

Información Importante

La Universidad de La Sabana informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad de La Sabana.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento para todos los usos que tengan finalidad académica, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le de crédito al documento y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, La Universidad de La Sabana informa que los derechos sobre los documentos son propiedad de los autores y tienen sobre su obra, entre otros, los derechos morales a que hacen referencia los mencionados artículos.

BIBLIOTECA OCTAVIO ARIZMENDI POSADA
UNIVERSIDAD DE LA SABANA
Chía - Cundinamarca

**GUIA DE ENFERMERIA PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA
AL EGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

FABIOLA RODRIGUEZ DIAZ

**UNIVERSIDAD DE LA SABANA
FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION
ESPECIALIZACION CUIDADO CRÍTICO CON ENFASIS EN ADULTO
CHIA COLOMBIA
2015**

**GUIA DE ENFERMERIA PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA
AL EGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.**

FABIOLA RODRIGUEZ DIAZ

DOCENTE

MARIA DEL CARMEN GUTIERREZ AGUDELO

MAGISTER EN EDUCACION

UNIVERSIDAD DE LA SABANA

FACULTAD DE ENFERMERIA Y REHABILITACION

ESPECIALIZACION CUIDADO CRÍTICO CON ENFASIS EN ADULTO

CHIA COLOMBIA

2015

NOTA DE ACEPTACION

FIRMA DEL PRESIDENTE DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

FIRMA DEL JURADO

CHIA, 20-06-2015

DEDICATORIA

Gracias a Dios por permitirme realizar este trabajo, mi esposo, mis hijas, mis padres quienes me brindaron su apoyo, su tiempo y muchas veces su compañía.

Mi asesora quién siempre me brindó su apoyo y aliento gracias por su tiempo su escucha.

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN ANALITICO	9
INTRODUCCION.....	12
1. PLATAFORMA DEL PROYECTO.....	13
1.1 MISION.....	13
1.2 VISION.....	13
1.3 POLITICA DE CALIDAD.....	14
1.4 VALORES INSTITUCIONALES.....	14
1.5 PRINCIPIOS INTITUCIONALES.....	14
1.6 COMPETENCIAS.....	15
1.7 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.....	15
1.8 ORGANIGRAMA.....	16
2. INVOLUCRADOS.....	17
2.1 DIRECTOS.....	17
2.2 INDIRECTOS.....	17
3. DESCRIPION DEL PROBLEMA.....	18
3.1 ARBOL DE PROBLEMAS.....	20
4. JUSTIFICACION.....	22
5. OBJETIVOS.....	24
5.1 ARBOL DE OBJETIVOS.....	25
6. SOPORTE TEORICO.....	26
6.1 TEORIA DE ROBERT GAGNE.....	26
6.2 TEORIA DE EFECTIVIDAD DE ENFERMERIA.....	27
7. SOPORTE CONCEPTUAL.....	32
7.1 GUIA DE APRENDIZAJE.....	33
7.2 GASTROSTOMIA.....	33
7.3 TRAQUEOSTOMIA.....	34
8. METODOLOGIA.....	35
8.1 NEGOCIACION.....	35
8.2 MATRIZ DEL MARCO LOGICO.....	36
8.3 ACTIVIDADES Y PLANEACION.....	37

9. RESULTADOS.....	39
9.1 ELABORACION DE GUIAS.....	39
	Pág.
9.2 VALIDACION.....	40
9.3 SOCIALIZACION.....	40
10. CONCLUSIONES.....	41
11. RECOMENDACIONES.....	41
12. BIBLIOGRAFIA.....	42

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
1. CRONOGRAMA.....	44
2. PRESUPUESTO.....	45
3. TALLER DE ASERTIVIDAD.....	46
4. GUIA DE GASTROSTOMIA.....	53
5. TALLER DE TRAQUEOSTOMIA.....	64

GRAFICOS

	Pág.
1. NUMETO TOTAL DE PACIENTES.....	75
2. MORTALIDAD DE PACIENTES.....	76
3. EDUCACION A FAMILIARES.....	76
4. ACEPTACION DEL FAMILIAR.....	77

RESUMEN ANALITICO

TITULO:

GUIA DE ENFERMERIA PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA AL EGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

AUTOR:

Fabiola Rodríguez Díaz

PALABRAS CLAVES:

- Educación.**
- Información.**
- Comunicación asertiva.**
- Gastrostomía.**
- traqueotomía**

DESCRIPCION:

Con este trabajo se pretende realizar dos guías de enfermería sobre la educación en el cuidado y el manejo de los pacientes con traqueotomía, gastrostomía, dirigida a la familia, o a los cuidadores en el hogar. A partir de esto se crea un objetivo general: que es la realización de una guía de enfermería para la educación del paciente y su familia al egreso de la unidad de cuidados intensivos.

Para llegar a la problemática a trabajar se realizó un diagnostico partiendo de la observación directa, en la cual se identificó la falta de información, de educación a la familia y a los cuidadores de los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos que requerían uso de gastrostomía o traqueotomía .

Como mecanismo de solución se realizó una guía para la educación de la familia y cuidadores de los paciente con gastrostomía y traqueotomía , que busca que el personal de enfermera de la unidad de cuidados intensivos adultos de la Clínica Universidad de la Sabana, aplique con la familia y cuidadores los pacientes para explicar que es una traqueotomía, una gastrostomía, como se debe realizar el manejo de estas en el hogar, esto en busca de un manejo adecuado y así brindar seguridad, confianza en el manejo de estas en el hogar y evitar posibles complicaciones, que lleven a un reingreso del paciente por mal manejo de estas en el hogar.

FUENTES:

Para la realización del proyecto se tuvo en cuenta las siguientes fuentes:

- Teorías de Aprendizaje – Enseñanza según ROBERT M. GAGNE.
- Igualmente el proyecto se soporta en la teoría de efectividad de los roles de enfermería en el cuidado de la salud de Irvine

CONTENIDOS:

- **GUIA DE APRENDIZAJE:** Es una construcción didáctica que recoge variables pertinentes para facilitar en los docentes y alumnos el desarrollo de aprendizajes significativos.
- **GASTROSTOMIA:** Es la colocación de una sonda de alimentación a través de la piel y la pared estomacal. Ésta va directamente al estómago.
- **TRAQUEOSTOMIA:** procedimiento quirúrgico que corresponde a la abertura en la pared anterior dela tráquea.

La Clínica Universidad de La Sabana, es un centro académico de salud ubicado en la región Sabana Centro del Departamento de Cundinamarca, kilómetro 7 Autopista Norte de Bogotá , Chía Cundinamarca , que presta servicios de tercer nivel en, Urgencias las 24 horas, Hospitalización con 56 camas, Sala de partos, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal con 9 camas, Unidad de Cuidado Intensivo Adulto con 12 camas, Unidad de Cuidados intermedios con 10 camas, Consulta externa con 26 consultorios, 35 especialidades Médico – Quirúrgicas, Laboratorio Clínico, Radiología e

Imágenes Diagnósticas, 3 salas de Cirugía General, Rehabilitación (Proceso interdisciplinario de Rehabilitación P:I:R, y Consulta Externa de Rehabilitación).

La misión y la visión de la clínica Universidad de la Sabana, van orientada hacia la formación de personas con valores, que busca cambiar su condición de vida, generando un impacto positivó en la sociedad, mejorando así su participación, proyección y ayuda a la comunidad con responsabilidad social. En el marco metodológico: en el proyecto se utilizó la herramienta del marco lógico que propende por el cumplimiento de los objetivos propuestos en benefició e los involucrados.

En el proyecto se utilizó la herramienta del Marco Lógico, que propende por el cumplimiento de los objetivos propuestos en beneficio de los involucrados.

CONCLUSIONES:

Desde que el paciente se encuentra en la unidad de cuidados intensivos se debe iniciar con el proceso de educación y debe continuarse en el servicio de hospitalización para una mejor adherencia acerca de los procedimientos.

El tener que marcharse al hogar con un dispositivo como la gastrostomía y /o traqueotomía genera un alto grado de ansiedad en el paciente y en la familia.

El 90% de los familiares y /o cuidadores deciden ubicar a su paciente en una unidad de cuidados crónicos para su cuidado, por temor al manejo en casa, o no disponibilidad de tiempo para su cuidado.

INTRODUCCION

En la Clínica Universidad de la Sabana se atienden pacientes de diversa complejidad, algunos de los cuales presentan condiciones clínicas que requieren manejo en casa con gastrostomía, y traqueotomías que conllevan a determinar la necesidad de brindar educación a la familia o cuidador sobre el manejo para el cuidado correcto de los pacientes en el momento del egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos a su hogar.

Se busca dar respuesta a una necesidad identificada por el personal de Enfermería en el ejercicio de la profesión, donde se ha visualizado que los familiares y/o cuidadores requieren de una estrategia educativa para poder brindar un cuidado correcto en el hogar a su paciente. El desarrollo de esta guía permite conocer los cuidados que se deben brindar al paciente en el hogar para colaborar en el tratamiento requerido en pacientes que tienen instalada una: gastrostomía, y/o traqueotomía, en dicha guía se presentan los cuidados que se deben brindar, los signos de alarma, y una evaluación.

1. PLATAFORMA DEL PROYECTO

La Clínica Universidad de La Sabana, es un centro académico de salud ubicado en la región Sabana Centro del Departamento de Cundinamarca, kilómetro 7 Autopista Norte de Bogotá , Chía Cundinamarca , que presta servicios de tercer nivel en, Urgencias las 24 horas, Hospitalización con 56 camas, Sala de partos, Unidad de Cuidado Intensivo Neonatal con 9 camas, Unidad de Cuidado Intensivo Adulto con 12 camas, Unidad de Cuidados intermedios con 10 camas, Consulta externa con 26 consultorios, 35 especialidades Médico – Quirúrgicas, Laboratorio Clínico, Radiología e Imágenes Diagnósticas, 3 salas de Cirugía General, Rehabilitación (Proceso interdisciplinario de Rehabilitación P:I:R, y Consulta Externa de Rehabilitación).¹

1.1 MISION:

Centro Académico de salud de alta complejidad dedicado a la asistencia, a la formación de personas, y a la investigación biomédica que busca, la excelencia, la promoción de la vida, y la calidez en el servicio, en el marco de la visión cristiana de la persona humana. ¹

i

1.2 VISION:

Al año 2019, ser reconocidos como el Campus Biomédico de la Universidad de La Sabana líder en el país, con proyección social, centro de referencia para trauma y rehabilitación¹.

1.3 POLITICA DE CALIDAD:

¹ Clínica Universidad de la Sabana. Portal de servicios, 2015. [WWW.Portal](http://WWW.Portal.clínica.universidadde.la.sabana) clínica universidad de la sabana.(ultimo acceso junio 2015).

La Clínica Universidad de La Sabana se orienta a proporcionar asistencia en el marco de estándares superiores de calidad en razón de un excelente trato humano, manteniendo una comunicación efectiva, enmarcada en el respeto hacia los pacientes y sus familiares, así como a todos sus integrantes. Lo anterior permite garantizar un compromiso con la excelencia aportando a la formación de personas y la generación de nuevo conocimiento que destaque la diferencia en el servicio¹

1.4 VALORES INSTITUCIONALES:¹

- Respeto.
- Prudencia.
- Laboriosidad.
- Solidaridad.
- Transparencia.
- Alegría.

1.5 PRINCIPIOS INSTITUCIONALES¹:

- La visión cristiana ilumina y orienta el quehacer hospitalario.
- Dignidad de la procreación humana.
- Posición frente al aborto.
- Compromiso ético.

1.6 COMPETENCIAS¹:

- Comunicación.
- Flexibilidad.
- Solución de problemas.
- Compromiso.
- Trabajo en equipo.
- Trabajo bien hecho.

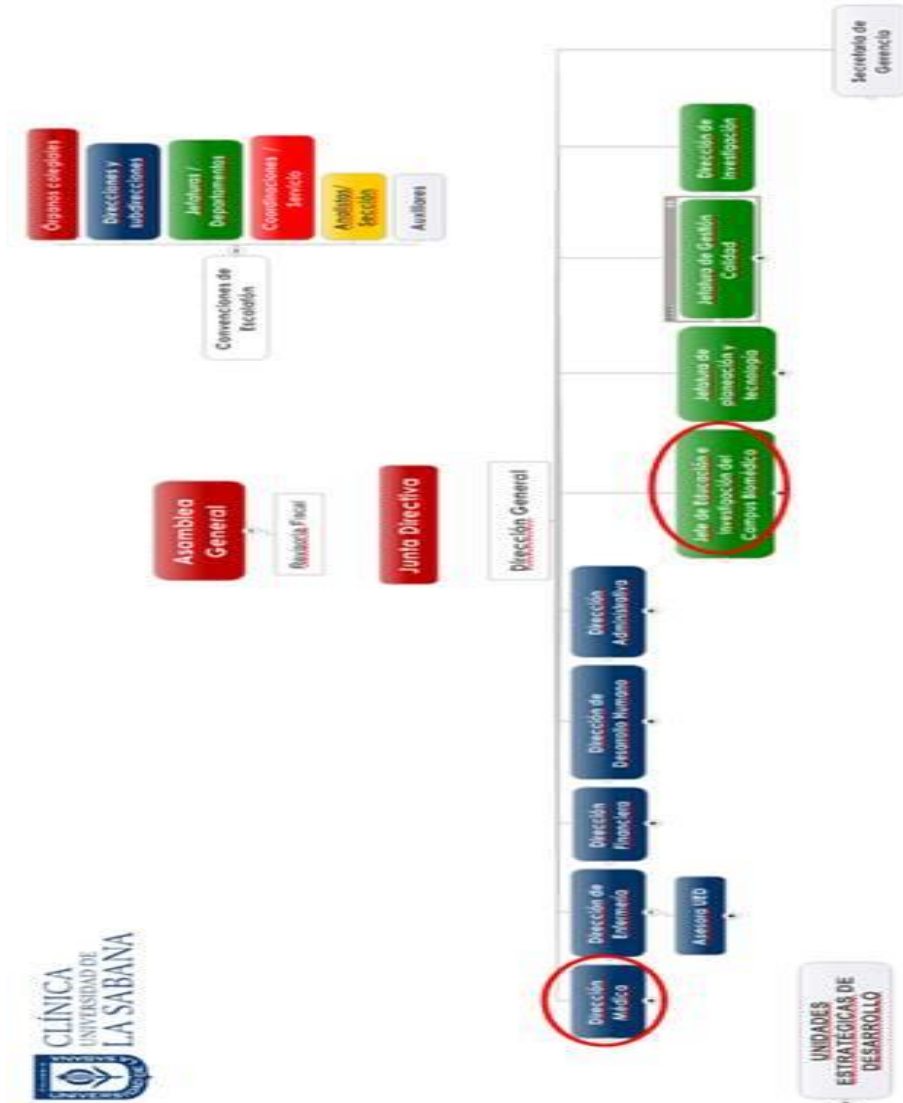
¹ Clínica Universidad de la Sabana. Portal de servicios, 2015. [WWW.Portal clínica universidad de la sabana](http://WWW.Portal clinica universidad de la sabana).(ultimo acceso junio 2015).

1.7 UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS:

La unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la Clínica Universidad de la Sabana cuenta con veintidós (22) camas, las cuales se encuentran distribuidas así: doce (12) camas en la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos y diez (10) camas en la Unidad de Cuidado Intermedio. Estas últimas tienen, según los requerimientos de severidad del paciente, la facilidad de ser convertidas en Unidades de Cuidado Intensivo en cualquier momento.

Es una unidad polivalente donde se atienden diversas patologías entre las más frecuentes son poli traumatizados, pacientes en postoperatorios de cirugías abdominales, neumonías, se cuenta con trece (13) enfermeros profesionales, de las cuales cuatro (4) son especialistas en Cuidado Crítico, un profesional que se encuentra realizando la maestría y siete enfermeras se encuentran realizando la especialización, además con treinta y dos (32) Auxiliares de Enfermería con diplomado en Unidad de Cuidados Intensivos. Se cuenta con una enfermera coordinadora, con un médico coordinador y con doce médicos especialistas. También con un grupo de terapeutas respiratorias especializadas en Unidad de Cuidado Crítico, una secretaria, un facturador. El apoyo nutricional y de fisioterapia se realiza con el grupo de la clínica quien participa en las valoraciones cuando así se requieren.

1.8 ORGANIGRAMA.



2. ANALISIS DE LOS INVOLUCRADOS

2.1 PARTICIPANTES DIRECTOS:

- Grupo de Enfermeras Profesionales que laboran en la Unidad de Cuidados Intensivos de La Clínica Universidad de la Sabana.
- Pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, quienes por su patología requieren manejo en el hogar con traqueotomía y, gastrostomías.
- Familiares y cuidadores de los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos quienes continuaran con manejo en casa del paciente que tiene traqueotomía, gastrostomía.
- Personas que asumirán el rol de cuidador en casa generalmente mujeres amas de casa, conyugues o hijas desempleadas, mayores de 50 años y con un bajo nivel educativo

2.2 PARTICIPANTES INDIRECTOS:

- Coordinadora de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.
- Directora de Enfermería de la Clínica Universidad de La Sabana.
- Director de Educación de la Clínica Universidad de La sabana.
- Enfermera Epidemióloga de la Clínica Universidad de La Sabana.

3 DESCRIPCION DEL PROBLEMA.

La educación es una parte integral del rol de la enfermera en el cuidado del paciente. Para poder asegurar el éxito del plan de enseñanza, los procesos involucrados deben centrarse en el paciente e incluir también a su familia, se deben iniciar en forma oportuna, con un proceso educativo estructurado y estandarizado que esté acorde con las necesidades del individuo, sus valores culturales, creencias religiosas, preferencias de aprendizaje, capacidades cognitivas y de comunicación. La finalidad es preparar a la familia y al cuidador en la atención de las necesidades del paciente en el hogar, la prevención de complicaciones, mayor adherencia al tratamiento, y facilitar su adaptación a su nuevo rol en la vida familiar.

Evidentemente se requiere organizar la enseñanza de los enfermeros en función de las necesidades y posibilidades con que se cuentan en la Unidad de Cuidados Intensivos. La reunión de todos los datos que ilustren el cómo brindar el cuidado al paciente en el momento del egreso de la unidad de cuidados intensivos para que cuando se encuentre en su hogar se pueda organizar de una forma fácil, llamativa, y didáctica. Esto se plasma en una guía de enfermería que cubra los puntos más relevantes para brindar este cuidado en casa, de forma que la familia y el cuidador la comprendan.

Se debe tener claro que la guía es un instrumento que permite obtener mejores resultados en el aprendizaje y que la enseñanza para el adulto debe estar basada en teorías de aprendizaje, pero sin olvidar el fundamento teórico de la práctica de enfermería.

Es así como en la elaboración de estas guías, se utilizaran las teorías de aprendizaje de Robert M. Gagne y la teoría Humanista Existencial de Carl Rogers, sin olvidar la teoría de mediano Rango del Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería de Diane Irvine y Soraya Sidane, que se basa en la experiencia y conocimiento de la enfermera para educar al paciente².

2

² Irvine, D y Sidane, S. Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería. Toronto. *Nursing Economics*. 1998. Vol16 (2)

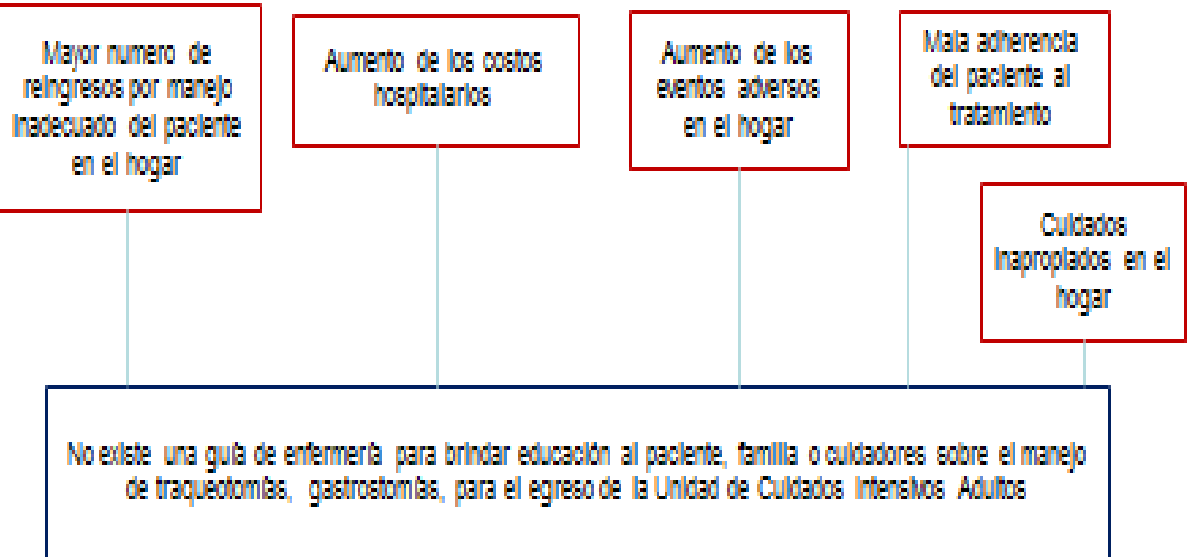
El como la organización del rol de la enfermera, la comunicación asertiva con los pacientes, familia y comunidad. La coordinación en el cuidado del paciente y el conocimiento de las patologías, lo que dará como resultado:

- Prevención.
- Conocimiento de la enfermedad y tratamiento.
- Satisfacción del paciente y la familia.

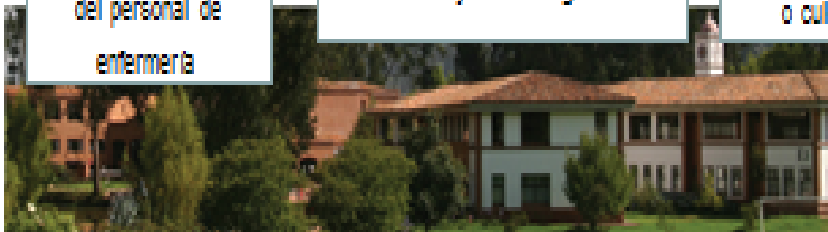
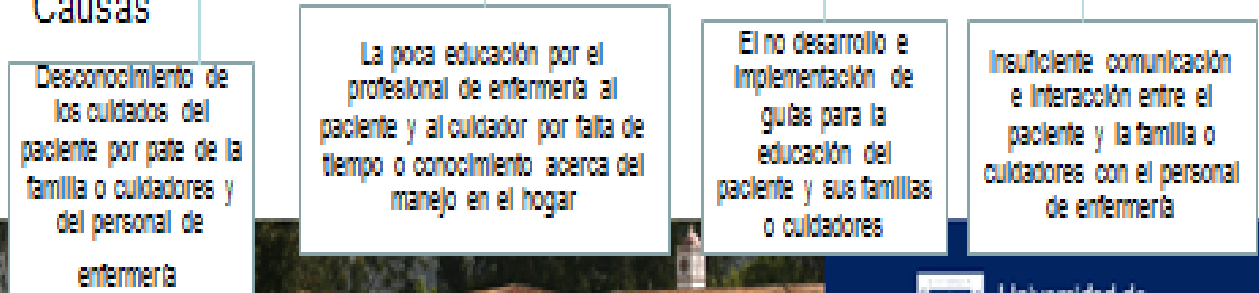
3.1 ARBOL DE PROBLEMAS

ARBOL DE PROBLEMAS

Efectos



Causas



Universidad de
La Sabana

4. JUSTIFICACION

La Meta del Profesional de Enfermería es, transmitir datos objetivos y científicos en el área de su competencia profesional; el Enfermero tiene un papel fundamental en la atención de las necesidades de los familiares y cuidadores de los pacientes que egresan de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Según la ley 911 de 2004, que estipula los aspectos deontológicos del ejercicio del profesional de Enfermería con el sujeto de cuidado, se determina que estos serán de apoyo, responsabilidad, no solo en el cuidado , también en el empleo de la tecnología y de los avances científicos que sean compatibles con la seguridad, dignidad y derechos de las personas. Los cuales se enumeran en cuatro puntos³ :

- La Enfermera y las personas: la responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.
- La enfermera y la práctica: la enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.
- La enfermera y la profesión: a la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.
- La enfermera y sus compañeros de trabajo:
- para preservar a las personas, familias y comunidades.

De acuerdo con lo anterior en la labor asistencial de Enfermería, se debe brindar apoyo y educación al paciente y a la familia, con una adecuada comunicación, respecto a todas aquellas actividades que son reconocidas legalmente como responsabilidad de enfermería.

3

Y que no requieren la supervisión o dirección de otros profesionales, se debe dar la información referente a todas las actuaciones prestadas de las cuales son responsables, sobre las que se tiene conocimiento, habilidad y destreza para su desarrollo. Es decir en las intervenciones de Enfermería en las que son competentes y en aquellas que son interdependientes, aclarando que orientar es aclarar dudas, ofrecer recursos, derivar al profesional adecuado, e informar

³ Ley 911 de 2004. Diario Oficial. Octubre 5. Pág. 1/23

cuando sea preciso. El objetivo es brindar educación, informar, establecer una relación terapéutica para mejorar la atención a los familiares y cuidadores siendo esto un deber del profesional de Enfermería.

Mejorar la comunicación es el propósito que los profesionales de Enfermería deben perseguir, apoyados en las estrategias necesarias que permitan no solo establecer una buena comunicación, sino también dar la educación clara y comprensible para el adecuado cuidado de su paciente en el momento del egreso, con las posibles secuelas que su enfermedad pueda acarrear, una de las estrategias para realizar esta educación al paciente, a la familia y al cuidador del paciente que egresa de la Unidad de Cuidados Intensivos con traqueotomía, gastrostomía, es la realización de guías , que orienten el manejo de estos pacientes en casa de la forma más adecuada y con esto evitar complicaciones para el paciente y su familia, que no solo traerán consecuencias en su salud física, también en la parte emocional, económica del paciente y la familia.

5. OBJETIVOS

Objetivo General:

GUIA DE ENFERMERIA PARA LA EDUCACION DEL PACIENTE Y SU FAMILIA AL EGRESO DE LA UNIDAD DE CUIDADOS INTENSIVOS.

Objetivos específicos:

- elaborar una guía para el manejo del paciente con traqueotomía en el hogar.
- Elaborar una guía para el manejo del paciente con gastrostomía en el hogar.
- Realizar un taller para los enfermeros de Unidad de Cuidados Intensivos sobre las guías de manejo del paciente con traqueotomía y gastrostomía en el hogar.
- Realizar un taller sobre comunicación asertiva con el personal de la Unidad de Cuidados Intensivos Adultos.
- Validar las guías de Enfermería para el cuidado y manejo de los pacientes con traqueotomía y gastrostomía en el hogar con expertos y pacientes.
- Socializar las guías con el personal de Enfermería, familiares y cuidadores de los pacientes en el hogar

5.1 ARBOL DE OBJETIVOS

ARBOL DE OBJETIVOS

FINES

Disminución de los reingresos hospitalarios por infecciones relacionadas con el manejo inadecuado de las traqueotomías, gastrostomías, en el hogar

Disminución de las complicaciones de los pacientes con traqueotomías, gastrostomías, en el hogar

Mejor conocimiento en el manejo del paciente en el hogar y mayor adherencia al tratamiento

Diseño de dos guías de enfermería sobre la educación en el cuidado y manejo de los pacientes con traqueotomías, gastrostomías, dirigida a la familia o los cuidadores en el hogar

Elaboración de dos guías para el manejo del paciente con traqueotomía, gastrostomía en el hogar

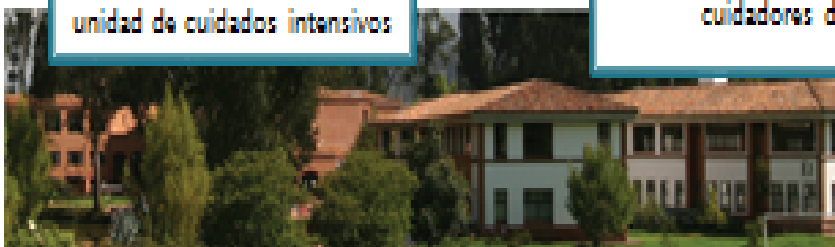
Validación de las guías de enfermería con expertos y pacientes

Realización de taller a las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en el manejo del paciente en el hogar con traqueotomía, gastrostomía.

Realización de taller de comunicación asertiva con el personal de enfermería de la unidad de cuidados intensivos

Socialización de las guías de manejo del paciente con traqueotomía, gastrostomía, al personal de enfermería, la familia y los cuidadores del paciente.

MEDIOS



Universidad de
La Sabana

6. SOPORTE TEORICO

Este proyecto se apoya en las teorías de Aprendizaje – Enseñanza según ROBERT M. GAGNE. Quien define: el aprendizaje como un proceso que tiene lugar cuando el que aprende se encuentra en interacción con su entorno⁴.

Esta teoría del aprendizaje permite organizar sistemáticamente los saberes en un sistema coherente, y tiene en cuenta las entradas y salidas de información. Gagne describe distintas fases y procesos para explicar el aprendizaje, que es una relación especial del sujeto con su entorno. Los resultados del aprendizaje se manifiestan en forma de un cambio de comportamiento, positivo o negativo, duradero.

Las fases del aprendizaje son: la motivación, la comprensión, la adquisición, la retención el recuerdo, la generalización, la ejecución y la retroacción⁴.

- La fase de motivación: para aprender un individuo debe estar motivado. La motivación es una tendencia que incita al ser humano a perseguir una finalidad y a encontrar una recompensa cuando se alcanza esta finalidad. Así, sus acciones van dirigidas hacia la finalidad que hay que conseguir. Hay que establecer una motivación provocando un proceso de expectativa, es decir, una anticipación de la recompensa que se obtiene cuando se alcanza la finalidad fijada; de lo contrario, el individuo se opondrá a toda acción educativa. Establecer la motivación constituye la fase preparatoria del proceso de aprendizaje.

- Fase de comprensión: en esta fase el individuo recibe la estimulación necesaria que va a permitirle captar la información y comprenderla. Dos procesos están implicados en esta fase: la atención, y la percepción selectiva. La atención es la concentración de la actividad mental sobre un objeto determinado. Este proceso se concibe normalmente como un estado temporal interno provocado por una estimulación externa. La percepción es la acción de captar, a través de los sentidos y el espíritu, los estímulos presentados. Esta acción es selectiva, por lo que el individuo hace una elección en la captación de los estímulos. Los dos procesos intervienen en una primera captación del objeto que hay que aprender.

4

⁴ Gagne, R. Teorías del aprendizaje .Florida. McGraw- Hill. 1976

- Fase de adquisición: en esta fase es cuando comienza el aprendizaje como tal. Se caracteriza por la entrada en memoria de conocimientos a corto plazo. El proceso implicado es la codificación: entrega en memoria, por lo que el material aprendido está simplificado ya que ha habido una transformación de las informaciones percibidas, en unas más fácilmente almacenables. Así, lo almacenado, como resultado del aprendizaje no es, aparentemente, una representación exacta de lo que ha sido visto y oído.
- Fase de retención: en esta fase el proceso que nos ocupa es el almacenamiento en memoria, las nociones adquiridas, ligeramente modificadas por un proceso de codificación, son almacenadas en memoria a largo plazo. Puede producirse una mejor retención cuando los estímulos están reagrupados de determinada manera, clasificados como arreglo a ciertos conceptos ya aprendidos, o simplificados en forma de principios. Lo que ha sido aprendido puede ser almacenado con mayor o menor intensidad durante varios años. Puede haber interferencias en la memoria; así como los recuerdos más recientes pueden oscurecer los más antiguos mezclándose entre ellos⁴.
- Fase de recuerdo: esta fase se caracteriza por el recuerdo de los conocimientos adquiridos. El proceso implicado es la localización y la fijación: después de una estimulación externa, la información se vuelve accesible⁴.
- Fase de generalización: las nociones aprendidas pueden ser aplicadas a contextos nuevos y diferentes. El proceso en cuestión es la transferencia que permite utilizar los aprendizajes de una determinada forma de actividad en otras situaciones o contextos más o menos parecidos⁴.
- Fase de ejecución: la ejecución es la producción de una respuesta del alumno. Es la prueba de que un aprendizaje se ha llevado a cabo por la modificación o adquisición de un comportamiento⁴.
- Fase de retroacción: esta última fase consiste en procurar al individuo un refuerzo, que es la confirmación de la recompensa anticipada en la fase de motivación⁴.

⁴ Gagne, R. Teorías del aprendizaje .Florida. McGraw- Hill. 1976

Cuadro 1. FASES DEL APRENDIZAJE Y PROCESOS ASOCIADOS

FASES DEL APRENDIZAJE	PROCESOS ASOCIADOS
Motivación	Expectativa
Comprensión	Atención: percepción selectiva
Adquisición	Codificación: entrada en memoria
Retención	Almacenamiento en memoria
Recuerdo	Localización y fijación
Generalización	Transferencia
Ejecución	Respuesta
Retroacción	Refuerzo

Fuente: Gagne R, Las Condiciones del Aprendizaje. Ed Aguilar, Madrid 1976

Para facilitar la aplicación de la teoría de Robert. Gagne, podemos, como ya lo han hecho algunos autores, reagrupar las ocho fases del aprendizaje en tres. Estas son las fases de motivación, adquisición, y ejecución. Sin embargo, es importante subrayar que esta reagrupación se mantiene fiel a los principios de Gagne.

Fase de motivación:

Para aprender una persona debe estar motivada a hacer esfuerzos por conseguir una finalidad, por lo que debe anticipar una recompensa. La motivación está relacionada con las necesidades de aprobación y aceptación. Los procesos presentes en esta fase son la expectación, la atención y la percepción selectiva.

Fase de adquisición:

Esta fase corresponde al aprendizaje, propiamente dicho. Los procesos que la caracterizan son la codificación y el almacenamiento en memoria, para Gagné, la codificación consiste en una transformación de la entidad percibida en una más fácilmente almacenable. Se trata, para el alumno, de transformar la información recibida en un lenguaje claro y preciso según su propio sistema de codificación. Seguidamente, el alumno está preparado para almacenar los conocimientos adquiridos en su memoria a corto y largo plazo⁴.

⁴Gagne, R. Teorías del aprendizaje .Florida. McGraw- Hill. 1976

Fase de ejecución:

Esta fase permite verificar si el aprendizaje se ha realizado. Se caracteriza por la producción de una respuesta, es decir, por un cambio de comportamiento. Los procesos implicación el descubrimiento, la fijación, la transferencia, la respuesta y el refuerzo. El descubrimiento y la fijación permiten al alumno acordarse de los conocimientos adquiridos a fin de utilizarlos transfiriéndolo a aprendizajes más complejos o a situaciones diferentes.

Diferentes condiciones internas y externas favorecen el aprendizaje. La condiciones internas, según Gagné, se refieren a la motivación, la experiencia, a las actitudes, a las habilidades intelectuales y motrices, así como a los conocimientos adquiridos anteriormente por el alumno. Las condiciones externas están relacionadas con el entorno pedagógico. La calidad de la información verbal, el refuerzo inmediato, los objetivos del aprendizaje claros y precisos, el medio físico, las circunstancias, el comportamiento de las personas implicadas, todos ellos son también factores importantes que influyen en el aprendizaje⁴.

6.1 IGUALMENTE EL PROYECTO SE SOPORTA EN LA TEORIA DE EFECTIVIDAD DE LOS ROLES DE ENFERMERIA EN EL CUIDADO DE LA SALUD DE IRVINE.

A medida que la industria del cuidado de la salud define las normas de garantía de calidad y mejora de la calidad, la responsabilidad de los proveedores de atención individual se está intensificando. Los proveedores de cuidado trabajan dentro de un sistema de roles y funciones interdependientes y colaboran para lograr el objetivo común de una atención de calidad. Este modelo conceptual, fue desarrollado y se refiere al logro de resultados específicos para enfermería, y los roles interdependiente, independiente, dependiente y funciones. Los resultados relacionados con las funciones de roles independientes de enfermería incluyen la prevención de complicaciones, los resultados clínicos, el conocimiento de las enfermedades y tratamientos, satisfacción y disminución en los costos. Los resultados asociados con papel dependiente de las enfermeras, incluyen incidentes adversos que causaron problemas o estancias hospitalarias

prolongadas. Los resultados asociados con papel interdependiente de las enfermeras incluyen el funcionamiento del equipo interdisciplinario².

ESTRUCTURA	PAPEL DE LAS ENFERMERAS	PACIENTE/RESULTADOS
ENFERMERA <ul style="list-style-type: none"> • Experiencia • Conocimiento • Habilidades 	INDEPENDIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación • Diagnostico • Intervención • Tratamiento • Seguimiento 	<ul style="list-style-type: none"> • Control de las complicaciones del estado de salud. • Conocimiento de la enfermedad y autocuidado. • Sus costos. • Satisfacción con el tratamiento
ORGANIZACIONAL: <ul style="list-style-type: none"> • Trabajo en equipo. • Carga de trabajo. • Patrón de asignación. 	DEPENDIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Ejecución de órdenes médicas. • Tratamiento iniciado 	<ul style="list-style-type: none"> • Disminución de los eventos adversos
PACIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Estado de salud. • gravedad 	INTERDEPENDIENTE <ul style="list-style-type: none"> • Comunicación. • Gestión. • Coordinación de la atención. • Continuidad/seguimiento y presentación de informes 	<ul style="list-style-type: none"> • Funcionamiento del equipo

5

² Irvine, D y Sidane, S. Modelo de Efectividad del Rol de Enfermería. Toronto. *Nursing Economics*. 1998. Vol16 (2)

Los servicios de enfermería han sido objeto de escrutinio, ya que los hospitales buscan formas rentables para proveer la atención al paciente, y delegan muchas de las funciones en el personal menos calificado, esto ha llevado a una preocupación en la comunidad de enfermería respecto a la calidad de la atención prestada a los pacientes (ANA 1997). Este modelo conceptual de enfermería une los resultados del paciente y los costos con el rol de enfermería. En la literatura empírica se observa mayor resultado en la calidad de atención del paciente brindado por los profesionales de enfermería. Hay muy poca evidencia sobre los resultados del paciente con el papel dependiente de la enfermera, a pesar de esto los eventos adversos, los errores en la medicación y en la ejecución de los tratamientos médicos instaurados son bases para la evaluación del papel dependiente de la enfermera. El rol independiente de la enfermería incluyendo la comunicación interdisciplinaria efectiva y coordinada, da como resultados mejor atención al paciente con disminución de los costos y disminución del reingreso hospitalario

El modelo propuesto se generó a partir de una revisión de la literatura sobre los resultados del paciente-enfermería, de estudios y meta-análisis, la investigación de la eficacia de las intervenciones de enfermería. La investigación futura se necesita para poner a prueba las relaciones propuestas entre la estructura, el proceso y las variables de resultado.

Al brindar una educación adecuada, oportuna y clara el paciente y su familia tendrán un conocimiento adecuado del manejo en casa, sobre su patología complicaciones y posibles desenlaces, que se verá reflejado en seguridad al manejar el paciente en hogar. Para ello la enfermera debe tener un conocimiento claro acerca de las patologías, los cuidados, complicaciones mantener un buen trabajo en equipo con una adecuada distribución de las actividades y una disminución de los costos en los servicios hospitalarios, con una mayor satisfacción para el paciente, la familia, y los centros de salud.

Con un mayor reconocimiento social para la profesión de Enfermería no solo como cuidadora sino como educadora con un conocimiento científico basado en sus propias teorías.

7. SOPORTE CONCEPTUAL

7.1 GUIA DE APRENDIZAJE:

Es una construcción didáctica que recoge variables pertinentes para facilitar en los docentes y alumnos el desarrollo de aprendizajes significativos.

En la construcción de la guía de aprendizaje se incorporan diferentes elementos que le dan forma y sentido a la elaboración de un texto o recurso didáctico, en ella se evidencian la intencionalidad comunicativa y la relación sujeto – objeto en la búsqueda de construcción de conocimiento.

La guía de aprendizaje se centra en el proceso de aprendizaje del alumno y esta a su vez al servicio del docente y del alumno para facilitar procesos de Enseñanza – Aprendizaje – Evaluación. Como instrumento cualifica la función del docente. La guía de aprendizaje actúa como dispositivo en el proceso, es decir, activa mecanismos internos en el sujeto para facilitar aprendizajes.

Desde el punto de vista lingüístico la guía de aprendizaje es un signo con significante y significado, en tanto hace parte de un texto común y se vale del lenguaje para su construcción. Es elaborada por el docente para él y los alumnos; en su formulación se tiene en cuenta el contexto en el cual se construye. Es una ruta o mapa a seguir en el proceso de formación o en una parte de él, pues permite crear una imagen mental en todas sus partes.

El contexto es otro aspecto importante que caracteriza la guía de aprendizaje. Así para atender procesos de formación presenciales se puede utilizar un lenguaje que reconoce la inmediatez, a vecindad y proximidad entre los actores, docente y alumnos⁵.

La guía de aprendizaje debe contener en su estructura metodológica, como mínimo, los siguientes elementos⁵:

6

1. Una primera parte que debe servir de encabezado.
2. Una segunda parte o cuerpo de la guía que es más extensa y desarrolla los componentes específicos de la temática.
 - Identificación del tema o título: es la especificidad que nombra o presenta el asunto que se va a desarrollar.
 - Justificación y/o introducción, el Por Qué” y “Para Qué” del tema.
 - Objetivos: elemento que define el “Qué”.
 - Contenidos; son elaboraciones discursivas, teóricas y prácticas, que hacen referencia a los conocimientos cognitivos, procedimentales y actitudinales.
 - Actividades: son las acciones que se diseñan y se formulan en función del desarrollo del proceso de aprendizaje.
 - Estrategias: es el factor diferenciador que establece la ventaja competitiva en el medio o contactó en el cual se aplica.
 - Medios y recursos: son aquellos elementos que permiten establecer vínculo entre el docente.
 - Apreciación del Aprendizaje (evaluación) este elemento atraviesa todo el proceso de enseñanza.
3. Fuentes: son medios que hacen referencia a documentos textuales, cibergrafías (direcciones de internet).
4. Por último la guía debe contener una tercera parte o pie en la que se identifique el autor de la misma, su fecha de elaboración, de aplicación y/o.

7.2 GASTROSTOMIA

Es la colocación de una sonda de alimentación a través de la piel y la pared estomacal. Ésta va directamente al estómago⁶.

7

⁵Montoya, J. *La Guía de Aprendizaje*, diseño de un programa de formación basado en competencias. Medellín Colombia. SENA. 2006



Tomado de Revista Acercamiento a la Enfermería. Cuidados de la Sonda PEG. Domingo 29 de Diciembre de 2013

7.3 TRAQUEOSTOMIA

La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico que corresponde a la abertura de la pared anterior de la tráquea. Data del año 1500 AC, en donde existen referencias en el papiro de Eber y Rig-Veda en que Alejandro Magno y Galeno, entre otros, hicieron varios tipos de incisiones en el cuello y la garganta.

El procedimiento se realiza en casos de insuficiencia respiratoria debido a hipo ventilación alveolar con el objeto de manejar una obstrucción, eliminar secreciones o usar un respirador mecánico⁷.



Tomado de Fijador de Cánula de Traqueotomía. Página 1. Brasil. 2015

⁶ Revista de Gastroenterología del Perú versión impresa ISSN 1022-5129 Rev. Gastroenterólogo. Perú v.24 n.4 Lima oct. /dic. 2004 Características clínicas y demográficas

8. METODOLOGIA

En el proyecto se utilizó la herramienta del Marco Lógico, que propende por el cumplimiento de los objetivos propuestos en beneficio de los involucrados. En esta se utilizaron las siguientes estrategias:

8.1 NEGOCIACION

En este proceso se observó la necesidad de los pacientes, las familias y los cuidadores para el manejo de los pacientes que egresan con gastrostomía y traqueotomía, ya que en la Unidad de Cuidados Intensivos de la Clínica Universidad de la Sabana por su ubicación es un referente para pacientes con poli trauma que en su mayoría serán portadores de gastrostomía y traqueotomía.

Se realizó una reunión con la Enfermera Directora del Departamento de Enfermería de la Clínica Universidad de la Sabana, la enfermera Coordinadora de las Unidades Estratégicas de la Clínica Universidad e la Sabana y a quienes se les propone la realización de dos Guías de Enfermería para la educación del paciente y su familia al momento del egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos con uso de Gastrostomía y Traqueotomía. Como parte del proceso de educación del grupo de enfermeras de la unidad de cuidados intensivos.

Se acuerda la realización de las guías con una posterior validación por parte de las expertas en este caso serían la Directora del Departamento de Enfermería y la Coordinadora de las Unidades Funcionales, y con los pacientes y sus cuidadores.

⁷ Hernández C. Berger, J. *Traqueotomía principios y técnica quirúrgica*. Cir, 2007, 21: 92-98

8.2 MATRIZ DEL MARCO LOGICO

LOGICA DE INTERVENCIÓN	INDICADORES	VERIFICACION O MEDIOS	SUPUESTOS
<p>Diseño y evaluación de dos guías de enfermería para la educación en el cuidado y manejo de los pacientes con traqueotomía y gastrostomía dirigida a los familiares y cuidadores en el hogar</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diseño de la guía. • Porcentaje de las personas que utilizan la guía o número de enfermeras de la unidad que aplican la guía para la educación/número de las enfermeras de la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Guías de educación. • Lista de asistencia de las personas que la recibieron. • Lista de los pacientes con traqueotomía y gastrostomía que egresan de la unidad 	<ul style="list-style-type: none"> • Poca disponibilidad de las enfermeras para brindar la educación. • La no utilización de la guía para realizar la educación. • La no presencia de pacientes con traqueotomía y/o gastrostomía. • La no aceptación de la familia o cuidadores de conocer acerca de los procedimientos

			ntos para el hogar
Elaboración de dos guías para el manejo del paciente con traqueotomía y/o gastrostomía en el hogar.	<ul style="list-style-type: none"> Numero de enfermeros que conocen la guía/numero total de enfermeros del servicio 	Lista de seguimiento de las personas que dan a conocer la guía y quienes reciben la información.	<ul style="list-style-type: none"> No conocimiento de los enfermeros sobre la guía. No utilización de la guía por los enfermeros
Validación de las guías con expertos.	Aprobación de las guías por expertos para su implementación	Instrumento de evaluación.	
Realización de un taller de comunicación asertiva con el personal de enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos.	Numero de enfermeros que asisten al taller/número de enfermeras que logran una mejor comunicación con los pacientes y familiares	Lista de asistencia	<ul style="list-style-type: none"> No disponibilidad de tiempo. El no interés de los enfermeros en el tema
Socialización de las guías a las enfermeras de Unidad de Cuidados Intensivos	Numero de enfermeras que asisten a la socialización	Lista de asistencia.	<ul style="list-style-type: none"> No disponibilidad de tiempo de las enfermeras. El no interés de las enfermeras

Resultados	<p>Número de enfermeros que trabajan en la unidad /número de las enfermeras que conocen la guía. Numero de enfermeros que conocen la guía /número de enfermeros que la aplican</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Lista de asistencia a la socializacion es. • Lista de verificación de las personas que reciben la educación 	<ul style="list-style-type: none"> • Que no se logre que el 80% de las enfermeras apliquen la guía. • El no interés de las enfermeras por el tema. • El poco tiempo de las enfermeras para utilización de las guías. • El no interés de los familiares en el tema
Actividades.	<ul style="list-style-type: none"> • Elaboración de las guías. • Aprobación de las guías. • Socialización de las guías. • Socialización de un taller de comunicación asertiva. • Educación a la familia o al cuidador 	<ul style="list-style-type: none"> • Aprobación de las guías. • Lista de asistencia a la socialización de las guías. • Lista de asistencia al taller de comunicación . • Lista de personas que recibieron la información 	<ul style="list-style-type: none"> • La no aprobación de las guías. • Poco tiempo de las enfermeras. • El no interés de los enfermeros. • La cantidad de trabajo de los

			<p>enfermeros.</p> <ul style="list-style-type: none"> • El no interés de los cuidadores • Pocos o ningún paciente con gastrostomía y/o traqueotomía • mía
--	--	--	--

8.3 ACTIVIDADES Y PLAN DE ACCION

- Elaboración de las guías de enfermería para el manejo y el cuidado del paciente con traqueotomía y/o gastrostomía en el hogar dirigida a familia y(o cuidadores).
- Validación de las guías de enfermería para el manejo y el cuidado del paciente con traqueotomía y /o gastrostomía en el hogar por expertos.
- Realización de un taller de comunicación asertiva con el personal de Enfermería de la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto.
- Socialización de las guías de enfermería para el manejo y el cuidado del paciente con traqueotomía y gastrostomía en el hogar a los enfermeros, familiares y /o cuidadores.

9. RESULTADOS

9.1 ELABORACIÓN DE LAS GUÍAS

- ✓ Para la elaboración de las guías, primero se realizó una búsqueda dentro de los documentos de la clínica donde se verifico la no existencia de este

proceso en la unidad de Cuidados Intensivos Adultos, ni en la Clínica Universidad de la Sabana.

- ✓ Se habló con la Jefe Coordinadora de las Unidades estratégicas donde se confirmó la no existencia de las guías en la institución.
- ✓ Se realizó recopilación de la información existente en la clínica sobre el manejo de los pacientes que egresan con traqueotomía y gastrostomía.
- ✓ Se realiza una búsqueda bibliográfica sobre el cuidado en el hogar de los pacientes con traqueotomía y gastrostomía en el hogar.
- ✓ Se realiza búsqueda bibliográfica sobre la realización de las guías.
- ✓ Se elaboran las guías de acuerdo al modelo utilizado en la Clínica Universidad de la Sabana para la elaboración de las guías.

9.2 VALIDACION

La validación de las guías fue un procedimiento en el cual lo primero que se realizó fue la presentación de la guía elaborada a la Asesora del trabajo de grado quien realiza correcciones, posteriormente se presenta a los expertos para su validación a la Enfermera Directora del Departamento de Enfermería de la Clínica Universidad de la Sabana, Enfermera coordinadora de las unidades estratégicas, Enfermera Coordinadora de la Unidad Cuidados Intensivos Adultos. Quienes realizaron correcciones.

Luego se realiza validación de guía con pacientes y familiares, donde se observó que debía realizar cambios en el lenguaje de algunas partes de la guía.

9.3 SOCIALIZACION

- Primero se realiza un taller de comunicación asertiva a las enfermeras de la unidad de cuidados intensivos en el cual participaron el 100% de las enfermeras.

- Se realiza socialización de las guías de educación al paciente y su familia al momento del egreso de la unidad de cuidados intensivos mediante una charla a los Enfermeros de la Unidad de Cuidados Intensivos a la cual asistieron el 100% del personal.

- Se realiza la educación a los pacientes, familiares y/o cuidadores que usaban traqueotomía y / gastrostomía

10. CONCLUSIONES.

Al realizar este trabajo se observó:

- En el proyecto se utilizó la herramienta del Marco Lógico, que propende por el cumplimiento de los objetivos propuestos en beneficio de los involucrados. En esta se utilizaron las siguientes estrategias: Se debe enfatizar en que la educación se debe brindar desde que el paciente se encuentra en la unidad de cuidados intensivos y debe continuarse en el servicio de hospitalización para una mejor adherencia acerca de los procedimientos.
- El tener que marcharse al hogar con un dispositivo como la gastrostomía y /o traqueotomía genera un alto grado de ansiedad en el paciente y en la familia.
- El 90% de los familiares y /o cuidadores deciden ubicar a su paciente en una unidad de cuidados crónicos para su cuidado, por temor al manejo en casa, o no disponibilidad de tiempo para su cuidado.

11. RECOMENDACIONES

- Se debe realizar un estudio donde se analizar los motivos del porque prefieren ubicar al paciente en una unidad de cuidado crónico y no realizar el cuidado en el hogar.
- Se debe unificar el proceso de educación de cuidados en el hogar del paciente con traqueotomía y gastrostomía desde la unidad de cuidados intensivos con los servicios de hospitalización para tener un mejor resultado en el proceso.
- Se debe asignar a un grupo de enfermeras para brindar la educación al paciente y/o familiares ya que por el volumen de trabajo resulta difícil brindar esta al paciente y la familia.

:

12. BIBLIOGRAFIA

All-Mousawi A, Rodrigues NA, Herndon H. *Metabolism in surgical patients. In: Townsend CM Jr, Beauchamp RD, Evers BM, Mattox KL, eds. Sabiston Textbook of Surgery. 19th ed. Philadelphia, PA: Saunders Elsevier; 2012:chap 6.*

Carvajal, C. Pacheco, C. Gómez, C. Cadavid, C. *Pacientes con trauma raquimedular Experiencia de seis años.* • Medellín (Colombia). Acta medica colombiana. Vol. 40, Núm. 1 2015.

Gagné, R.M.: *Les Principes Fondamentaux de la Apprentissage, Application al enseignement, traducido por R. Brien y R. Paquin, H.R.V. Montreal 1976.*

Revista de Gastroenterología del Perú versión impresa ISSN 1022-5129 Rev. Gastroenterólogo. Perú v.24 n.4 Lima oct. /dic. 2004 Características clínicas y demográficas.

Hernández C. Bergeret, J. *Traqueotomía: principios y técnica quirúrgica.* Cir. 2007; 21: 92-98

Irvine, Diane. Sidane, Souraya. *Teoría de mediano Rango. Modelo de Efectividad del rol de enfermería.* Nursing Economis. Marzo-abril 1998.

Pérez Portabella, C. "Nutrición enteral en el hospital" Revista ROL. 1999-22(5). Pág. 385-388. Kozier, Erb, Olivieri. *Enfermería fundamental: Conceptos, procesos y práctica.* 4ª Edición. Editorial Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1.993.

Sauret, C. Humanes, A. Trallero, R. "Nutrición enteral, vías de acceso y fórmulas". Revista ROL. 1999-22(3). Pág. 176-182.

Montoya, J. *La guía de aprendizaje.. Formación de Docentes – Diseño de un programa de formación basado en competencias*. División de investigación y desarrollo técnico pedagógico. SENA. Medellín, Colombia. Abril de 2006.

Tordable, A, M. Sanz, E. <http://es.slideshare.net/elopeznavarrete/taller-de-asertividad-10152083>. Pacientes con gastrostomía en domicilio. Seguimiento por un equipo de soporte de atención domiciliaria. Autores. Localización: Metas de enfermería, ISSN 1138-7262, Vol. 14, Nº. 2, 2011, págs. 10-14.

Video Educativo al Paciente y familia. Dirigida por Arroyave, P. Jiménez, V. Chávez, M. Universidad de la Sabana. 2013.

ANEXOS

ANEXO NUMERO 1

. CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	2014		2015				
	Noviembre/Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo	Junio
Definición del proyecto	X						
Desarrollo de la plataforma, justificación, árbol de problemas y objetivos	X						
Presentación del anteproyecto	X						
Negociación con la institución		X					
Diseño de guías			X	x			
Validación de las guías, elaboración de reporte intermedio						x	X
Capacitación a los enfermeros de la unidad						x	
Socialización de las guías a los enfermeros, familiares y/o cuidadores						X	X
Elaboración de reporte final							X
Presentación del proyecto							x

ANEXO NUMERO 2

PRESUPUESTO

ITEM	CANTIDAD	TIEMPO	TOTAL
A- RECURSO HUMANO: -Enfermera que elabora el proyecto.	1	5 meses	\$ 2.000.000=
B- Enfermeros de la unidad de cuidaos intensivos	13	2 meses	\$ 3.000.000=
C- Profesor Asesor	1	5 meses	\$3.000.000=
D- Expertos para la validación	3	2 meses	\$ 3.000.000=
E- Equipos: - Computador. - Internet. - Impresoras. - Salón de clases	1 1 1 1	5 meses	\$ 2.000.000=
F- Viáticos - Viáticos. - transporte	50 100	5 meses	\$ 2.000.000=
G- Materiales: - Fotocopias. - Carpetas. - Medios electrónicos.	50 5 1	5 meses	\$ 1.000.000=
TOTAL			\$16.000.000=

ANEXO. 3

TALLER DE COMUNICACIÓN ASERTIVA

La asertividad es una habilidad social que nos permite defender nuestros derechos sin dañar ni ser dañado. Es un estado de balance entre lo pasivo y lo agresivo, además es la mejor forma de comportarse frente a problemas y de comunicarnos.

QUE SIGNIFICA SER ASERTIVOS:

Ser asertivo significa tener habilidad social, tolerancia respeto seguridad, congruencia, afirmación de la propia personalidad, certeza, habilidades sociales.

¿DONDE SER ASERTIVO?

La asertividad es necesaria en todos los ámbitos sociales para comunicarnos con claridad, expresar nuestras ideas con los demás y entablar una relación de ganar-ganar. Por ejemplo en un ámbito laboral es de suma importancia ser asertivo, Habilidades sociales.

En un contexto, asertivo existe el ganar- ganar el cual significa que cuando alguien actúa de forma asertiva con respecto a otro, solo se gana con la condición de que del otro lado también se gane.

Puede reconocer y respetar los sentimientos opiniones y deseos de los demás, de forma que no le impongan y que no permita que los demás se aprovechen de usted. También significa defender sus propios derechos e intentar siempre ser honrado, justo y sincero. Ser asertivo no es solo una cuestión de buenas maneras, es una forma de comportarse ante los demás de modo que le permite conocer sus sentimientos e ideas sin atropellar o ignorar las suyas.

TIPOS DE COMUNICACIÓN:

Las personas que evitan mostrar sus sentimientos o pensamientos por temor a ser rechazados o a ofender a otras personas. Pasividad o no asertividad.

Lo opuesto a la pasividad se caracteriza por la sobrevaloración de las opiniones y sentimientos personales: Agresividad.

Asertivo: abierto a las opiniones ajenas, dándole la misma importancia que a las propias. Parte del respeto hacia los demás y hacia uno mismo, planteando con

seguridad y confianza lo que se quiere, aceptando que la postura de los demás no tiene porque coincidir con la propia, y evitando los conflictos de forma directa, abierta y honesta.

Pasivo sumiso no asertivo: no expresan adecuadamente lo que siente y quieren, se dejan dominar por los demás porque creen que tienen razón o por temor a que se ofendan. Permiten que los otros los involucren en situaciones que no son de su agrado. Suelen callar o hablar con voz baja e insegura, mostrándose nerviosas y evitan el contacto ocular. No se atreven a rechazar peticiones o se sienten culpables al hacerlo. No se atreven a defender sus derechos porque no se respetan lo suficiente a sí mismas. Se sienten obligadas a dar demasiadas explicaciones de los que hacen temen expresar sus sentimientos y deseos. No afrontan los conflictos. Adaptan excesivamente su comportamiento a las reglas y caprichos de otras personas y a lo que creen que los demás esperan de ellas

Agresividad: pueden mostrarse seguras de sí mismas, sinceras y directas, pero de forma inadecuada. Expresan sus emociones y opiniones de forma hostil, exigente o amenazadora. Toman cualquier conflicto o desacuerdo como un combate donde no hay más opción que ganar o perder. Confían demasiado en la eficacia de la imposición o de la violencia como métodos para resolver conflicto. No respetan suficientemente los derechos y sentimientos de los demás. No se sienten responsables de las consecuencias, negativas que a medio y a largo plazo tiene su comportamiento agresivo para los demás y para ellas mismas. Pueden sentirse bien en el momento en que se muestran hostiles, pero a medio o largo plazo obtienen consecuencias muy negativas, suelen justificar su agresividad en nombre de la sinceridad y la congruencia, pensando que su comportamiento es deseable porque son sinceras, dicen lo que piensan.

La persona Asertiva Suele expresar se conoce a sí mismo y suele ser adecuadamente sus consciente de lo que siente y de Saber comprender y manejar opiniones, deseos y lo que desea en cada momento.

Expresar adecuadamente sus sentimientos en vez de esperar a que los demás los adivinen. Elige, en lo posible, a las personas que le rodean y, en forma amable pero firme, determina quienes son sus amigos y quiénes no. Se acepta se respeta y valora a sí mismo y a los demás. Puede comunicarse con personas de todos los niveles: amigos, familia, y extraños, esta comunicación tiende a ser abierta, directa, franca, adecuada. Se mantiene fiel a sí misma en cualquier circunstancia y se siente responsable de su vida y de sus emociones. Por tanto, mantiene una actitud activa, esforzándose en conseguir sus objetivos. Acepta sus

de nuestra conducta limitaciones pero al mismo tiempo, lucha con todas sus fuerzas por realizar sus posibilidades

- 12. DERECHOS ASERTIVOS

. 1. A ser tratados con respeto y dignidad.

6. A equivocarnos y ser responsables de nuestros errores.

7. A tener nuestras propias opiniones y valores

8. A tener nuestras propias necesidades , y que sean tan importantes como las de los demás

9. A protestar cuando se nos trata injustamente.

10. A cambiar de opinión, idea o línea de acción.

11. A intentar cambiar lo que no nos satisface.

12. A detenernos y pensar antes de actuar.

13. A pedir lo que queremos.

14. A hacer menos de lo que humanamente somos capaces de hacer.

15. A decidir qué hacer con nuestro propio cuerpo, tiempo y propiedad.

16. A ser independientes

17. A sentir y expresar el dolor.

18. A ignorar los consejos.

19. A no justificarse ante los demás.

20. A no responsabilizarse de los problemas de otros.

- ¿CÓMO HACER UN ENTRENAMIENTO ASERTIVO?

- Identificar los estilos básicos de comunicación

- Identificar las situaciones en las que queremos ser asertivos

- Describir las situaciones problemáticas

- Escribir un guión para el cambio

- Desarrollo del lenguaje corporal

- Aprender a identificar y evitar las manipulaciones

La Asertividad es una flor que hay que regar todos los días. Exige y al mismo tiempo presupone, respeto hacia uno mismo y hacia los demás, significa por tanto consideración y una apuesta clara por las relaciones de calidad Es una flor que cultivamos con esmero y ofrecemos a otro para perfumarle la vida y hacernos más agradable la existencia.

Desarrollo del taller de asertividad

Título: taller de asertividad.

Fecha: 27 abril de 2015.

Horario: 08:00 a.m. a 09:00 a.m.

Duración: una hora

Responsable: Fabiola Rodríguez.

Metodología: participación activa de los asistentes, se hará entrega de una pregunta al azar y compartirá la respuesta con sus compañeros los cuales darán sus opiniones al respecto.

.DESARROLLO DEL TEMA.

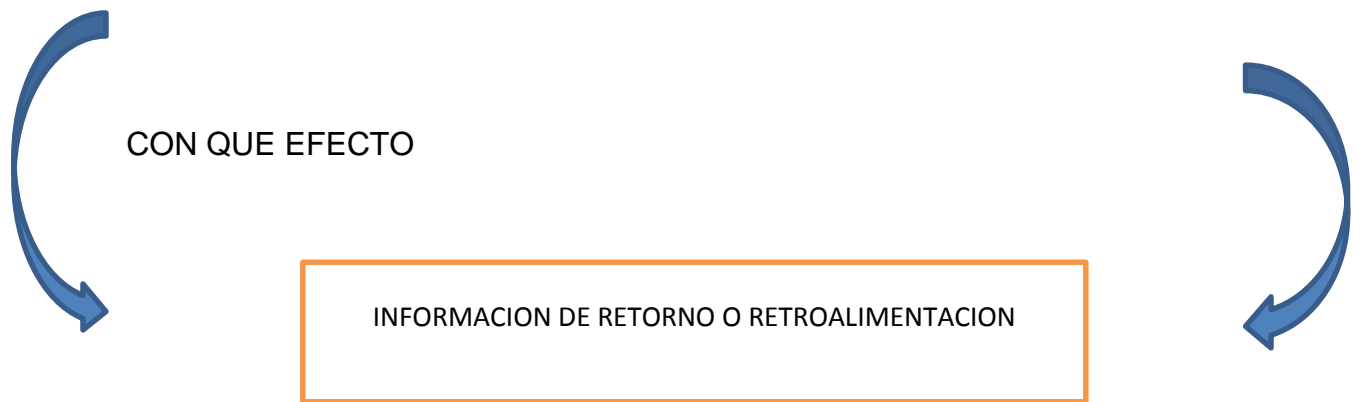
- 1- Solicitar que apaguen los teléfonos celulares.
- 2- Entregar a algunos compañeros preguntas en papel.
 - ¿Qué es comunicación?
 - ¿Qué es asertividad?
 - ¿Qué es comunicación no verbal?
 - ¿Qué es autoestima?
- 3- Socializar las respuestas.
- 4- Dar charla sobre asertividad.
- 5- Definir qué importancia tiene la asertividad al brindar cuidado al paciente en Unidad de Cuidados Intensivos.
- 6- Firma de asistencia a la charla.

PROCESO DE COMUNICACIÓN:

QUIEN DICE QUE EN QUE FORMA A QUIEN

EMISOR	MENSAJE	MEDIO	RECEPTOR
--------	---------	-------	----------





TIPOS DE COMUNICACIÓN:

- Interpersonal.
- Masiva.
- Organizacional.

COMUNICACION ORGANIZACIONAL:

- Controlada y sujeta a reglas.
- Tiene direccionalidad.
- Comunicación descendente
- Comunicación ascendente.
- Comunicación horizontal.
- Comunicación diagonal.

COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL FORMAL: en esta se utilizan medios como memorándum, correspondencia escrita entre departamentos, reuniones con agenda escrita y entregada previamente, correo electrónico.

COMUNICACIÓN ORGANIZACIONAL INFORMAL: es la que está basada en la espontaneidad, no en la jerarquía, surge de la interacción social entre los miembros y el desarrollo del afecto o amistad entre las personas.

Esta puede ser muy positiva ya que ayuda a la cohesión del grupo y dar información sobre diferentes aspectos del trabajo realizado.

Se usa de manera negativa cuando se basa en un rumor o chisme, el cual es un distorsionador de la productividad y no ayuda, solo demora y perjudica a las personas de la organización.

COMUNICACION PASIVA: no se expresan directamente los sentimientos, pensamientos y deseos, se da una falsa admisión, no solo se pierde el respeto de los demás sino, aún más importante, el respeto propio

COMUNICACION AGRESIVA: cuando se expresa lo que se siente, quiere y piensa a costa de los derechos y sentimientos de los demás, se tiende a humillar y atacar cuando no se puede salir con la suya, se utiliza el sarcasmo y la intimidación para dominar a otros.

COMUNICACIÓN ASERTIVA: la palabra asertividad se deriva de la palabra latina ASEVERARE, cuyo significado es afirmar, asegurar, aseverar. La asertividad es autoafirmación, expresión cabal de sentimientos. Es la respuesta oportuna y directa que respeta la posición propia y la de los demás, que es honesta y mesurada-

La persona asertiva: habla con efectividad y propiedad, expone sus ideas en forma lógica y sin contradicciones, juega al yo gano y tú ganas.

La comunicación asertiva produce una disminución de la ansiedad, aumenta la autoestima la confianza y seguridad, acepta y respeta al otro, expresa los sentimientos, deseos derechos, aumenta la empatía.

Con la comunicación asertiva podemos brindar el mensaje que se desea comunica, se logra el propósito de lo que se quiere transmitir como de lo que se quiere recibir, estimula la retroalimentación.

QUEREMOS CAMBIAR EL LENGUAJE EN NUESTRO LUGAR DE TRABAJO??.

Debemos pensar en lo que decimos y como lo decimos, las palabras serán las adecuadas, o simplemente la moda o la libertad de expresión actual que nos lleva a la grosería es la que estamos utilizando en nuestro diario vivir y por supuesto en nuestro trabajo.

Con esto tendremos una comunicación asertiva con nuestros compañeros, con nuestros pacientes, si tenemos una comunicación asertiva efectiva??

Cambiar expresiones como:

4. ¡Ni por el putas! por no puedo asegurarles que va a ser posible.
5. ¿pero qué H#@\$ tengo yo que ver con esta mier. Por inicialmente, yo no estaba participando de este proyecto.
6. ¡jodase, no lo voy a hacer ni por el putas! Por hay razones de orden técnico que imposibilitan la realización de esta tarea.
7. Este tipo no entiende ni mier. por él no está familiarizado con el problema.

Frases para reflexionar:


- Las personas más inteligentes son las menos conflictivas.
- La única manera de hacer un trabajo genial es amar lo que haces “Steve Jobs”

Bibliografía

Torres Santiago. *Taller de Asertividad y Habilidades sociales*. <http://es.slideshare.net/Santiago-nuestromundo/taller-de-asertividad-y-habilidades-sociales?related=2>.

Llacuna, J. Pujol, L. *La Conducta Asertiva Como Habilidad Social*. Instituto de Seguridad de Higiene en el Trabajo. España. 2004.

ANEXO 4

 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

1- INTRODUCCION


La gastrostomía es un procedimiento generalmente muy sencillo que consiste en la apertura de un orificio en el abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago, que busca mantener y mejorar la situación actual del paciente en la Unidad de Cuidados Intensivos, la mayoría de estos pacientes terminan con ella en el hogar. Esto altera la dinámica de la familia porque además de su patología de base, el paciente ahora se debe alimentar por un tubo insertado en su abdomen.

La familia y el paciente requieren un entrenamiento adecuado para el manejo de esta en su hogar, que le va a proporcionar seguridad, disminución en la ansiedad, y disminución de los eventos adversos prevenibles. Lo que redundara no solo en la continuidad de un cuidado de calidad en casa, también en una baja en los reingresos hospitalarios y disminución en los costos.

Todo esto va de la mano de los ocho momentos de cuidado definidos en la Clínica universidad de la Sabana como toda ocasión en la cual tenemos contacto con el paciente:

- 1- Ingreso del paciente.
- 2- Valoración de Enfermería.
- 3- Valoración de presencia del dolor.
- 4- Asistencia en necesidades básicas.

- 5- Entrega y recibo de turno.
- 6- Información (Educación) al paciente y a la familia.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


- 1- Administración de medicamentos.
- 2- Momento del alta.

Lo que invita al personal de Enfermería a brindar educación al paciente y su familia como parte del cuidado, y del quehacer diario en la Clínica Universidad de la Sabana.

2. EPIDEMIOLOGIA

Las infecciones intrahospitalarias en el mundo ocurren entre un 5 % y 10% lo que aumenta los costos para los sistemas de salud con un aumento de la estancia hospitalaria y en la morbilidad y mortalidad de los individuos afectados.

El uso de la gastrostomía en los pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos en la Clínica Universidad de La Sabana ocurre en un 5%, y con ella los pacientes deben regresar a su hogar o a una unidad de Cuidados Crónicos. Estudios recientes han demostrado que la edad media de los pacientes que requieren de gastrostomía es de 60.2 años y su cuidador principal es una mujer, las complicaciones más habituales son las gastrointestinales (diarrea – estreñimiento)

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


El manejo adecuado de esta permitirá al paciente una mejor calidad de vida y a su familia o cuidador una disminución en la ansiedad y una menor alteración en la dinámica familiar.

3. INDICACIONES

La principal indicación para la colocación de una sonda de gastrostomía es mantener una nutrición enteral en paciente con un sistema digestivo indemne pero que no se pueden nutrir por vía oral y en los que se considere que el periodo de nutrición será superior a un mes y la esperanza de vida mayor a dos meses. Es por tanto, el método de elección para nutrición enteral a largo plazo, sobre todo en el ámbito domiciliario.

Se pueden distinguir tres grupos de pacientes en los que podría estar indicada la colocación de una sonda de nutrición por gastrostomía:

- 1- Pacientes con cuadros reversibles y en los que se podrá retirar la sonda: enfermedades neurológicas, poli traumatizados y traumatismos faciales, malnutrición previa a trasplantes, tumores de cabeza y cuello en tratamiento con quimio y radioterapia.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

- 2- Pacientes con cuadros irreversibles y supervivencia prolongada.
- 3- Pacientes con enfermedades terminales y debilitantes

4. ALCANCE


En la unidad de cuidados intensivos donde se realice el procedimiento de gastrostomía, y se le brinde educación a la familia

5. PROPOSITO

Unificar los cuidados para el manejo adecuado de la gastrostomía durante el egreso de la Unidad de Cuidados Intensivos y luego cuando regrese a su entorno familiar con el fin de prevenir complicaciones.

6. DEFINICION

La gastrostomía es una intervención que consiste en la apertura de un orificio en el abdomen para introducir una sonda de alimentación en el estómago, lo que permite comunicar al estómago con el exterior. La colocación de una sonda permite introducir la alimentación directamente en el estómago. El aporte energético, llamado nutrición enteral, permite al paciente alimentarse de manera equilibrada. Los alimentos son introducidos por un tubo que se adapta en la sonda. De este modo, esta pequeña apertura en el estómago a través de la pared abdominal permite el aporte nutricional indispensable para el paciente

 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


5. ROLES

Recurso humano:

- El personal de enfermería que dará la educación al paciente y a la familia para el cuidado de este en casa.
- El familiar y el paciente quienes realizaran los cuidados en el hogar.

6. EQUIPO REQUERIDO

- ✓ Lavado de manos quirúrgico.
- ✓ Guantes.
- ✓ Aplicadores. Jabón.
- ✓ Agua.
- ✓ Micropore.
- ✓ Equipo para la administración de la nutrición.
- ✓ Nutrición enteral formulada.
- ✓ Jeringa para administración de medicamentos
- ✓

 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN C	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

7. PRECAUCIONES

El conocimiento de ciertos aspectos del cuidado cotidiano facilitará la normalización de la vida familiar al disminuir la angustia de sus miembros ante lo desconocido. Algunos de estos aspectos son:

Cuidado de la boca: La higiene bucal debe mantenerse igual que si la alimentación fuera por la boca.


No administrar alimentación por el orificio de insuflación del balón.

Dolor: el estoma no duele por qué no tiene terminaciones nerviosas, el color rojizo es debido a la gran vascularización de la mucosa, por lo que se deben evitar los golpes y roces continuos del estoma.

Medicación. No requiere ningún medicamento especial si no presenta otro problema de salud. Un aspecto a tener en cuenta es que la absorción de los medicamentos puede verse alterada, por lo que hay que evitar la automedicación y consultar cuando se requiera

Baño. se debe realizar el baño en ducha verificar que no queden residuos de jabón ni excesos de agua limpiar con un aplicador para retirar estos excesos.

Vestido. Puede utilizar ropa normal que no le apriete sobre el estoma ni lo roce.


 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

Tipo de vida. El paciente puede realizar todas las actividades propias de su edad y de acuerdo a las secuelas de su patología

7. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO

10.1 Cuidados de la sonda de gastrostomía:

- 1- Siempre, antes y después de manipular la sonda, lavarse las manos con agua y jabón. Recuerde secarlas bien para evitar infecciones.
- 2- Limpia diariamente, con agua y jabón, el orificio de la piel por donde sale la sonda. No olvides limpiar la zona alrededor del orificio con un aplicador de algodón, haciéndolo desde la sonda hacia afuera, con movimientos circulares, sin ejercer ninguna presión sobre ella.
- 3- Gira levemente la sonda para permitir una mejor limpieza y evitar que se pegue (nunca debes girarla de forma total ni bruscamente).
- 4- Seca alrededor de la sonda y la piel del abdomen luego del baño, o si hay alguna secreción.
- 5- Si existe el riesgo de que el paciente se quite la sonda, debe cubrirse con micropore, pegándola a 10 centímetros del orificio. Evita que la sonda se doble o se tuerza.
- 6- Evite poner gasas debajo del disco externo (si la sonda lo tiene). Sólo colocarlas si hay una abundante secreción.
- 7- Es necesario cuidar su higiene bucal. La placa se acumula más rápido de lo normal, lave los dientes por lo menos dos veces al día y utilice enjuagué bucal.
- 8- No llene el balón con aire.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


10.2 ¿Cómo administrar la nutrición?

Se debe valorar antes de iniciar la administración de la nutrición si el paciente presenta algunos de estos:

- Náuseas y/o vomito.
- Distensión abdominal.
- Dolor al tocar, cólicos y gases No realizar movilización de la persona después de una hora de haber administrado la nutrición ya que puede producir bronco aspiración
- Estreñimiento.
- Diarrea.

Luego se debe iniciar con estos procedimientos:

- Si el paciente está en cama elevar la cabeza se pueden utilizar almohadas. Mantenerlo sentado, si es posible, durante el tiempo que se está administrando el alimento y dos horas más, posterior a la alimentación.
- Aspirar con una jeringa sin aguja el contenido gástrico de la sonda, antes de la nutrición.
- Si el contenido es mayor a las tres cuartas partes de la cantidad de la nutrición administrada anteriormente, o es de color verde o negra, no administres la nutrición.
- Debe esperar de una a dos horas y volver a tomar el residuo, y si persiste consultar al médico. Nunca devolver el contenido aspirado.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

- Verificar la permeabilidad de la sonda con una jeringa de 50 centímetros lavar con 30 a 50 centímetros de agua.
- Agitar la alimentación antes de dársela al paciente. Llenar la cámara y abrir la rueda reguladora de la bolsa hasta que la nutrición llegue al extremo, luego conectar la bolsa a la sonda.
- Administra la nutrición en la cantidad, hora y manera como lo indicó el médico (por bolos o infusión continua). Respecto a los medicamentos debe triturar o disolver el contenido de la cápsula y pasarla de forma lenta, siempre diluida en agua.
- Cuando termine la nutrición o la administración de los medicamentos, lavar la sonda con 30 centímetros de agua, utilizando una jeringa sin aguja.
- Si al lavarla observa que hay resistencia al paso del agua, intente aspirar y volver a introducir el agua para desobstruir la sonda. Si no es posible, consulte al médico.

No mezcle la nutrición con la medicación.


10.3 Clases de nutrición:

- 1- Sistema cerrado: compuesto por contenedores semirrígidos y bolsas.
- 2- Sistema abierto: compuesto por latas y tetrapack.

10.4 ¿Cómo almacenar la nutrición?

- La nutrición sin abrir no es necesario mantenerla en la nevera, pero sí debe guardarse en un lugar fresco y seco, evitando el contacto directo con la luz. Una vez abierta, la nutrición se debe mantener tapada en la nevera por un máximo de 24 horas ubicarla en la puerta de la nevera.

- Recordar que la nutrición debe marcarse con fecha y hora de apertura, para administrarla inmediatamente en la siguiente nutrición.

 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

- Saca la nutrición para que quede a temperatura ambiente dos horas antes de la siguiente toma.
- Comprueba siempre la fecha de vencimiento, y anota la fecha y la hora de la apertura. Lee las recomendaciones del producto hechas por el fabricante.

Si la nutrición viene en lata y queda residuo, este se debe guardar en un recipiente plástico, cubrirla y guardarla en la nevera


10.5 Indicaciones de mal estado de la nutrición

- Con apariencia de leche cortada.
- Si se encuentra grumosa

7. SIGNOS DE ALARMA PARA CONSULTAR:

1. Cuando la sonda se obstruya y no la puedas destapar enjuagándola.
2. Si la sonda se sale o no está en el lugar correcto.
3. Cuando el alimento se sale alrededor de la sonda o se presenta secreción de color café oscuro o amarillo alrededor del orificio de la piel, si tiene sangre o muy mal olor.
4. Si la piel alrededor del orificio presenta enrojecimiento, hinchazón, está sensible y caliente al tacto.
5. Fiebre de más de 38.3° C
6. Cuando el paciente presente náuseas o vómito por más de 24 horas.

7. Si tiene el estómago hinchado, dilatado o sensible.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE GASTROSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


8. Si no ha hecho deposición durante más de tres días o tiene diarrea con más de cuatro deposiciones líquidas al día.

9. Salida de la sonda. Si la sonda se sale acuda al centro hospitalario más cercano antes de seis horas posteriores al evento, así se evitara el cierre del trayecto de la sonda.

7. DIAGNOSTICO DE ENFERMERIA

- ✓ Disposición para mejorar la gestión de la propia salud (00162).
- ✓ Disposición para mejorar la nutrición, (00163)
- ✓ Riesgo de desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades (00003).
- ✓ Diarrea (00013).
- ✓ Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional (00197).
- ✓ Déficit de autocuidado alimentación (00102).
- ✓ Conocimientos deficientes (00126).
- ✓ Riesgo baja autoestima situacional (00153).
- ✓ Deterioró de la interacción social, (00052).
- ✓ Afrontamiento familiar comprometido, (00074).
- ✓ Riesgo de infección. (00004).
- ✓ Aislamiento social (00053).

ANEXO 5

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


I- INTRODUCCION

La traqueotomía es un procedimiento quirúrgico que corresponde a la abertura de la pared anterior de la tráquea, data del año 1500 AC, desde esta época se ha perfeccionado la técnica llegando a ser un procedimiento quirúrgico exitosos que se usa para tratar principalmente la obstrucción respiratoria aguda y la asfixia.

Aun no existe un conceso sobre el momento en que un paciente con intubación endotraqueal conectado a ventilación mecánica debe ser sometido a una traqueotomía. El tres por ciento de los pacientes que se encuentran hospitalizados en unidad de cuidados intensivos terminan con uso de traqueotomía, para esto la enfermera debe ser capaz de brindar la educación al paciente y a la familia para un correcto manejo de estos en el hogar. Esto se encuentra establecido en la Clínica universidad de la Sabana como toda ocasión en la cual se tiene contacto con el paciente, especificado en los ocho momentos de cuidado a saber:

- 1- Ingreso del paciente.
- 2- Valoración de Enfermería.
- 3- Valoración de presencia del dolor.
- 4- Asistencia en necesidades básicas.
- 5- Entrega y recibo de turno.
- 6- Información (Educación) al paciente y a la familia.

- 7- Administración de medicamentos.
- 8- Momento del alta.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


2. EPIDEMIOLOGIA

Según estudios realizados en Colombia por la sociedad de medicina publicado en el 2015, se encuentra 12 casos por cada 1000 pacientes admitidos en la uci presentaron trauma raquímedular y de ello el 37% de los pacientes requirió manejo con traqueotomía, y de ellos la población principalmente afectada son jóvenes entre los 28 años. Muchos de ellos que terminan con uso de traqueotomía, requieren un manejo en una unidad de cuidados crónicos, ya que los recursos y la educación a la familia y cuidador no le permite tener un cuidado en el hogar.

De esto se deriva la necesidad de la educación que se le debe brindar al paciente, familia y cuidador para su manejo correctos en el hogar.

3. MEDIDAS DE CONTROL

La traqueotomía se ha convertido en una de las técnicas más realizadas en las unidades de cuidados intensivos. A este hecho han contribuido la introducción de la técnica percutánea y las teóricas ventajas que tiene: aumento de la comodidad del paciente, disminución del espacio muerto, mejoría de la higiene bronquial y disminución en el requerimiento de sedación. Pero estas ventajas no son evidencia suficiente para que sean la indicación de la traqueotomía. Se precisan más estudios para poder estimar qué enfermos se beneficiarían de una traqueotomía y cuál es el momento óptimo para su realización.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

4. ALCANCE

En la unidad de cuidados intensivos donde se realice el procedimiento de traqueotomía, y se le brinde educación a la familia.


5. PROPOSITO

Unificar los cuidados de enfermería para el manejo adecuado de la traqueotomía durante la estancia del paciente en la unidad de cuidados intensivos y luego cuando regrese a su entorno familiar con el fin de prevenir complicaciones.

6. DEFINICION

La Traqueotomía es la intervención quirúrgica que se ejecuta de modo general en los diversos traumatismos de cuello, que comprometen la permeabilidad de las vías aéreas, o para sustituir una intubación endotraqueal prolongada entre otros eventos originados una intervención médica y de enfermería de urgencia. Ello nos obliga a dedicar especial atención a sus indicadores, técnicas y cuidados por parte

del personal de enfermería, de forma que nos permita brindar una atención científica y oportuna que garantice el bienestar del enfermo y su familia

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS


7. ROLES

Recurso humano:

- El personal de enfermería que dará la educación al paciente y a la familia para el cuidado de este en casa.
- El familiar y el paciente quienes realizaran los cuidados en el hogar.

8. EQUIPO REQUERIDO

- Lavado de manos.
- Guantes.
- Suero fisiológico.
- Antiséptico.
- Gasas estériles
- Amalgato si es necesario
- Contenedor para material sucio.
- Cinta o esparadrapo para lazo de ribete del cuello.
- Babero o gasa para intercalar entre la cánula y la piel
- Jeringas.
-

 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

- Aspirador de secreciones.
- Sonda de aspiración.

9. PRECAUCIONES


Se debe tener en cuenta que algunos de los pacientes con traqueotomía pueden presentar:

- Tos frecuente por la acumulación de moco.
- Disminución de la capacidad para realizar algunos esfuerzos físicos.
- Pérdida total o parcial del olfato y la capacidad para hablar por el no paso de aire por las cuerdas bucales.

El Cuidador tiene que demostrar seguridad y transmitirla al paciente ya que la manipulación del estoma del paciente al realizar los cuidados (sea cambio de Cánula, aspiración de secreciones, etc.) causa dolor y momentos de mucha ansiedad.

- En los pacientes con traqueotomía que se alimentan por la boca hay que tener un especial cuidado con los atragantamientos, tapones de moco, etc.

Hay que tener siempre preparada una cánula limpia, con todo lo necesario para realizar un cambio urgente. Así como el aspirador para extraer con asepsia y

 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

Rapidez esputos y cuerpos extraños para evitar alargar la situación de atragantamiento.

La herida y la zona alrededor del orificio de la traqueotomía debe mantenerse limpia, para evitar la acumulación de moco.

10. DESCRIPCION DEL PROCEDIMIENTO


- ✓ Colocar al paciente en un lugar cómodo, con el cuello extendido con buena luz.
- ✓ Lavarse las manos con agua y jabón.
- ✓ Preparar todo lo necesario
- ✓ Colocar el material en un paño limpio y seco
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Colocar una toalla de papel alrededor para evitar mojar al paciente
- ✓ Realizar limpieza alrededor de la cánula con una gasa húmeda del centro a la periferia.
- ✓ Retirar la fijación y realiza cambio dos veces al día.

Realizar limpieza de la cánula con gasa estéril o con aplicadores.

- ✓ Si el paciente presenta una gran cantidad de secreción se debe realizar la aspiración.
- ✓ La aspiración se debe realizar cuando el paciente presenta una respiración ruidosa y acelerada, se encuentra agitado o inquieto, se


observan flemas en el orificio de la traqueotomía, o presenta tos con expulsión de flemas.

- ✓ Para realizar la aspiración de las secreciones se debe:
- ✓ Comprobar que el succionador funcione.

 CLÍNICA UNIVERSIDAD DE LA SABANA	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

- ✓ Luego colocar la sonda de succión en la mano la envolvemos y dejamos libre un tercio de esta la cual se va a introducir en la cánula Luego colocar la sonda de succión en la mano la envolvemos y dejamos libre un tercio de esta la cual se va a introducir en la cánula
- ✓ Se debe hiperoxigenar al paciente, diciéndole que debe respirar por lo menos tres veces en forma rápida.
- ✓ Luego se debe encender el succionador,
- ✓ Se introduce la sonda ocluida no succionando, al estar dentro de la cánula se debe succionar de dentro hacia afuera, luego se debe realizar la limpieza de la sonda la cual se puede realizar con una gasa, y lavarla con agua.
- ✓ Si el paciente presenta secreciones adherentes se debe instilar de tres a cinco centímetros de solución salina y luego realizar la succión de las secreciones.
- ✓ Al terminar el procedimiento se ubica el paciente en forma cómoda, y se realiza la limpieza del equipo.
- ✓
- ✓ Retirar la cánula y limpiar la mucosa y la piel con gasa estéril y suero fisiológico y dejar secar.
- ✓ Aplicar una ligera capa de antiácido en las zonas irritadas.
- ✓ Una vez limpio el estoma volver a colocar la cánula, limpiando con gasa las secreciones.


- ✓ Mantener la zona lo más limpia y seca posible. Luego colocar la sonda de succión en la mano la envolvemos y dejamos Si se requiere realizar el cambio de cánula, retirar la cánula previo vaciamiento del balón, estar tranquilo ya que esto puede producir tos en el paciente.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

- ✓ Depositarla en un recipiente para su posterior limpieza.
- ✓ Tomar la cánula nueva con la guía puesta y la fijación en uno de sus extremos
- ✓ Humedecer la cánula con suero fisiológico e introducirla en el estoma con suavidad pero con firmeza, esto producirá nuevamente tos en el paciente
- ✓ Sujetar la cánula con el inmovilizador sin apretar o lacerar la piel.
- ✓ Retirar la guía e inflar el balón si es necesario.
- ✓ Al aspirar las secreciones, se debe verificar la toma eléctrica para conectar el aspirador.
- ✓ Colocar la sonda de succión.
- ✓ Introducir la sonda en el orificio aspirando las secreciones que se encuentran en la entrada y cuerpo de la cánula y luego introducirla hasta la parte más interna sin aspirar, luego aspirar de abajo hacia arriba tratando de extraer todas las secreciones. Una vez terminada la aspiración de secreciones desechar la sonda y colocar al paciente en una posición cómoda
- ✓ Luego realizar el lavado de la cánula que se retiró y del succionador con agua jabonosa, luego limpia y dejar secar al aire libre.

SIGNOS DE ALARMA

- Respiración rápida y superficial.
- Tonalidad azul en boca y uñas.
- Poca respuesta al llamado.
- Sangrado por el orificio de la traqueotomía.
- Movimiento o desplazamiento de la cánula.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	Elaborada por: Fabiola Rodríguez	PAGINAS

11. OBSERVACIONES

Mastique bastante los alimentos

Debe tomar una dieta blanda, rica en fibra y de fácil deglución.

Beba abundantes líquidos y si se atraganta, hable con el nutricionista

Tenga en cuenta que el olfato y el gusto se habrán visto disminuidos, a veces anulados, tras la cirugía.

Al estornudar o toser póngase la mano delante del estoma, no delante de la boca

No emplee pañuelos de papel porque pueden desmenuzarse e introducirse en el estoma.

Debe realizar curación en el estoma y cambiarse la cánula al menos una vez al día.


Se aconseja la ducha y no el baño, para evitar que entre agua a través de la cánula. Puede lavarse la cabeza con cuidado.

Aféitese a diario, Realice su higiene bucal habitual.

Duerma con la cabecera elevada

No duerma boca abajo, existe riesgo de asfixia.

Su vida social no debe cambiar, manteniendo las normales medidas de higiene.

	DIRECCION DE ENFERMERIA	FECHA DE EDICION:
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN CASA	2015.06.12
	GUIA DE MANEJO DE TRAQUEOSTOMIA EN	PAGINAS

Evite deportes de esfuerzo y acuáticos

Según la intervención, para favorecer la comunicación oral, se deberá tapar el estoma para hablar o acudir a un especialista que le ayude. Pregunte su médico su caso concreto

No existe ningún problema para mantener relaciones sexuales (tenga en cuenta que pueden aumentar las secreciones durante las mismas).

No fume ni beba alcohol.

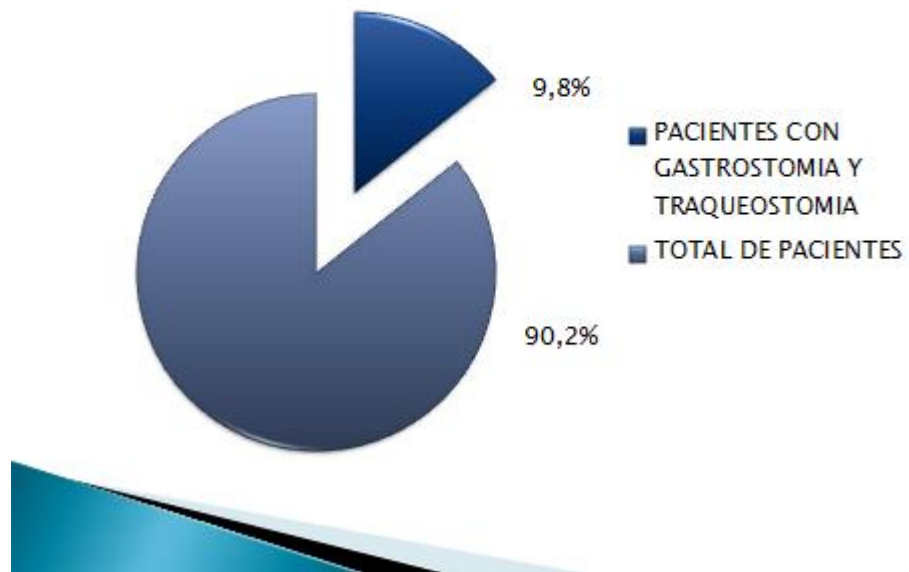
12. DIAGNOSTICOS DE ENFERMERIA

- ✓ Disposición para mejorar la gestión de la propia salud, (00162).
- ✓ Descuido personal (00193).
- ✓ Desequilibrio nutricional: ingesta inferior a las necesidades (00002).
- ✓ Trastorno del patrón del sueño (00198).
- ✓ Disposición para mejorar el autocuidado (00182).
- ✓ Disposición para mejorar los conocimientos. (00161).

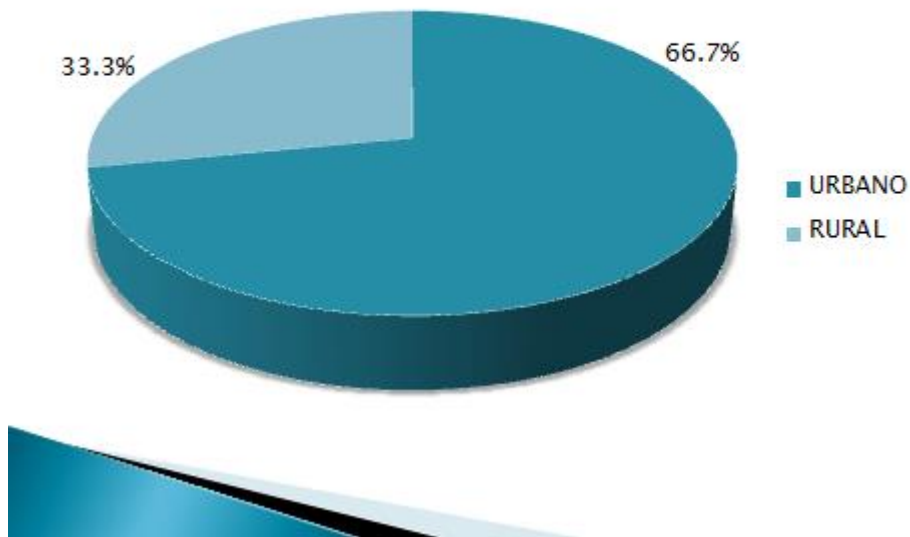
- ✓ Deterioro de la comunicación verbal, (00051).
- ✓ Trastorno de la imagen corporal, (00118).
- ✓ Riesgo de cansancio del rol del cuidador (00062).
- ✓ Deterioró de la interacción social (00052).

GRAFICAS

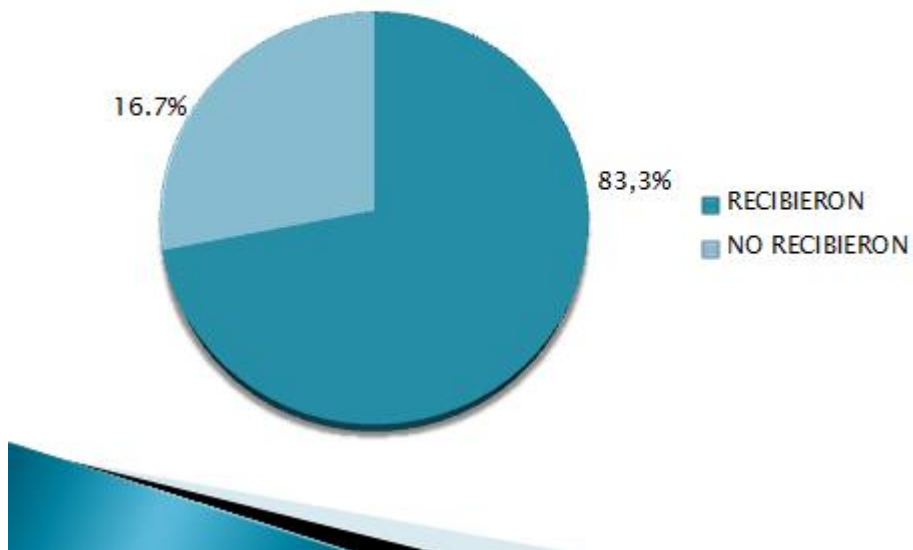
TOTAL DE PACIENTES



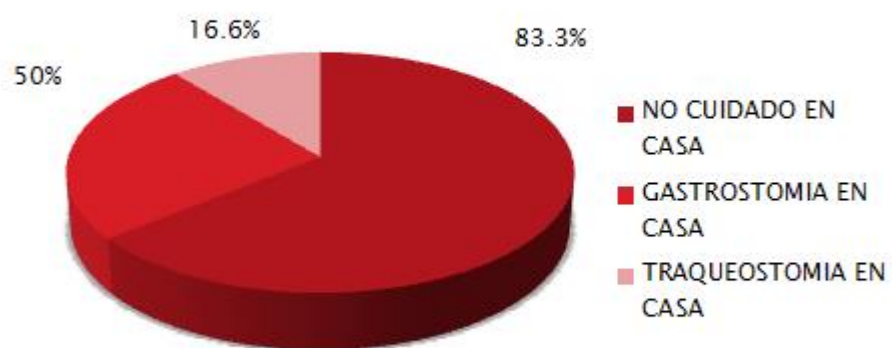
MORTALIDAD DE PACIENTES



EDUCACION A FAMILIARES



ACEPTACION DEL FAMILIAR



i