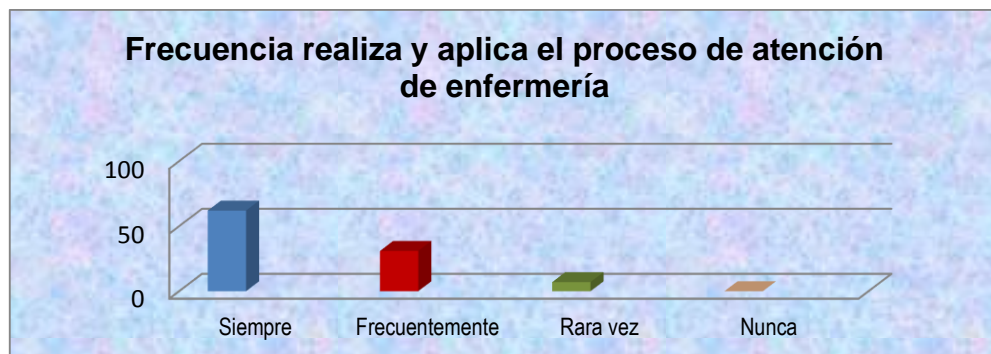
#### 4.2.1.5. ¿Con qué frecuencia realiza y aplica el proceso de atención de enfermería?

**Tabla N° 15 Frecuencia con la que se realiza y aplica el PAE**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Siempre	8	62 %
Frecuentemente	4	31 %
Rara vez	1	7 %
Nunca	0	0 %
<b>Total</b>	13	100 %

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico N° 14 Frecuencia que realiza y aplica proceso de PAE**



El 62% manifiesta que lo aplica siempre, el 31% lo aplica frecuentemente, 7% lo aplica rara vez. En cuanto a la atención que brinda enfermería al paciente, se determina de vital importancia, porque este personal es quien en contacto directo con médicos y pacientes, ponen en marcha el plan de atención, por lo que “carece de sentido si sólo se constituye de conocimientos técnicos sin considerar las necesidades del usuario. Según (Folch Ferré, 2006) “Esto no significa abandonar la técnica, las habilidades y las destrezas necesarias para el cuidado del ser humano: el conocimiento y el dominio de los mismos son de importancia,

es de gran importancia la aplicación del PAE” proceso que no es compartido por la totalidad del personal que presta servicios en la unidad de cuidados intensivos, deducción que se realiza porque no todo el personal aplica siempre los procesos de atención.

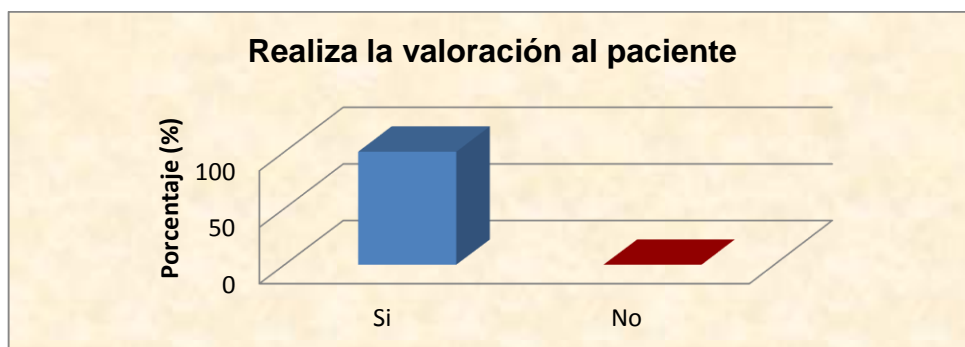
#### 4.2.1.6 Realiza la valoración al paciente

**Tabla Nº 16 Realización de la valoración del paciente**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	13	100%
No	0	0 %
<b>Total</b>	13	100 %

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 15 Realización de la valoración del paciente**



La importancia de seguir en orden los pasos del PAE es reconocida por el 100% del personal de enfermería que labora en la UCI del HSVP.

Para la realización de la valoración al paciente se considera cada una de las diferentes formas como: cefalocaudal, mediante exámenes de laboratorio y complementarios, revisando datos clínicos y procedimientos ya realizados, recopilando datos mediante la HCL, por aparatos y sistemas. Respecto a la atención de enfermería, se pueden definir los datos como información específica obtenida acerca del usuario. El personal de enfermería realiza la valoración del paciente, obteniendo la información directa en la asistencia del paciente; para luego proporcionar

datos el médico, con los cuales podrá iniciar procesos de diagnóstico esenciales para establecer el plan de atención, por lo que el personal de enfermería juega un papel importante en los procesos de atención, recuperación y curación del paciente.

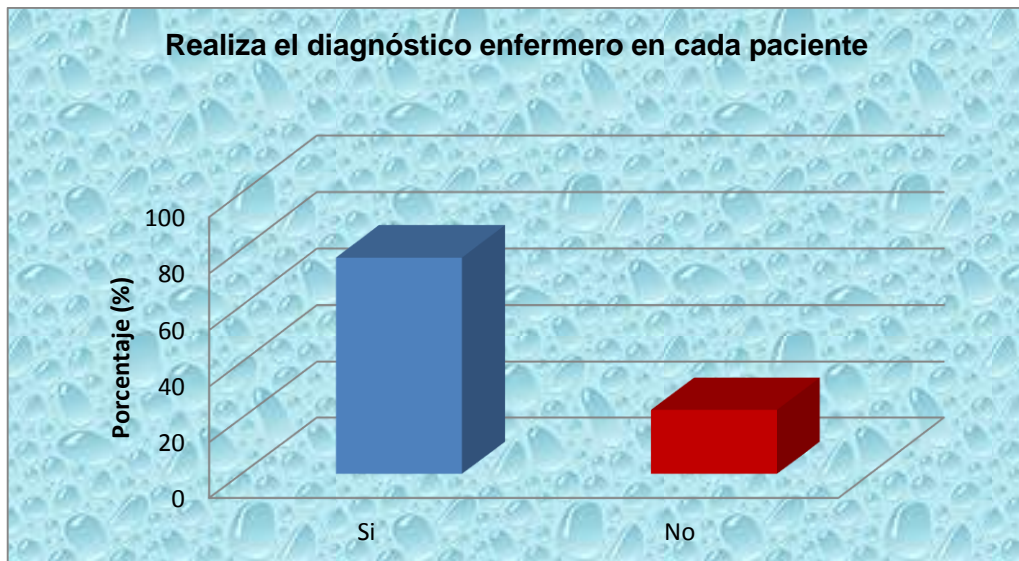
#### 4.2.1.7. ¿Realiza el diagnóstico enfermero en cada paciente?

**Tabla Nº 17 Diagnóstico de enfermería de cada paciente**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	10	77%
No	3	23 %
<b>Total</b>	13	100 %

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 16 Diagnóstico de enfermería de cada paciente**



El 77% de las enfermeras realiza un diagnóstico a los pacientes mientras que el 23% no realiza un diagnóstico enfermero en los pacientes.



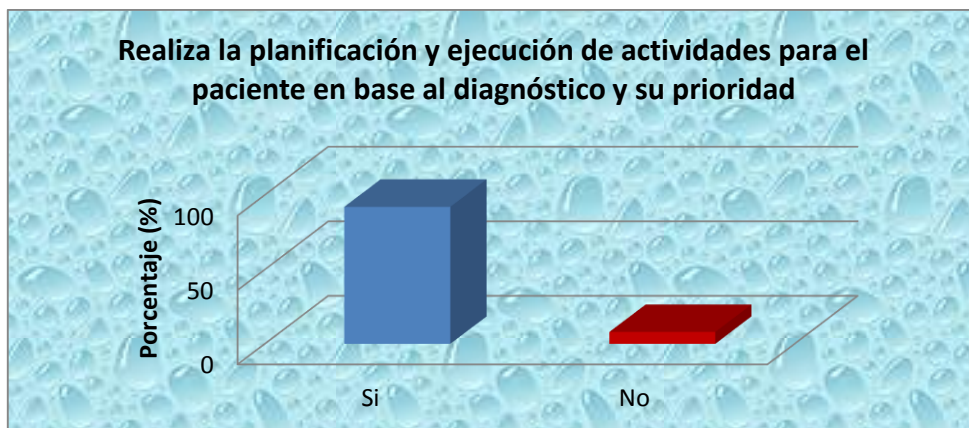
La ausencia de un plan adecuado para la intervención de enfermería en el diagnóstico de la salud de los pacientes, son actos que interfieren limitando los cuidados para la atención del paciente.

#### 4.2.1.8. Realiza la planificación y ejecución de actividades para el paciente en base al diagnóstico y su prioridad?

**Tabla N° 18 Planificación y ejecución de actividades para el paciente en base al diagnóstico y su prioridad**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	92%
No	1	8 %
<b>Total</b>	13	100 %

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca



**Gráfico N° 17 Planificación y ejecución de actividades para el paciente en base al diagnóstico y su prioridad**

Es fundamental la planificación y ejecución de actividades para ayudar a la pronta recuperación del paciente en la unidad de cuidados intensivos, que es realizada por el 92% del personal, y tan solo el 8% no lo realiza por falta de tiempo o desconocimiento. Para (Echavarría, Ferrada Dávila, & Kestenberg Himelfarb, 2008) “En la etapa de ejecución,

“las actividades de enfermería están diseñada para cubrir y aliviar las necesidades humanas que se han deducido con base al problema del usuario. Según los datos de las encuestas realizadas no hay mayor problema en la realización de un plan de cuidados como la planificación y la ejecución de las actividades en base al diagnóstico y prioridades”.

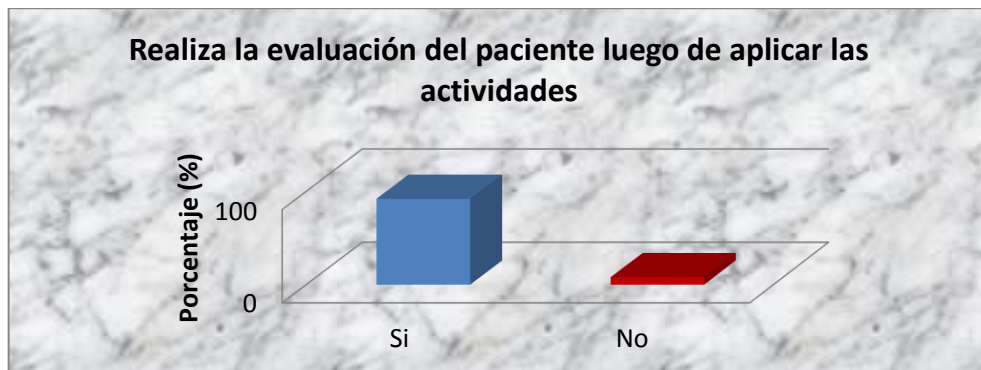
**4.2.1.9. Realiza la evaluación del paciente luego de aplicar las actividades.**

**Tabla Nº 19 Etapa de evaluación del paciente luego de aplicar PAE**

Alternativa	Frecuencia	Porcentaje
Si	12	92%
No	1	8 %
<b>Total</b>	13	100 %

Fuente: Personal de Enfermería de HSVP  
Elaboración: Sara Vaca

**Gráfico Nº 18 Etapa de evaluación del paciente luego de aplicar PAE**



Para saber si hay mejoría o no en el paciente hospitalizado se realiza una evaluación el 92% del personal la realiza, procedimiento acertado con el que se ayuda a conocer si el paciente está siendo bien valorado y diagnosticado, el 8% no realiza este paso. (Hernández, 2009) dice “La evaluación de resultados alcanzados sirve para que el profesional de enfermería pueda apreciar la efectividad de sus acciones; la evaluación de procedimientos es esencial en toda actividad”, sin embargo en la atención a la población infantil favorece contar

permanentemente con una serie de información de destacada importancia para la toma de decisiones del paciente; es necesario considerar que una evaluación cuidadosa, crítica y detallada como explica (Folch Ferré, 2006). “de los diferentes aspectos del cuidado de enfermería es la clave para lograr la excelencia en la provisión de los cuidados y el mejoramiento continuo de los servicios de salud”.

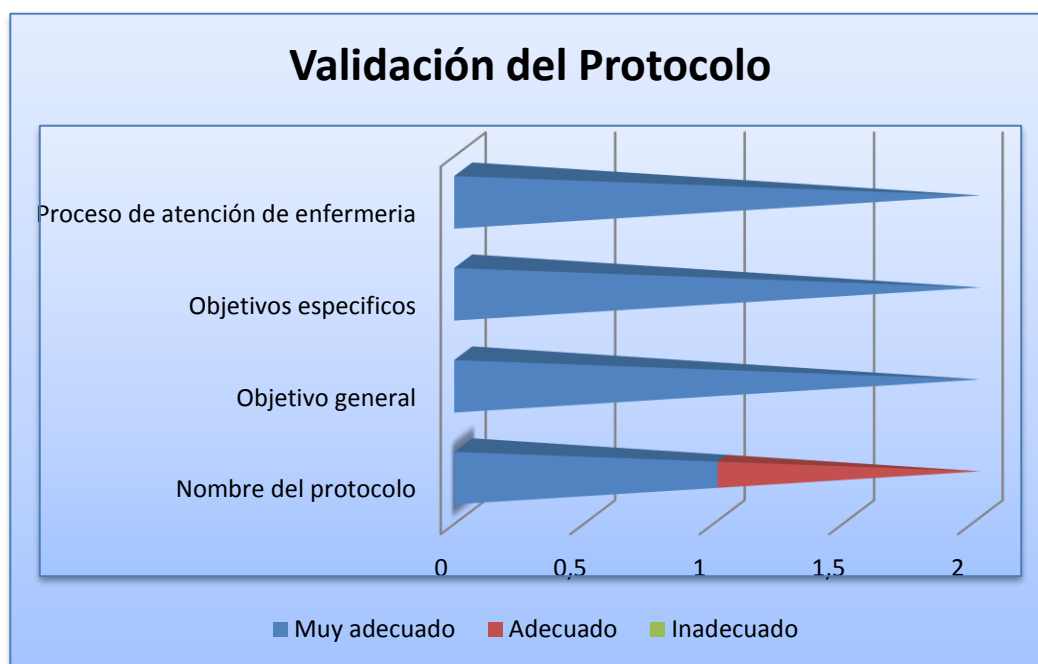
### 4.3 Análisis e interpretación de resultados de la ficha de validación del protocolo.

#### 4.3.1 Aspectos a considerar del protocolo.

**Tabla Nº 20 Parámetros de validación del protocolo**

Aspectos	Muy adecuado	Adecuado	Inadecuado
Nombre del protocolo	1 (50%)	1 (50%)	0
Objetivo general	2 (100%)	0	0
Objetivos específicos	2 (100%)	0	0
Proceso de atención de enfermería	2 (100%)	0	0

**Gráfico Nº 19 Parámetros de validación del protocolo**



El 50% esta dijo que era muy adecuado el nombre del protocolo y el otro 50% dijo que solo es adecuado, en cuanto al nombre. En cuanto al proceso de atención de enfermería al planteamiento de Objetivos específicos y general están en un 100% de acuerdo.

La RAE define “la validación es la comprobación de que un documento está bien formado y se ajusta a una estructura definida”. Un documento bien formado sigue las reglas básicas establecidas para el diseño de documentos. Un documento válido además es sustentable.

(Esteve & J., 2006), Publica que “la validación se encarga de verificar”:

- La corrección de los datos: aunque validar contra un esquema no garantiza al 100% que los datos son correctos, permite detectar formatos nulos o valores fuera de rango y por tanto incorrectos.
- La integridad de los datos: al validar, se comprueba que toda la información obligatoria está presente en el documento.
- El entendimiento compartido de los datos: a través de la validación se comprueba que el emisor y receptor perciban el documento de la misma manera, que lo interpreten igual.

## Conclusiones

- Respecto a las características socio demográficas de los pacientes que se encuentran en el área de terapia intensiva y que estén sometidos o que presenten catéter central y periférico, se determina que el 80% corresponde a un grupo poblacional de nivel socioeconómico medio, además en el estudio se encontró que el estrato socioeconómico no influye en la patología adquirida por el paciente y su recuperación, pero si los hábitos alimenticios.
- El 100% del personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos del hospital san Vicente de Paúl tiene conocimiento del proceso de atención de enfermería pero tan solo el 62% lo realiza y aplica con eficiencia los procesos de atención a pacientes sometidos a catéter central y periférico.
- En la unidad de cuidados intensivos, existe una minoría de integrantes del personal, no cuenta con un conocimiento claro de su desempeño en esta unidad de atención que le permite interrelacionar en forma secuencial procesos sistemáticos de la metodología de atención.
- Del análisis de validación de la propuesta, el 100% de indicadores son catalogados como muy adecuados, brindando garantías para su aplicación.

## Recomendaciones

- Se recomienda la capacitación a pacientes que se atienden en el HSVP sobre medidas de prevención de procesos infecciosos, así como la importancia de los hábitos alimenticios en el cuidado de la salud.
- Incentivar al personal de enfermería a mejorar mediante la autoeducación para que de esta manera se pueda brindar una atención de calidad y calidez a pacientes aplicando procedimientos acorde al avance de las ciencias médicas en el área de atención de enfermería.
- Promover la capacitación sobre el protocolo de atención en la Unidad de Cuidados Intensivos, a pacientes aplicados catéter central y periférico, con la finalidad de brindar una atención de atención a los pacientes; además es necesario realizar seguimiento del cumplimiento protocolario con la ayuda de un comité.
- Actualizar constantemente el protocolo de cuidados al paciente con catéter central y periférico, en el que se incluya además la identificación las necesidades del servicio para realizar protocolos que sean de utilidad para fortalecer el cuidado de enfermería y garantizar una recuperación satisfactoria de las personas que requieran la inserción de catéteres para su tratamiento.

## **CAPITULO V**

### **5 PROTOCOLO**

Realización de un protocolo de cuidados de enfermería para pacientes con catéteres centrales y periféricos que se encuentren hospitalizados en la unidad de cuidados intensivos del Hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra.

#### **5.1 Titulo**

Protocolo de Cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos para el servicio de Cuidados Intensivos del hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra.

#### **5.2 Introducción**

Una vez analizado la importancia que tienen los cuidados de enfermería en pacientes con catéteres centrales y periféricos, se ha llegado a la conclusión de la necesidad de desarrollar y aplicar un protocolo de atención de enfermería hacia este grupo de pacientes ya que de esta manera se puede llevar un control estricto y adecuado del mantenimiento de los mismos, de esta manera ayudar hacer más cómoda la estancia del paciente durante el tiempo de permanencia en el hospital.

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como proceso de Atención Enfermería (P.A.E.). Según (Noguera Ortiz, 2007), este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática. Se origina por primera vez, como un proceso por Hall (1955), Jhonson

(1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), y fue considerado como un proceso de tres etapas conformado por la (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación ); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

(Arcos, 2009) Dice “Como todo método, el Proceso de Atención de Enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí.”

Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

Con el proceso de atención de enfermería mejoraremos la atención y crearemos un lazo de confianza enfermera paciente a la vez la enfermera se sentirá más segura al realizar un procedimiento por que sabrá con exactitud qué es lo que necesita el paciente, además que se lograra un mejor desempeño.

Con este protocolo se lograra satisfacer las necesidades del servicio y ayudar a la enfermera a un avance en su labor diaria ya que se estará satisfaciendo las necesidades del servicio del usuario y del personal de salud.

## **5.3 Objetivos**

### **5.3.1 Objetivo General**



Establecer los cuidados de atención de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos que se encuentran en el servicio de cuidados intensivos del hospital san Vicente de Paul.

### **5.3.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las necesidades reales del servicio en cuanto a cuidados de pacientes cateterizados sea periférico o central.
- Establecer planes de cuidados de enfermería dirigidos a pacientes con catéteres centrales y periféricos.
- Fundamentar científicamente los cuidados a emplearse en los pacientes con catéteres centrales y periféricos para un mejor manejo

### **5.4 Justificación**

La propuesta es realizada en base a las necesidades y las falencias identificadas en el personal enfermero que labora en la unidad de cuidados intensivos del hospital san Vicente de paúl de la ciudad de Ibarra, producto del resultado de las encuestas y fichas de observación aplicados a pacientes y enfermeras del servicio, se pretende ayudar a superar barreras y limitaciones por desconocimiento o por temor aplicar algo nuevo como lo es el protocolo.

La importancia que tienen los cuidados de enfermería con fundamento científico, aplicado a pacientes que tienen catéteres centrales y periféricos, se verá demostrada con la realización de un protocolo clínico para el cuidado de los mismos, ya que ayudara al personal enfermero a trabajar con una guía mejorando de esta manera el

desempeño laboral y el conocimiento científico teórico y lógico, siendo herramientas fundamentales para la vida cotidiana y laboral.

Con el desarrollo del protocolo de atención de enfermería para pacientes cateterizados, se lograra un acercamiento enfermera paciente, creando mejor empatía, ya que el personal enfermero podrá ayudar al alivio y prevención de complicaciones causadas por catéteres, esto implica un adelanto significativo en el desarrollo de la unidad de cuidados intensivos del hospital San Vicente de Paul, a su vez del hospital en general.

A través de esta investigación se lograra superar las falencias detectadas en el transcurso de esta investigación en las profesionales de enfermería, para ayudar al paciente, familia y a su vez a la comunidad en sí, creando un ambiente cálido seguro y con una atención de salud personalizada de calidad y calidez cubriendo las necesidades de cada individuo en su totalidad mediante la ayuda del proceso de atención de enfermería ya normalizado en el protocolo, ya que se encontraran las actividades a realizarse en los pacientes cateterizados

## **5.5 Descripción**

El protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos parte de un proceso investigativo que se desarrolló en el hospital san Vicente de paúl en el área de cuidados intensivos, para la recolección de datos se realizó una encuesta a cada una de las enfermeras que labora el servicio y a los pacientes que se encontraban hospitalizados se les realizo una lista de observación con su respectivo seguimiento.

Al culminar la recolección de la información se llegó a la conclusión que es de suma importancia trabajar con un protocolo de atención, el personal de enfermera reacciono positiva y favorablemente ante la situación como enfermeras es algo preocupante y alarmante ya que se trabaja todos los días con catéteres sean estos periféricos o centrales y en cualquier área del hospital.

Aspectos que demuestran la importancia de su estandarización, misma que ayudaría a una mejor organización para el desempeño laboral diario, y de esta manera se podrá ayudar a los pacientes y familia contribuyendo a la pronta recuperación.

## **5.6 Personal a quien va dirigido**

Personal de enfermería que labora en la unidad de terapia intensiva del hospital San Vicente de Paúl.

## **5.7 Aspectos Generales a considerar en los pacientes con catéteres centrales y periféricos**

Los catéteres venosos centrales son sondas que se introducen en expresa (Pérez Alonso, 2008) “los grandes vasos venosos del tórax o en las cavidades cardíacas derechas, con fines diagnósticos o terapéuticos”.

Mientras que los catéteres periféricos es un tubo pequeño y flexible se coloca en una vena periférica como su nombre indica, tanto el catéter central como el periférico son de utilidad para la administración de medicamentos.

(O. M., 2012) Dice “soluciones y paquetes globulares o plasmáticos, así como también para la administración de NPT, y para la toma de muestras sanguíneas en algunos casos”.

Además es importante tomar en cuenta el lugar de inserción, el tipo de catéter, la fecha de colocación del catéter y la observación diaria durante la curación de algún cambio importante.

## **5.8 Proceso de Atención de Enfermería**

### **5.8.1 Diagnóstico de enfermería**

- El diagnóstico en el proceso de atención de enfermería se inicia con la identificación del paciente, que comprende los datos sociodemográficos y económicos del paciente que ingresa a la UCI.
- En una segunda etapa se realiza la valoración del paciente, datos que se registran en el ficha del paciente, el formato a ser utilizado se incluye en el anexo N° 4.
- A continuación se registra los datos sobre los profesionales que se involucran en el procedimiento.

### **5.8.2 Colocación de un catéter central o periférico**

Al ingreso de un paciente a la unidad de cuidados intensivos hay que valorar de acuerdo a su diagnóstico y complejidad del mismo el tipo de catéter que va a necesitar central o periférico, para la administración de soluciones y medicación.

**Actividad**

Comunicar al paciente acerca del procedimiento que se va a realizar.

**Fundamento**

El comunicar al paciente nos ayuda a que el paciente colabore, y no se asuste.

**Actividad**

Preparar en una mesa o un charol con campo estéril todos los materiales que se va necesitar para la inserción del catéter

**Fundamento**

La organización nos ayuda a que el procedimiento se realice en un menor tiempo y a que la técnica sea completamente estéril.

**Actividad**

Lavarse las manos con el procedimiento quirúrgico pero antes colocarse gorro y mascarilla, si va a colocar vía central utilizar mandil estéril y guantes estériles.

**Fundamento**

Se debe realizar todo procedimiento invasivo con técnica estéril ya que de esta manera evitamos la proliferación de bacterias causada por mala técnica aséptica.

**Actividad**

Identificar el lugar de inserción del catéter, procurando buscar el mejor sitio para la inserción.

**Fundamento**

Permite tener un menor margen de error.

### **Actividad**

Desinfectar con una solución antiséptica el sitio de inserción en forma circular de adentro hacia afuera.

### **Fundamentos**

La desinfección elimina bacterias patógenas la forma circular de la desinfección hace que salgan del interior al exterior las bacterias.

### **Actividad**

Insertar el catéter lo más cuidadoso posible.

### **Fundamento**

Evitar puncionar mal y desencadenar una posible complicación.

### **Actividad**

Verificar que haya un adecuado retorno sanguíneo, y que la sangre sea venosa y no arterial.

### **Fundamento**

Con la comprobación evitamos administrar a futuro medicación por un acceso inadecuado.

### **Actividad**

Fijar con tegaderm o esparadrappo el catéter, y rotular fecha de inserción y responsable.

### **Fundamento**

La fijación del catéter nos ayuda a brindar mayor estabilidad para que no se salga el catéter, siempre tiene que haber un responsable del

procedimiento realizado y la fecha nos ayuda para llevar la contabilidad para el cambio y evitar posibles infecciones.

**Actividad**

Control de constantes vitales

**Fundamento**

Ayuda a identificar alteraciones hemodinámicas del paciente.

**Actividad**

Limpiar el área y desechar lo utilizado de acuerdo a las normas de bioseguridad lavarse las manos al terminar el procedimiento.

**Fundamento**

Se previene infecciones cruzadas, y la aparición de vectores.

**Actividad**

Solicitar una placa de Rx de control

**Fundamento**

Verificación de que está bien colocado el catéter y no daño pulmón. Una vez verificado se puede iniciar la transfusión de soluciones y medicación.

**5.8.3 Manejo de catéteres**

**Diagnostico**

Manejo ineficaz de catéteres R/C desconocimiento M/X manejo inapropiado del mismo.

**Objetivo**

Mejorar y fundamentar el manejo adecuado de los catéteres.

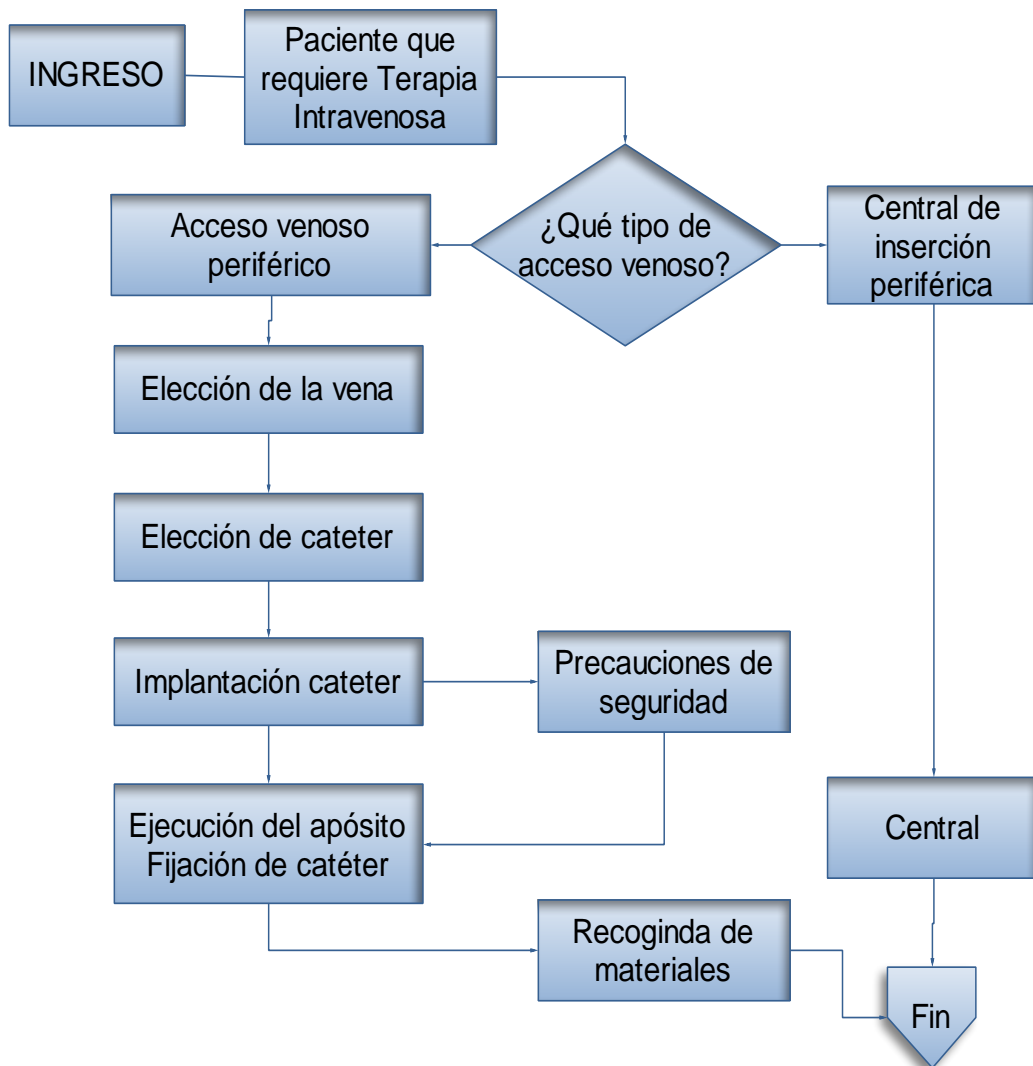
**Actividades**

Socializar al personal de enfermería, el protocolo de la unidad para el manejo de catéteres

**Fundamento**

Unifica criterios, acerca del manejo de catéteres y disminuye el riesgo de infección





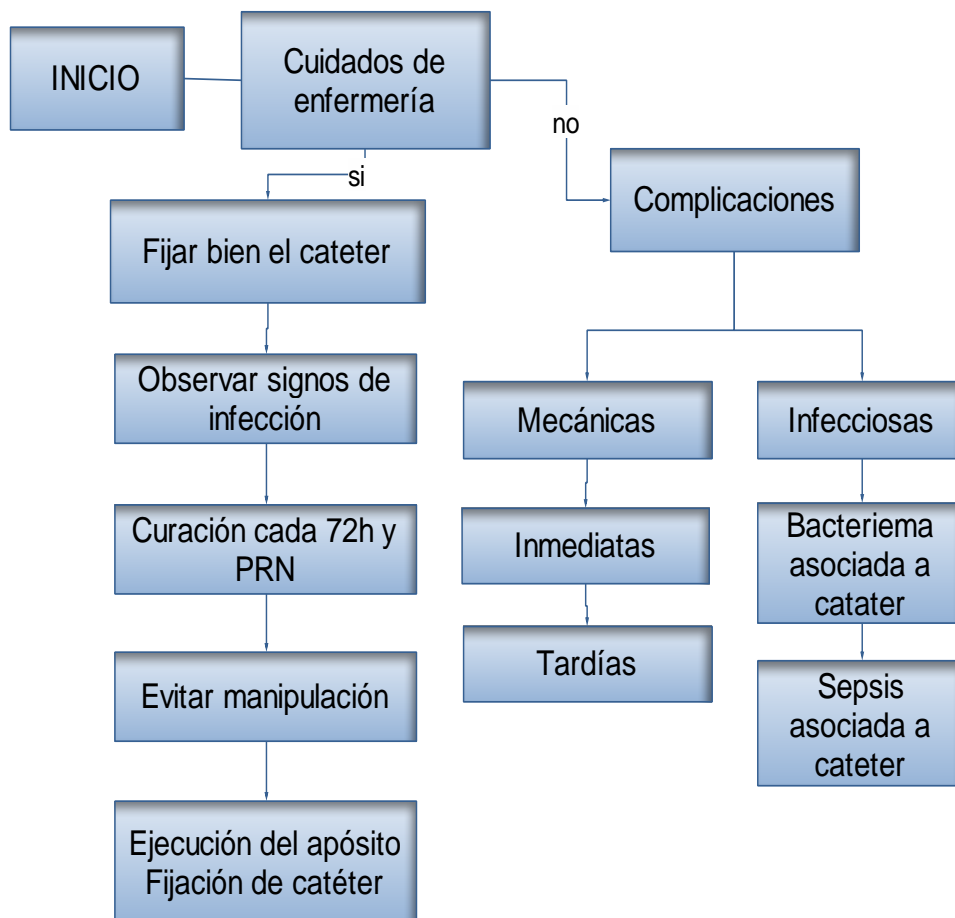
**Figura Nº 6 Flujograma del ingreso**

**Actividad**

Se debe mantener la técnica aséptica durante la manipulación del CVC, lo que incluye higiene de manos antes y después del contacto.

**Fundamento**

Disminuir el riesgo de infección cruzada.



**Figura Nº 7 Flujoograma de cuidados de enfermería**

### **Actividad**

Las conexiones y sistemas de infusión para administración de solución parenteral y medicamentos en infusión continua deben permanecer en circuito cerrado con la vía venosa central del paciente

### **Fundamento**

Evitar el ingreso de patógenos al torrente sanguíneo.

### **Actividad**

Los sistemas de infusión y conexiones deben mantenerse sin restos de sangre y visiblemente limpios, en caso de restos de sangre se deben cambiar.

### **Fundamento**

La sangre en el circuito del catéter es un medio de cultivo de bacterias.

### **Actividad**

Siempre que se manipule una conexión, ya sea para administrar un medicamento intermitente o para realizar cambio del sistema de infusión, se debe desinfectar previamente la conexión, frotando con alcohol al 70% por un mínimo de 15 segundos.

### **Fundamento**

La desinfección con alcohol al 70% disminuye el riesgo de entrada y salida de bacterias.

### **Actividad**

Cuando se deba realizar cambio del catéter, todos los sistemas de infusión deben ser cambiados por nuevos, lo mismo que las drogas o hidrataciones en infusión.

### **Fundamento**

Reducir la infección ya que la prolongación de tiempo de uso de equipos y catéteres contribuye a la proliferación de bacterias.

### **Actividades**

El profesional siempre debe verificar la permeabilidad del catéter comprobando que refluya sangre antes de administrar un medicamento al torrente sanguíneo.

### **Fundamento**

Evitar administrar medicamentos que se depositaran en otro lugar del organismo y no ira al torrente sanguíneo

### **Actividad**

Cuando no exista reflujo de sangre y se presente resistencia al paso del medicamento, no se debe utilizar el catéter y se debe dar aviso al médico de inmediato para evaluar su retiro.

### **Fundamento**

El catéter puede estar acodado o con la formación de un trombo que impide la entrada del medicamento y salida de sangre.

### **Actividad**

Las tapas de las luces del catéter o conexiones, deben ser cambiadas por una nueva cada vez que sean retiradas del sistema endovenoso del paciente.

### **Fundamento**

Al ser retiradas la tapas de las luces o conexiones ya se encuentran contaminadas, el cambio se realiza por unas estériles y nuevas.

### **Actividad**

La administrar de medicamentos intravenosos, de preferencia, se deben administrar por un lumen exclusivo o por el lumen de la hidratación.

**Fundamento**

Disminuye la posibilidad de que el medicamento se precipite o cause una reacción no deseada al combinarse con otros medicamentos.

**Actividad**

Los sistemas de infusión y conexiones deben cambiarse cada 72 horas.

**Fundamentos**

El tiempo de permanencia de los equipos por más de 72 horas aumenta el riesgo de infecciones.

**Actividad**

Cambio de equipos cada 24 horas en el caso de la Nutrición Parenteral y lípidos.

**Fundamentos**

Al ser la NPT una mezcla rica en glucosa se crea con mayor rapidez la proliferación de bacterias.

**Actividad**

La curación del CVC se debe realizar diariamente y según necesidad si hay signos de humedad, suciedad o falta de fijación.

**Fundamentos**

La curación del catéter evita potencialmente las infecciones u otras complicaciones.

**Actividad**

La curación del sitio de inserción del CVC se debe realizar con técnica aséptica utilizando como antiséptico Clorhexidina al 2%.

**Fundamento**

Evitar infecciones cruzadas y permite una mejor funcionalidad del catéter

**Actividad**

El profesional de enfermería a cargo del paciente es el responsable de vigilar diariamente las condiciones del sitio de inserción del CVC.

**Fundamento**

El profesional de enfermería es la persona que pasa mayor tiempo con el paciente y puede identificar tempranamente si hay cambios importantes.

**Actividad**

Al retirar un CVC, se debe presionar el sitio con gasa estéril

**Fundamento**

La aplicación de una buena técnica de hemostasia previene el sangrado excesivo del paciente y ayuda a una pronta coagulación.

**Actividad**

El profesional a cargo del paciente debe llevar registro de los días del catéter venoso central y de la evolución diaria del mismo.

**Fundamento**

El registro de paciente ayuda para una valoración de cuando hay que realizar el cambio de catéter, Función y complicaciones.

**Actividad**

Notificar al médico cualquier complicación identificada en el catéter venoso.

## Fundamento

Permite al médico iniciar un tratamiento oportuno.

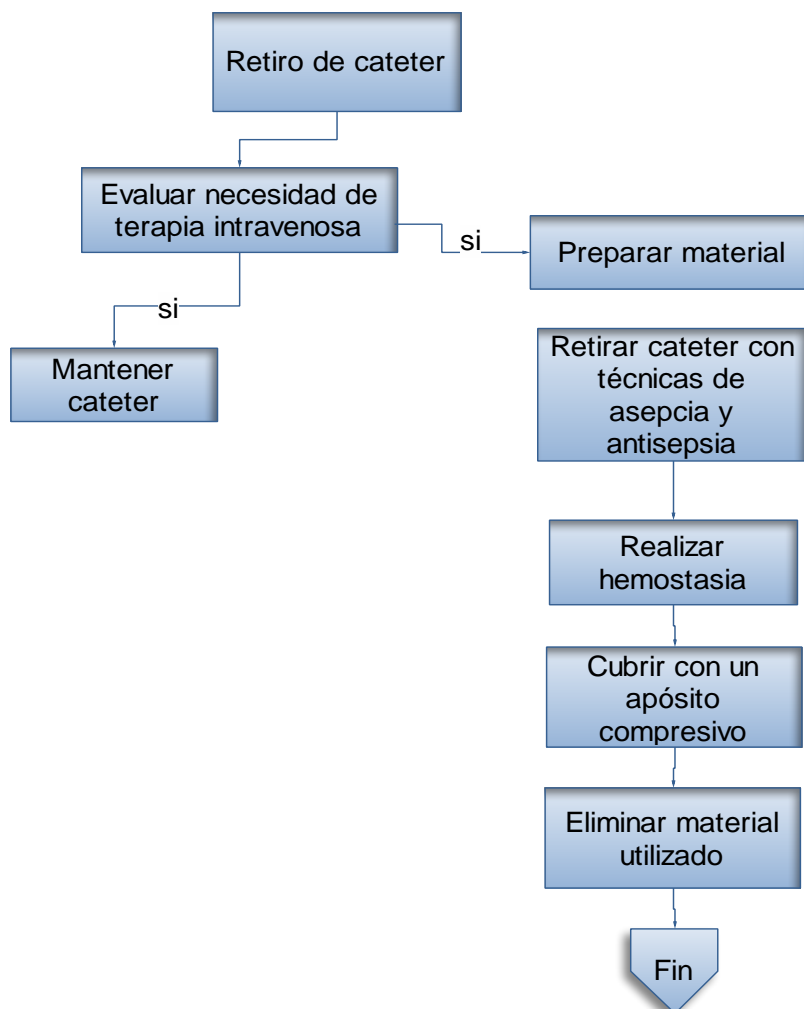


Figura Nº 8 Flujograma del retiro del catéter

### 5.8.4 Cuidados de la piel

#### Diagnostico

Deterioro de la integridad cutánea R/C colocación invasivo de un catéter M/X ruptura de la piel en el sitio de inserción.

## **Objetivo**

Disminuir el deterioro de la integridad cutánea para que la piel de la paciente restaure nuevos tejidos

## **Actividad**

Lavarme las manos y organizar el equipo.

## **Fundamento**

El lavado de manos es para tomar medidas de prevención de riesgo de adquirir infecciones cruzadas y proliferación de microorganismos nosocomiales y agentes patógenos.

## **Actividad**

Presentarse al paciente y la familia.

## **Fundamento**

Facilita la relajación y colaboración del paciente y la familia.

## **Actividad**

Valorar la función hemodinámica del paciente.

## **Fundamento**

Los signos vitales son manifestaciones externas de las funciones vitales las cuales pueden ser fácilmente percibidas por el examinador, con ayuda de instrumentos adecuados, deben estar dentro de los parámetros



normales.

### **Actividades**

Higienizar al paciente y valorar el estado de la piel y tejido tisular

### **Fundamento**

La higiene al paciente ayuda a valorar el estado de la piel. Circulación venosa, favorece al descanso y relajación de la misma.

### **Actividad**

Colocar guantes estériles ya que el procedimiento de curación requiere de máximos cuidados.

### **Fundamento**

Los guantes estériles hacen de protección para tener contacto directo con piel y así evitar que las bacterias entren en la piel.

### **Actividad**

Realizar curaciones en ambos miembros inferiores con rifocina y gasas estériles indicadas.

### **Fundamento**

Las curaciones que se le realizan a paciente van ayudar a restablecer el tejido tisular dañado y van ayudar a la pronta restauración de la piel.

### **Actividad**

Acondicionar y revisar que la cama de la pte este bien tendida y sin arrugar, realizando el cambio de sabanas.

### **Fundamento**

Evita que se produzcan lesiones por fricción en el resto de la piel.

### **Diagnostico**

Riesgo de infección R/C Lesión de la pile M/X enrojecimiento local

### **Objetivo**

Disminuir el riesgo de infección.

### **Actividad**

Valorar diariamente el estado de la piel.

### **Fundamento**

La valoración diaria de la piel nos permite identificar cambios significativos y tomar medidas tempranas de saneamiento.

### **Actividad**

Curar diariamente y por razones necesarias con solución antiséptica y con medidas de asepsia y antisepsia.

## **Fundamento**

La técnica estéril previene la proliferación de microorganismos y las infecciones cruzadas.

## **Actividad**

Lavarse las manos antes de tener contacto con el paciente y el catéter, y manejar con guantes

## **Fundamento**

El lavado de manos elimina los organismos patógenos que existen en la piel.

## **Actividad**

Toma de la temperatura corporal por turno

## **Fundamento**

La valoración constante de la temperatura corporal es un método que nos permite identificar un signo de infección.

## **5.9 Unificación de criterios**

La unificación de criterios del personal de enfermería acerca del manejo de catéteres centrales y periféricos, es de suma importancia ya que de esta manera se trabajara de una forma objetiva, con el fin de contribuir al mejoramiento del estado de salud del paciente como también fomenta su seguridad al momento de realizar un procedimiento o al administrar líquidos o medicamentos intra venosos, mejorando la atención de salud hacia el paciente y la familia.

## 5.10 Glosario de términos

**Canalización.-** (Hernández, 2009) Técnica indicada en aquellas situaciones en las que el paciente precise.

**Catéter.-** (Folch Ferré, 2006) Un catéter es un dispositivo de forma tubular que puede ser introducido dentro de un tejido o vena. Los catéteres permiten la inyección de fármacos, el drenaje de líquidos o bien el acceso de otros instrumentos médicos.

**Deterioro.-** (Caballero Gálvez, 2008) Degeneración, empeoramiento gradual de algo.

**Microorganismo.-** (César, Muriana Jiménez, González Caro, & Rodríguez Flores, 2007) Un microorganismo, también llamado microbio, diminuto, pequeño y vida, ser vivo diminuto, es un ser vivo que solo puede visualizarse con el microscopio.

**Riesgo de infección.-** El Riesgo de infección es un diagnóstico enfermero que se define como (Echeverri de Pimiento, 2011) "el estado en que el individuo está en riesgo de ser invadido por un agente oportunista o patogénico (virus, hongos, bacterias, protozoos, u otros parásitos) de fuentes endógenas o exógenas" y fue aprobado por la NANDA en 1986. Aunque cualquiera puede resultar infectado por un agente patógeno, los pacientes con este diagnóstico tienen un riesgo elevado y se deben considerar controles extra contra la infección

**Salud.-** (Esteve & J., 2006) Es un estado de bienestar o de equilibrio que puede ser visto a nivel subjetivo u objetivo, El término salud se contrapone al de enfermedad y es objeto de especial atención.

### **5.11 Resumen del Proceso por el cual se logró producir el Protocolo de Atención de Enfermería.**

De acuerdo a las encuestas aplicadas al personal enfermero y la ficha de observación a los pacientes, se pudo evaluar la necesidad de la creación de un protocolo de atención de enfermería para el manejo de los pacientes con catéteres centrales y periféricos ya que los datos no revelan que el 62% de las enfermeras realizan y aplican el proceso de atención de enfermería pero su aplicación es superficial por su déficit de conocimiento.

Mientras que el cambio de catéteres no se realiza cada 72 horas, el cambio de catéteres se realiza cada 7 días es decir el tiempo de funcionalidad adecuada del catéter ya está caducada pero aún se mantiene habiendo la presencia de enrojecimiento alrededor del catéter.

### **5.12 Validación del protocolo**

La validación del protocolo fue realizado por dos enfermeras expertas quienes revisaron y analizaron detenidamente el documento y señalaron que estaba muy adecuado para el manejo y su aplicación en el área de cuidados intensivos por parte del personal de enfermería.

Respecto al protocolo existe coincidencias de las dos profesionales en enfermería en determinar que el protocolo propuesta es muy adecuado en los elementos siguientes: Objetivo general, objetivos específicos y el proceso de atención de enfermería.

El título de la propuesta, ha sido considerado con criterio diferente con una diferencia poco significativa, es decir se comparte el criterio muy adecuado y en el otro caso un título adecuado para la propuesta.

## 6 BIBLIOGRAFÍA

- Arcos, M. A. (noviembre de 2009). *Adecuada atención al paciente en la UCI*. Recuperado el 29 de noviembre de 2013, de <http://www.news-medical.net/health/Catheter-What-is-Catheter.aspx>
- Barquín, M. (2009). *Dirección de Hospitales* (Séptima ed.). Buenos Aires, Argentina: McGraw Hill Interamericana.
- Caballero Gálvez, S. (2008). *Canalización de cateter de infusión rápida en acceso venoso*. Recuperado el 09 de 03 de 2013, de <http://www.hgm.salud.gob.mx/pdf/ensena/Venoclisis.pdf>
- Cárcoba Rubio, N., & Ceña Santorcuato, S. (2008). *Cateterización venosa central a través de acceso periférico antecubital. Recomendaciones para UCI y Urgencias del Hospital de Cruces*. Recuperado el 10 de 02 de 2013, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300015&script=sci\\_arttext](http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1695-61412010000300015&script=sci_arttext)
- César, A. O., Muriana Jiménez, R., González Caro, J. M., & Rodríguez Flores, R. (07 de 2007). *Cuidados de enfermería en el cateterismo venoso central de acceso periférico con catéter de doble luz o multilumen mediante técnica de Seldinger*. Recuperado el 03 de 03 de 2013, de [http://www.fuden.es/protocolos\\_detalle.cfm?id\\_protocolo=81&id\\_protocolo\\_ini=1](http://www.fuden.es/protocolos_detalle.cfm?id_protocolo=81&id_protocolo_ini=1)
- Echavarría, A. H., Ferrada Dávila, R., & Kestenberg Himelfarb, A. (2008). *Catéteres Centrales en Urgencia Quirúrgica*. (U. Universidad del Valle y Cali, Editor, & Aspromedica, Productor) Recuperado el 13 de 10 de 2013, de [http://en.wikipedia.org/wiki/Peripheral\\_venous\\_catheter](http://en.wikipedia.org/wiki/Peripheral_venous_catheter)
- Echeverri de Pimiento, S. (2011). *Acceso venoso central*. Recuperado el 05 de 2013, de [http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Trauma/Acceso\\_venoso\\_central.pdf](http://www.aibarra.org/Apuntes/criticos/Guias/Trauma/Acceso_venoso_central.pdf)

- Esteve, J., & J., M. (2006). *Enfermería Técnicas Clínicas*. Madrid, España: McGraw Hill Interamericana.
- Folch Ferré, E. (2006). *Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica*. (Novartis, Editor) Recuperado el 10 de 03 de 2013, de <http://www.index-f.com/evidentia/n9/guia-avp.pdf>
- García Ortega, L., Lupión Mendoza, M. C., & Alex Sánchez, M. D. (2013). *Catéteres. Prevención de las infecciones asociadas a catéteres*. Recuperado el 05 de 2012, de [www.aulascience.es/curso-online/infecciones-hospitalarias.html](http://www.aulascience.es/curso-online/infecciones-hospitalarias.html)
- Hernández, L. L. (2009). *Proceso de enfermería*. Recuperado el 10 de 02 de 2013, de <http://www.enfermeria.sld.cu/enfermeriacirag/proceso.html>
- Martínez, I. P. (Agosto de 2008). *Infección relacionada con la inserción, cuidados y mantenimiento del catéter venoso periférico*. (C. Albacete, Editor) Recuperado el 01 de 12 de 2013, de <http://www.chospab.es/enfermeria/protocolos/index.htm>
- Nanda, I. (2012). *Diagnóstico enfermero 2009-2011*. (Elsevier, Ed.) México: T. Heather Herdman, PhD,RN. Obtenido de [media.axon.es/pdf/77245.pdf](http://media.axon.es/pdf/77245.pdf)
- Noguera Ortiz, N. Y. (2007). *Guía para el proceso de enfermería: una herramienta para la garantía de cuidado*. Recuperado el 10 de 03 de 2014, de <http://www.encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-114/Procesosdeatenciondeenfermeria>
- O. M., D. (2012). *Cateter venoso central*. Recuperado el 20 de 12 de 2013, de <http://medicinacriticauci.blogspot.com/>
- Oliva, C. O., Suriana Jiménez, R., González Caro, J. M., & Rodríguez Flores, R. (julio de 2009). *Cuidados de enfermería en el cateterismo venoso central de acceso periférico con catéter de doble luz multilumen mediante técnica de Seldinger*. Nure

- Investigación*. Recuperado el 22 de noviembre de 2013, de [www.enfermeriaencardiologia.com/revista/51\\_52\\_08.pdf](http://www.enfermeriaencardiologia.com/revista/51_52_08.pdf)
- Pérez Alonso, M. (2008). *Protocolo de cuidados del catéter venoso periférico*. Recuperado el 10 de 03 de 2013, de <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/18d5fdc48e9904a28a7a648f5dd8063a.pdf>
- Robles, L. (2012). *Manejo de enfermería: cuidados del cateter venoso central*. Recuperado el 02 de 2014, de <http://es.slideshare.net/leslukita/cuidados-del-cateter-venoso-central-presentation>
- Rumí Belmonte, L., & otros, y. (2006). *Estudio comparativo de sistemas de venoclisis en neonatología*. (E. Clínica, Editor) Recuperado el 10 de 02 de 2013, de <https://bddoc.csic.es:8180/detalles.html?id=168263&bd=IME&tabla=docu>
- Torrallas Ortega, J. (2008). *Flebitis infecciosa y química relacionada con catéteres venosos periféricos*. Recuperado el 10 de 02 de 2013, de <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion3/capitulo43/capitulo43.htm>
- Vicent, J., Bihari, D., & P.M., S. (noviembre de 2007). *Infecciones hospitalarias en la unidad de cuidados intensivos en Europa*. Recuperado el 15 de diciembre de 2013, de <http://hospitalalcivar.com/uploads/pdf/Infecciones%20Hospitalarias%20en%20UCI%20no%2021%20vol%201.pdf>



A blue scroll graphic with the word "Anexos" written in white. The scroll is horizontal and has a dark blue outline. The word "Anexos" is centered on the scroll in a white, sans-serif font. The scroll has a vertical strip on the left side and a small circular detail on the right side, suggesting it is a rolled-up document.

# Anexos

### Anexo N° 1 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN VARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
Características socio económicas	Son características particulares de una población de estudio relacionado con la inserción de un catéter	Edad	20-30 31-40 41-50 51-60	V. Intervalo
		Genero	1F 2M	V. Nominal
		Nivel educativo	Primaria C-I Secundaria C-I Superior C-I Otros	V. Ordinal
		Procedencia	1U 2R	V. Nominal
		Estrato Socio económico	Alto Medio Bajo	V. Ordinal
		Etnia	Blanco Negro Mestizo	V. Nominal
Proceso de atención de enfermería	Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería individualizados.	Valoración	Recogida y organización de datos del paciente, familia y entorno	V. Ordinal
		Diagnostico	Juicio o conclusión resultado de la valoración	V. Ordinal
		Planificación	Estrategia correctiva o	V. Ordinal

VARIABLE	DEFINICIÓN	DIMENSIÓN VARIABLE	INDICADOR	NIVEL DE MEDICIÓN
			preventiva de los problemas	
		Ejecución	Realización de los cuidados programados	V. Ordinal
		Evaluación	Determinar cumplimiento de objetivos establecidos	V. Ordinal
Aplicación del proceso de enfermería.	Es la operación de los 5 pasos del PAE misma que es útil para ayudar a la pronta recuperación del paciente.	las enfermeras realizan la valoración de los pacientes	Si No Cómo Por qué	V. Ordinal
		las enfermeras realizan la fase diagnóstica del proceso	Si No Cómo Por qué	V. Ordinal
		Las enfermeras realizan la planificación de actividades de enfermería	Si No Cómo Por qué	V. Ordinal

<b>VARIABLE</b>	<b>DEFINICIÓN</b>	<b>DIMENSIÓN VARIABLE</b>	<b>INDICADOR</b>	<b>NIVEL DE MEDICIÓN</b>
		Las enfermeras realizan la ejecución de los cuidados o actividades	Si No Cómo Por qué	V. Ordinal
		Las enfermeras realizan la evaluación del proceso	Si No Cómo Por qué	V. Ordinal

## Anexo N° 2 Cuestionario de encuesta

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD MARIANA  
INSTITUTO DE POST GRADO



Encuesta dirigida al personal enfermero que labora en la Unidad de Cuidados Intensivos del Hospital San Vicente de Paul.

La información obtenida con esta encuesta será utilizada en la realización del Trabajo de Investigación titulado: “Cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos que se encuentran en la UCI del HSVP de la ciudad de Ibarra” por lo que agradezco su sinceridad y le aseguro que la información será manejada confidencialmente.

Indicaciones marque con un visto o una X adentro del cuadrado o del paréntesis su respuesta, si tiene puntos prolongados escriba la respuesta gracias.

### 1. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

1.1 Conoce cuales son los pasos del proceso de atención de enfermería?

SI  NO

1.2 Identifique y enumere el orden de los pasos del proceso de atención de enfermería

- a). Evaluación ( )
- b). Diagnostico ( )
- c). Ejecución ( )
- d). Valoración ( )
- e). Planificación ( )

1.3 Identifique a que paso del proceso de atención de enfermería corresponden las siguientes definiciones.

- a). Recogida y organización de datos \_\_\_\_\_
- b). Realización de los cuidados programados \_\_\_\_\_
- c). Estrategia correctiva o preventiva de problemas \_\_\_\_\_
- d). Juicio o conclusión resultado de la valoración \_\_\_\_\_
- e). Determina cumplimiento de objetivos establecidos \_\_\_\_\_

1.4 Considera que es de utilidad la realización y aplicación del proceso de atención de enfermería?

SI  NO

¿Por qué?

---

---

---

1.5 Con qué frecuencia realiza y aplica el proceso de atención de enfermería?

- a). Siempre ( )
- b). Frecuentemente ( )
- c). Rara vez ( )
- d). Nunca ( )

## 2. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

2.1 Realiza la valoración al paciente

SI  NO

Cómo.....

2.2 Realiza el diagnostico enfermero en cada paciente

SI

NO

Cómo.....

2.3 Realiza la planificación de actividades para al paciente en base a el diagnóstico y su prioridad.

SI

Cómo.....

2.4 Realiza la ejecución de cuidados o actividades planificadas

SI

NO

Cómo.....

### Anexo N° 3 Lista de chequeo

UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD MARIANA  
INSTITUTO DE POST GRADO



Listado de chequeo del paciente que se encuentra en la Unidad de Cuidado Intensivo del Hospital San Vicente de Paul.

La información obtenida con este listado de chequeo será utilizado en la realización del Trabajo de Investigación titulado: “Cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos que se encuentran en la UCI del HSVP de la ciudad de Ibarra” por lo que agradezco su colaboración y les aseguro que la información será manejada confidencialmente Gracias.

#### 1. Edad

- a) 15-25
- b) 26-35
- c) 36-45
- d) 46-55
- e) 56-65
- f) 66-75
- g) Otras.....

#### 2. Genero

- a) Femenino
- b) Masculino



3. Nivel Educativos

- a) Primaria Completa Incompleta
- b) Secundaria Completa Incompleta
- c) Superior Completo Incompleta
- d) Otros \_\_\_\_\_

4. Procedencia

- a) Urbano
- b) Rural

5. Estrato Socioeconómico

- a) Alta
- b) Media
- c) Baja

6. Etnia

- a) Blanco
- b) Negro
- c) Mestizo

7. Tipo de catéter utilizado

- a).....
- b).....
- c).....

8. Días de duración de catéter

.....

9. Cambio del catéter

.....

10. Retiro de catéter

.....

11. Proceso de atención de enfermería.

Etapa del PAE	Información del paciente	Observaciones
VALORACIÓN		
DIAGNÓSTICO		
PLANIFICACIÓN		
EJECUCIÓN		
EVALUACIÓN		

**Anexo Nº 4 Ficha para la validadora**

**ESPECIALIZACIÓN EN ENFERMERÍA PARA EL CUIDADO DEL  
PACIENTE CRÍTICO**

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE  
UNIVERSIDAD MARIANA DE PASTO**



**Validación de la propuesta:** Protocolo de cuidados de enfermería a pacientes con catéteres centrales y periféricos que se encuentran en la unidad de cuidados intensivos del hospital San Vicente de Paul de la ciudad de Ibarra.

**AUTORA:** Lic. Sara Vaca

**TUTORA:** Mgr. Yudy Basante.

**FICHA PARA LA VALIDADORA**

<b>ASPECTOS</b>	Muy adecuado	Adecuado	Inadecuada
	Nombre del Protocolo		
Objetivo General			
Objetivo Especifico			
Proceso de Atención de Enfermería			
Observaciones			

### Anexo Nº 5 Proceso de atención de enfermería a pacientes de UCI

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
<p>-Piel lesionada por la colocación de catéter central.</p> <p>-Apoyo ventilatorio con presión positiva.</p> <p>-Secreciones mucopurulentas por TET.</p> <p>- Temperatura mayor a 38°C. FC 100x', FR 14x'.</p> <p>-Diuresis colurica, GU 0,3 cc/kg/h.</p>	<p>Deterioro de la integridad cutánea R/C colocación de catéter central, M/X ruptura de la piel</p>	<p>-Curación diaria y por razones necesarias del catéter.</p> <p>-Cambio de tegaderm todos los días y por razones necesarias.</p> <p>-Toma de temperatura por turno</p> <p>-Verificación y comprobación de líquidos a transfundirse</p> <p>- Observar si hay cambios en la piel como signos de infección.</p>	<p>Mantener el resto de la piel integra sin que se produzcan nuevas lesiones.</p>	<p>No se observa nuevas lesiones cutáneas.</p>
	<p>Riesgo de infección de la piel R/C tiempo de uso de catéter prolongado</p>	<p>-Observar cambios en la coloración de la piel, enrojecimiento, calor o supuración</p> <p>-Control de la temperatura</p> <p>-Solicitar un cultivo</p>	<p><b>Disminuir el riesgo de infección</b></p>	<p>No hay signos de infección.</p>

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
		<p>de punta de catéter el momento del retiro.</p> <p>-Llevar la contabilidad de los días de permanencia del catéter para su cambio.</p> <p>-Valorar diariamente si es necesario el catéter.</p>		
	<p>Respuesta ventilatoria disfuncional al destete R/C</p> <p>Intubación prolongada M/X esfuerzo para ventilar</p>	<p>-Mantener parámetros ventilatorios de acuerdo a las necesidades del paciente.</p> <p>-Evaluar función pulmonar a diario.</p> <p>Aspirar secreciones de TET PRN.</p> <p>-Realización de NBZ de acuerdo a la indicación médica.</p>	<p>Extubar al paciente lo más pronto posible</p>	<p>No se logra destetar al paciente del ventilador no pasa parámetros de weaning.</p>

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Control de la presión del bag por turno y luego de realizar un procedimiento.</li> <li>-Aseo bucal TID.</li> <li>-Semifowler 30-45°.</li> <li>-Realizar prueba de weaning diariamente.</li> <li>-Mantener en RASS 0.</li> </ul>		
	<p>Aumento progresivo de la temperatura corporal R/C colonización de bacterias a nivel pulmonar M/X alza térmica mayor a 38°C</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Constatación de los signos vitales en especial la T°.</li> <li>-Colocar medios físicos.</li> <li>-Administrar medios químicos de acuerdo a la indicación médica.</li> <li>-Dejar con ropa ligera en lo posible solo con sabana.</li> <li>-Si T° no baja dar un baño ligero de esponja</li> </ul>	<p>Disminuir la temperatura corporal y mantener dentro de los parámetros normales</p>	<p>Se logra disminuir la temperatura temporalmente pero mantener dentro de los parámetros normales</p>

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
	Deterioro de la función urinaria R/C aporte insuficiente de líquidos M/X diuresis en volúmenes bajos con un G.U 0,3 CC/KG/H	-Revisar que este bien el cálculo de Área de Superficie Corporal. -Transfundir líquidos de acuerdo a las necesidades del paciente. -Medir estrictamente la diuresis horaria -Realizar el cálculo del Gasto Urinario de acuerdo a la formula. -Verificar los balances hídricos.	Recuperar la función urinaria	No se puede recuperar la función urinaria.

## 2.-

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
-El paciente tiene colocado un catéter central, periférico y un shaldon. -Piel	-Alteración de la superficie de la piel R/C la inserción de catéteres M/X lesión de la piel en el lugar de la inserción	-Valoración diaria por cada turno de la piel. -cambio de apósitos diariamente y por razones necesarias.	-Evitar en lo posible más daños a nivel cutánea	-se ha conservado la integridad de la piel.

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
ligeramente enrojecida en el lugar de inserción del catéter central. -SV T° 37°c, FC 83x', FR 24x', SaO2 93%.		-curación a diario y cuando la zona afectada este sangrando - control de T° -Administrar líquidos y medicación de acuerdo a la indicación medica		
-Apoyo ventilatorio, neumonia asociada al ventilador.	-Riesgo de contaminación en el área de inserción del catéter R/C manejo inapropiado M/X enrojecimiento de la piel	-Realizar valoración objetiva del estado de la piel. -Revisión de examen de laboratorio, para verificar los glóbulos blancos -Manejo de catéter de acuerdo a normas de asepsia y antisepsia. Verificación de líquidos a transfundir.	-Disminuir el riesgo de infección	-No se logra controlar la infección de la piel en la zona de colocación del catéter
	-Trastornos de la función respiratoria R/C dificultad	-Valorar conjuntamente con el medico si los parámetros del	-Mejorar la función respiratoria	-No hay mejoría en la función respiratoria



Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
	para respirar M/X Bajo nivel de la saturación de oxigeno	ventilador son los adecuados. -Valoración del tratamiento que está recibiendo el paciente. -Comprobar si el oxímetro está bien colocado. -Verificar valores de la saturación. -Auscultar los pulmones. -Comunicar al médico si hay algún cambio		
	-Riesgo de crear úlceras por presión R/C encamamiento prolongado	-Valorar diariamente y por turno el estado de la piel del paciente. -Realizar cambios de posición cada 2horas. -hidratar con crema la piel del paciente en cada cambio de posición.		

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
		-colocar protección en la protuberancias Oseas. -Realizar ejercicios pasivos. -Dar masajes.		
	-Disconfort R/C dificultad para la movilidad M/X mucho tiempo de permanencia en una sola posición.	-Realizar cambio de posición como máximo cada 3horas. - Solicitar ayuda para la movilidad del paciente. -No dejar pliegues al cambiar de ropa de cama. -Realizar baño diario, ducha perineal. -No descuidar por mucho tiempo al paciente.	Proporciona r al paciente un ambiente cálido, seguro, y cómodo durante su estancia	Hay cambios positivos en el confort del paciente.

### 3.

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
-Vía periférica con una duración de 5	Invasión de las estructuras	-Manipular lo menos posible el catéter. -Realizar curación	-Colaborar en mantener	-Hay zonas de enrojecimie

<b>Valoración</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Planificación</b>	<b>Meta</b>	<b>Evaluación</b>
días -Herida quirúrgica cubierta. -No realiza defecación -tubo torácico derecho -Glasgow 15/15 RASS 0 -Temperatura 38°C	corporales R/C colocación de vaso can en una vena periférica M/X ruptura de la piel	diaria. -Rotular cuando fue insertado y curado y responsable. -Tener cuidados con los líquidos a transfundir. -Evitar manipular sin previa desinfección. -Observar si hay signos de infección. -Cambiar el catéter a las 72h	la integridad de la piel	nto por fricción.
	-Deterioro de la integridad cutánea R/C cirugía realizada M/X herida quirúrgica	-Valoración de signos de infección. -Curación diaria y PRN -Cambio de apósitos cada que se encuentren manchados. -Colocar pomadas o ungüentos de acuerdo a la indicación médica. -Valorar el dolor.	-Contribuir al cierre temprano de la herida	-Herida quirúrgica empeora hay infección.
	-Patrón respiratorio ineficaz R/C presencia de	-Verificar que vía área este permeable. -Verificar sat, O2.	Recuperar la función pulmonar en su	Hay leve mejoría respiratoria

<b>Valoración</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Planificación</b>	<b>Meta</b>	<b>Evaluación</b>
	tubo torácico M/X respiración superficial por dolor.	-Control de signos Vitales -Oxigenoterapia -realizar gasometría arterial. -Valorar nivel del dolor -Administrar analgésicos prescritos -Comunicar al médico novedades	totalidad	
	-Riesgo de la motilidad gastrointesti nal R/C Cirugía M/X dolor abdominal	-Valorar grado del dolor. -Realizar ejercicios pasivos -Administración de medicamentos laxantes si es indicado por el medico -Iniciar dieta lo más pronto	-Ayudar a recuperar la motilidad intestinal	-Paciente no puede realizar defecación.
	Trastorno del patrón del sueño R/C Iluminación y Ruidos M/X	-Respetar el sueño del paciente. -Procurar mantener despierto al paciente durante el día y que descanse en la noche.	-Recuperar el horario de descanso del paciente	-Paciente logra recuperar parcialment e el patrón normal del sueño.

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
	Cambios en el patrón normal del sueño	-Realizar los procedimientos durante el día -Dar la hora al paciente para que tenga en cuenta el tiempo.		

4.

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
-Inserción de un catéter central subclavio y periférico. -Presencia de convulsiones -T° 37,3°C T/A 108/69 P 74x´ R 15x´	Destrucción de las capas de la piel R/C inserción de catéter M/X lesión de la piel	-Curación diaria. Manejo adecuado del catéter -Usar guantes estériles cada vez que se manipule - No administrar medicamento en bolo -Lavar el catéter después de su uso -Rotular cada curación.	Evitar posibles infecciones	No hay signos de infección
-Glasgow 5T/15	Alteración de la conciencia R/C crisis epiléptica M/X convulsiones	-Administrar anticonvulsivantes. -Valorar parámetros de ventilador -Verificar que vía área este	-Disminuir los episodios convulsivos	-Se logra disminuir los periodos de convulsión

Valoración	Diagnostico	Planificación	Meta	Evaluación
		permeable. -Control de signos vitales. -tomar tiempo de duración por convulsión		
	Deterioro del nivel de conciencia R/C paro cardiorrespiratorio, M/X valoración de Glasgow	-Valorar contantemente Glasgow. -Comunicar al médico los hallazgos -Estimular al paciente -No sedar al paciente -mantener rass 0 -Evaluación de signos vitales	Recuperar el nivel de conciencia	No hay mejoría
	-Riesgo del síndrome de desuso R/C alteración del nivel de conciencia M/X Parálisis	-Realizar masajes -ejercicios pasivos -Pedir valoración por el fisioterapeuta -Estimular al paciente.	Disminuir el riesgo del síndrome de desuso	No recupera la movilidad física

5.

<b>Valoración</b>	<b>Diagnostico</b>	<b>Planificación</b>	<b>Meta</b>	<b>Evaluación</b>
-Catéter central -Tos productiva -SV T°39°C P 100x" R 30X" T/A 130/90 Sat O2 87%	-Alteración de la integridad de la piel R/C inserción del catéter M/X discontinuidad de la piel	-Realizar curaciones diarias y PRN -Mantener la pile limpia y seca -Observar si hay signos de infección -No manipular con frecuencia -Lavarse las manos antes de manipular el catéter	-Evitar la infección	-No hay signos de infección
	Aumento de la temperatura R/C infección M/X Hipertermia	-Aplicar medios físicos -Comprobar la temperatura. -Si no hay mejoría comunicar al medico	-Controlar la temperatura	-No se logra el control de la temperatura
	Patrón respiratorio ineficaz R/C elastancia pulmonar limitada, M/X respiración superficial	-Valorar frecuencia respiratoria -valorar sat O2 -Auscultar pulmones -Dar apoyo ventilatorio -Intubar al paciente -Tomar muestras de Bar en esputo para descartar diagnostico -Revisar los antecedentes del pacientes -Realizar gasometría arterial -Valorar resultados de gasa -Aspirar secreciones por TET PRN -Observar características de secreciones	-Mejorar la función respiratoria	-No hay mejoría

**Anexo Nº 6** Imágenes





