

**FCM**



ESCUELA DE ENFERMERIA

CICLO DE LICENCIATURA

## **Tesis Final**

**Tema**

**DESEMPEÑO EFICAZ DEL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA  
PEDIATRICA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

**Autoras**

Cano, Sabrina Marianela

Cruz, Romina Haydee

**MENDOZA, FEBRERO DE 2014**

## **ADVERTENCIA**

El presente estudio de investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería, Facultad de Ciencias Médicas, Universidad Nacional de Cuyo, y no puede ser publicado, copiado ni citado, en todo o en parte, sin el previo consentimiento de la citada Escuela o del autor o los autores.

## Acta de Aprobación

Presidente:.....

Vocal1:.....

Vocal2:.....

Trabajo Aprobado el:...../...../.....

## **AGRADECIMIENTOS**

Queremos agradecer en primer lugar a nuestras familias por el apoyo incondicional que hemos recibido de parte de cada uno de ellos.

También queremos agradecer al personal del servicio de guardia pediátrica del Hospital Humberto Notti por su ayuda para la realización de este trabajo.

Y agradecemos a cada uno de los profesores por su apoyo y por su ayuda durante este ciclo lectivo para la realización de esta tesis.

**A TODOS MUCHAS GRACIAS!!!!**

**Romina Haydee Cruz**

**Sabrina Marianela Cano**

## PROLOGO

El futuro de la enfermería augura un cambio y un desafío continuo, con reformas prometedoras de la asistencia sanitaria. Sobre todo en un servicio de alta complejidad como lo es el servicio de Emergencias del Hospital Humberto Notti.

La meta final de cualquier profesión es mejorar la práctica de sus miembros de manera tal, que los servicios que proporcionen a sus clientes tenga el máximo impacto, en este caso a los pacientes y a sus familiares. Cualquier profesión que busca engrandecer su imagen profesional requiere el continuo desarrollo de una estructura científica de conocimientos fundamental para su práctica.

El propósito del presente trabajo es dar a conocer el desempeño del enfermero del servicio de emergencia en cuanto al manejo de la medicación que se usa en el servicio durante una situación de urgencia o emergencia.

Se apreciará un estilo de redacción claro que contiene un lenguaje fácilmente legible y claro para todo aquel personal profesional y no profesional relacionado o no al sector de salud. El tipo de letra y los encabezados de los capítulos, gráficos y anexos hacen al texto fácil de leer y seguir. Esperamos, que la presente obra resulte de mucho provecho para todos aquellos que en alguna oportunidad la consulten en cualquier momento que lo sea oportuno

## INDICE GENERAL

### PORTADA

<b>Advertencia.....</b>	<b>II</b>
<b>Acta de aprobación.....</b>	<b>III</b>
<b>Agradecimiento.....</b>	<b>IV</b>
<b>Prologo.....</b>	<b>V</b>
<b>Índice general.....</b>	<b>VI-VII</b>
<b>Índice de tablas y gráficos.....</b>	<b>VIII-IX</b>
<b>CAPÍTULO I: Planteo del problema.....</b>	<b>Pág. 1</b>
Introducción.....	Pág. 2
Descripción del problema.....	Pág. 3-4
Planteo del problema.....	Pag.4
Objetivos del estudio: General y Específicos.....	Pág. 4
Justificación de la investigación.....	Pág. 5
Marco Teórico.....	Pág. 6-59
<b>CAPÍTULO II. Diseño Metodológico.....</b>	<b>Pág. 60</b>
Tipo de Estudio.....	Pág. 61
Área de Estudio.....	Pág. 61
Universo y muestra.....	Pág. 61
Variables y/o hipótesis: Definición y Operacionalización.....	Pág. 62-64
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	Pág. 64-65
Análisis, procesamiento y presentación de datos.....	Pág. 66-89

<b>CAPÍTULO III: Resultados, discusión y propuestas.....</b>	<b>Pág. 90</b>
Resumen de los resultados más relevantes.....	Pág. 91
Interpretación de los resultados.....	Pág. 92
Propuestas de acción .....	Pág. 93
<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>Pág. 94</b>
<b>APENDICE Y ANEXOS.....</b>	<b>Pág. 95-105</b>

## INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

Tabla y Grafico 1: “EDAD” .....	pág. 66
Tabla y Grafico 2: “SEXO.....	pág. 67
Tabla y Grafico 3: “FORMACION ACADEMICA” .....	pág. 68
Tabla y Grafico 4: “TIEMPO EN EL SERVICIO”.....	pág. 69
Tabla y Grafico 5: “HORAS SEMANALES” .....	pág. 70
Tabla y Grafico 6: “ELEMENTOS PARA LA ADMINISTRACION Y PREPARACION DE MEDICAMENTOS.....	pág. 71
Tabla y Grafico 7: “FALTA DE MATERIAL”.....	pág. 72
Tabla y Grafico 8: “CUMPLIMIENTO DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD” .....	pag.73
Tabla y Grafico 9: “DISPOSICION DE AREA LIMPIA Y SUCIA” .....	pág. 74
Tabla y Grafico 10: “DISTRIBUCION DEL TRABAJO”.....	pág. 75
Tabla y Grafico 11: “EFICACIA DEL TRABAJO”.....	pág. 76
Tabla y Grafico 12: “DISTRIBUCION DE TAREAS”.....	pág. 77
Tabla y Grafico 13: “CUMPLIMIENTO DE LOS 5 CORRECTOS” ....	pág. 78
Tabla y Grafico 14: “CONOCIMIENTO DE MEDICAMENTOS”.....	pág. 79
Tabla y Grafico 15: “REALIZACION DE CAPACITACION” .....	pág. 80
Tabla y Grafico 16: “TIPOS DE CAPACITACION” .....	pág. 81
Tabla y Grafico 17: “PERIODO DE TIEMPO” .....	pág. 82
Tabla y Grafico 18: “ACCESIBILIDAD A LOS CURSOS” .....	pág. 83

**Tabla y Grafico 19: “CONOCIMIENTOS SOBRE EMERGENCIAS” .... pág. 84**

**Tabla y Grafico 20: “CAPACITACION DE MANEJO DE MEDICACION EN LAS EMERGENCIAS..... pág. 85**

**Tabla y Grafico 21: “ACTITUD DE LA PREPACION DE MEDICAMENTOS ANTE UNA EMERGENCIA..... pág. 86**

**Tablas bivariadas**

**Tabla y Grafico 22: “Números de enfermeros según la relación entre las variables sexo y edad”..... pág. 87**

**Tabla y Grafico 23: “Numero de enfermeros según la relación entre las variables sexo y nivel de formación “.....pág. 88**

**Tabla y Grafico 24: “Relación entre la eficacia del trabajo del enfermero de emergencia y sus conocimientos sobre la preparación y administración de medicamentos”..... pág.**

# CAPITULO I

## **PLANTEO DEL PROBLEMA**

## INTRODUCCION

Desde el inicio de la enfermería la preparación de medicamentos ha sido una tarea fundamental en los cuidados relacionados con el paciente. Esta actividad se ha ido perfeccionando a la par de la propia evolución de enfermería.

En la práctica de enfermería, la utilización de principios, técnicas y procedimientos constituyen un reto para todo tipo de profesión, sin embargo en el caso de enfermería es preciso que el personal de enfermería este apegado a los principios teóricos indispensables para cada procedimiento, porque en caso contrario se compromete la vida del paciente en cuestión, la idoneidad profesional y la institución donde trabaja.

La importancia de esta investigación radica en conocer la realidad del lugar donde se trabaja con relación a la preparación de medicamentos endovenosos; así como también se pretende contribuir al mejoramiento de las técnicas y procedimientos que día a día el personal de enfermería del servicio de emergencia pone en práctica en la preparación de medicamentos a través de la evaluación y educación en el servicio.

La investigación se realiza considerando la actuación del personal de enfermería en el Servicio de Emergencia del Hospital Dr. Humberto Notti en cuanto a la preparación de medicamentos EV, siendo esta de gran importancia , ya que enfermería debe asumir el ejercicio de manera segura ,competente y libre de riesgos para el paciente , es por ello que debe poseer conocimientos sobre las técnicas y procedimientos ,contar con un ambiente idóneo para realizar dicha actividad ; y así proporcionar una buena atención a los pacientes.

## Tema: **DESEMPEÑO EFICAZ DEL ENFERMERO DEL SERVICIO DE EMERGENCIA PEDIATRICA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS**

### Descripción del problema

Desde el inicio de la enfermería la preparación de medicamentos ha sido una tarea fundamental en los cuidados relacionados con el paciente. Esta actividad se ha ido perfeccionando a la par de la propia evolución de enfermería.

En la práctica de enfermería, la utilización de principios, técnicas y procedimientos constituyen un reto para todo tipo de profesión, sin embargo en el caso de enfermería es preciso que el personal de enfermería este apegado a los principios teóricos indispensables para cada procedimiento, porque en caso contrario se compromete la vida del paciente en cuestión, la idoneidad profesional y la institución donde trabaja.

La importancia de esta investigación radica en conocer la realidad del lugar donde se trabaja con relación a la preparación de medicamentos endovenosos; así como también se pretende contribuir al mejoramiento de las técnicas y procedimientos que día a día el personal de enfermería del servicio de emergencia pone en práctica en la preparación de medicamentos EV a través de la evaluación y educación en servicio.

La investigación se realiza considerando la actuación del personal enfermero en el Servicio de emergencia del Hospital Notti en cuanto a la preparación de medicamentos EV, siendo esta de gran importancia, ya que enfermería debe asumir el ejercicio de manera segura, competente y libre de riesgos para el paciente, es por ello que debe poseer conocimientos sobre las técnicas y procedimientos, contar con un ambiente idóneo para realizar dicha actividad ;y así proporcionar una buena atención a los pacientes.

En situaciones de urgencia, la enfermera/o de la unidad de emergencia pediátrica del Hospital Dr. Humberto Notti debe actuar con pericia a la hora de la preparación y administración de medicamentos endovenosos.

Debiendo así conocer principios científicos de dicho procedimiento así como técnicas de bioseguridad y preparación de un ambiente adecuado, asimismo, el enfermero/a debe conocer la función que cumple dicho medicamento, efectos que causa y dosificación del mismo.

### **Planteo del problema**

En situaciones de urgencia los enfermeros/as del servicio de guardia pediátrica del Hospital Humberto Notti ¿Demuestran una actuación segura basada en conocimiento científico-técnico?, perteneciente a la provincia de Mendoza durante los meses de Julio – Septiembre del año 2013.

### **Objetivo General**

- Evaluar la efectividad de enfermería en la preparación y administración de medicamentos.

### **Objetivos Específicos**

- Observar al personal de enfermería en la preparación de medicamentos (cumplimiento de principios científicos, bioseguridad, técnica adecuada, etc.).
- Observar que el enfermero/a demuestre pericia en la administración de medicamentos.
- Caracterizar al personal de enfermería.

## **JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION**

La práctica, con la utilización de principios, técnicas y procedimientos constituyen un reto fundamental para todo profesional, sin embargo en el campo de la salud y sobre todo en el área de enfermería, es imperioso que el profesional este apegado a los principios teóricos inherentes a cada procedimiento, porque caso contrario se compromete el estado de salud y la vida del paciente en cuestión, la idoneidad profesional y la responsabilidad del hospital.

El presente trabajo busca contribuir el mejoramiento de las técnicas y procedimientos que el personal de enfermería del Servicio de Emergencias pone en práctica día a día en la preparación de medicamentos, por medio de la evaluación y educación en el servicio.

La importancia de este trabajo radica en conocer la realidad del escenario práctico de enfermería con relación a la preparación de medicamentos.

La preparación de medicamentos ha sido para enfermería una tarea fundamental que siempre le ha correspondido, con el paso del tiempo, enfermería ha avanzado en todo tipo de nivel académico, talleres, cursos, personal con especialización, etc.

Cada día enfermería adquiere mayor conocimiento en cuanto a la farmacología para dar cumplimiento en forma eficiente, eficaz y oportuna; es necesario que cumpla el procedimiento desde el mismo momento que con la indicación prepara el equipo .Por esta razón es de gran importancia que se evalúe de manera continua y así los resultados serán óptimos para la toma de decisiones por parte del equipo de enfermería.

Los pacientes serán beneficiados en tanto se realice una práctica libre de riesgos, lo que asegura su integridad física para su pronta recuperación.

## MARCO TEORICO

### Introducción

En la enfermería actual se puede visualizar los cambios de la profesión a lo largo de los años, la enfermera ya no solamente es quien ayuda o es la mano derecha del médico en el cumplimiento del tratamiento de la enfermedad, sino que se ha transformado en una parte esencial en el equipo de salud.

La enfermera no solo es la encargada de llevar acabo el cumplimiento del tratamiento indicado por el medico sino que también, las enfermeras se preocupan y ocupan de las necesidades tanto biológicas como sociales de los pacientes.

La enfermería trata de establecer una relación enfermero paciente en donde se pueda establecer una comunicación cordial y correcta para ayudar al paciente en el mejoramiento de su enfermedad. Esta relación debe tener en cuenta el respeto mutuo y el profesionalismo por parte del personal enfermero. Esto se desarrollara en esta tesis a lo largo de la misma.

La comunicación en sus aspectos verbales y no verbales es uno de los instrumentos básicos de la práctica de enfermería así como la destreza , la habilidad manual, el conocimiento científico, la observación, la creatividad, entre otros, pues permiten a la enfermera interactuar, relacionarse e implementar el cuidado de enfermería.

La comunicación posibilita a la enfermera delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos de la enfermería como la oferta de ayuda. Y para ello, la enfermera debe dar énfasis a la habilidad de comunicarse y mantener una comunicación significativa. Así, la habilidad para comunicarse con otros seres humanos, de entender y ser entendido constituye una capacidad interpersonal esencial

También otro punto esencial en la enfermería es velar por la seguridad del paciente, la misma debe ser una prioridad del enfermero/a ante cualquier procedimiento que se le vaya a realizar al mismo. La seguridad del paciente no solo debe ser física sino que también se debe velar por la seguridad psicológica y social del paciente.

Por ultimo debemos mencionar la parte central de esta tesis, la cual se centra en la administración de medicamentos. Esta administración debe ser de manera correcta siempre siguiendo las técnicas aprendidas al momento de la preparación académica del personal de enfermería. También se debe tener en cuenta los distintos aspectos éticos que se pueden cumplir a la hora de la preparación y administración de medicamentos

Todos estos temas serán desarrollados a continuación de manera completa y concisa.

## TEMA: ENFERMERIA-SALUD

Hace casi 100 años, FLORENCE NIGHTINGALE definió la enfermería como el Acto de influir sobre el entorno del paciente para ayudarlo en su recuperación (1860). Creía que un ambiente limpio, bien ventilado y tranquilo era esencial para la recuperación del paciente.

De esa manera Nightingale elevó el prestigio de la profesión por medio de la enseñanza, el cual las enfermeras dejaron de ser amas llaves sin entrenamiento para convertirse en personas instruidas para cuidar a los enfermos.

Virginia Henderson consideraba a las enfermeras interesadas por los individuos enfermos y sanos, reconocía que estas se relacionan con los clientes incluso cuando la recuperación quizás no sea factible, y mencionó las funciones de la enfermera como educadora y defensora para convertirse en personas instruidas para cuidar a los enfermos.

El ejercicio de enfermería significa la identificación y el tratamiento de las respuestas humanas a los problemas reales o potenciales de salud y comprende la práctica y la supervisión de las funciones y servicios que directa o indirectamente, y en colaboración con un cliente o con otros profesionales de la salud que no son enfermos, tienen como objetivo la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, el alivio del sufrimiento, la recuperación de la salud y el desarrollo óptimo.

La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades <sup>1</sup>

La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

---

<sup>1</sup> Definición de salud según la OMS

## Conocimiento

Las diversas corrientes sobre el conocimiento, tanto en la antigüedad como en el presente dan la pauta para determinar lo importante que es el saber y estos contenidos dan base al pensamiento científico y con ello forman el conocimiento, humano.

El conocimiento brinda diversos conceptos y teorías que estimulan el pensamiento humano creativo, guían la enseñanza y la investigación, lo que permite generar nuevos conocimientos. Por lo que el conocimiento debe de ser eje de interés en la formación de las enfermeras, aunado al desarrollo de habilidades y destrezas son lo que se forma la capacidad de los profesionales en esta área, lo que sin duda les guiara hacer excelentes.<sup>2</sup>

En la experiencia, las enfermeras que atienden al ser humano con problemas de salud , frecuentemente se preguntan si actuaron e hicieron todo lo posible ante las situaciones que presentan el enfermo, y si en su actuar aplicaron sus conocimientos para el bien del enfermo.

### NIVELES DE CONOCIMIENTO:

Conocimiento aparente: es el conocimiento que se logra gracias a los sentidos, es la base de todos los conocimientos científicos, el punto de partida otra vez del cual se desarrolla y profundiza el proceso de comprensión real de la naturaleza.

El conocimiento exige la aprobación de su origen y de la fuente de su verdad, para alcanzar un conocimiento aparente basta con percibir los hechos de la realidad en forma sensible. Y se dice que es la base de todo conocimiento científico, este permite solo un reflejo parcial del objeto en la conciencia del hombre.

Conocimiento real científico: es el movimiento de la razón que va del conocimiento primario al saber, de lo superficial a lo profundo y multilateral por medio de la practica, la esencia del conocimiento consiste en la autentica generalización de los hechos basada en el autocuidado de calidad libre de riesgo.

Comprobación empírica.

---

<sup>2</sup> Rev. Mex. Enf. Cardiol.2002

El conocimiento científico tiene como objeto la realidad, es decir la naturaleza del movimiento. Por lo tanto tiene dos exigencias básicas que son:

La comprobabilidad o sea que exige la explicación de su origen y la fuente de su verdad. El conocimiento científico aspira el conocimiento universal.<sup>3</sup>

El conocimiento es la base para el desempeño profesional y laboral de una disciplina o cualquier actividad que se desarrolle en enfermería.

**ENFOQUE CIENTIFICO:** es la experiencia humana en este mundo de fuerzas físicas, químicas, biológicas, sociales y psicológicas es un asunto que escapa a la comprensión total. En nuestra vida privada, en nuestro trabajo, tratamos de hallar sentido en la experiencia, para comprender regularidades y predecir circunstancias futuras. , todas las ciencias, aunque pueden diferir en contenido o en técnicas especializadas, emplean el mismo enfoque en general para llegar al conocimiento y la comprensión. La finalidad de esta obra es permitir que enfermería conozca los aspectos fundamentales de la metodología en la investigación científica.

Fuentes de conocimiento humano: el conocimiento humano tiene muchas raíces, explicando algunas fuentes alternativas de conocimiento muestra de que manera defiere la información científica.

Tradicición: en consecuencia la tradición es una fuente de información. Esta clase de conocimiento es transmitido de generación en generación, con frecuencia es una parte tan integrada a la herencia cultural que pocos exigen comprobación, al igual que muchas otras tienen asevero que ha llegado por tradición o por costumbre.

Ejemplo: una de las tradiciones de la enfermera es el informe de cambio de turno para todo y cada uno de los pacientes, háyase o no modificado su estado. La tradición brinda algunas ventajas como fuente de conocimiento. La tradición o la costumbre también facilita ala comunicación al brindar una base común de de verdades aceptables, sin embargo entraña algunos problemas para la investigación humana nunca se ha puesto en duda la validez de muchas tradiciones.

Autoridad: es una fuente común de respuesta a las preguntas o de solución a los problemas, es una persona que tiene pericia, en un campo bien definido,

---

<sup>3</sup> Tañer, J.J. Haxe .M . Samufen. G. Ducen , Eunsa,, elementos de higiene hospitalaria y técnicas de aislamiento en el hospital EUNSA

Sin embargo como fuente de comprensión, las autoridades tienen desventajas, no son infalibles, pero como ocurre en la tradición con frecuencia los conocimientos que posee no se someten a valoración crítica.

Experiencia y Tanteo: las propias experiencias son una fuente funcional o familiar de conocimientos. Se considera la capacidad de generalizar, de reconocer regularidades y de hacer predicciones fundadas en observaciones, es una característica importante de la conducta humana es patente que no habría autoridades o tradiciones como fuentes de conocimiento, si los seres humanos fuesen incapaces de aprender acerca del medio basándose en la experiencia.

El método de tanteo puede ser una forma práctica de obtener conocimientos, pero es falible e ineficaz es aleatorio y no sistemático, el conocimiento adquirido no suele anotarse y, en consecuencia, es inaccesible a persona que después busca resolver problemas y obtener información.

Razonamiento lógico: Las soluciones a muchos de los problemas que nos confunden se logran mediante procesos de pensamiento lógico. El razonamiento lógico como método de conocimientos combina la experiencia, las facultades intelectuales y sistemas formales de pensamientos.

El razonamiento inductivo es el proceso de hacer generalizaciones a partir de observaciones específicas. El razonamiento deductivo es el proceso de llegar a predicciones específicas a partir de principios generales.

Los dos sistemas de razonamiento son útiles como medio para comprender y organizar fenómenos, y tiene una función en el enfoque científico. La calidad de conocimientos que se obtienen por razonamiento inductivo depende en gran medida del carácter representativo de los ejemplos específicos utilizados como base para las generalizaciones.

El proceso de razonamiento mismo no brinda mecanismo alguno para valorar este requisito y no tiene posibilidades integradas para la autocorrección. Una fuente de nuevos datos; en cambio es un enfoque, para aclarar relaciones al pasar de lo general a lo específico.

Método Científico: el enfoque científico es el método más avanzado de adquirir conocimiento que haya logrado el hombre. El método científico combina características importantes de inducción y deducción, además de otras para crear un sistema de obtención de conocimientos que aunque falibles, en general es más confiable que la tradición, la autoridad, la experiencia o el razonamiento inductivo o deductivo por si mismos. Un aspecto importante que diferencia el enfoque científico de otros métodos de comprender es la capacidad para la autoevaluación.<sup>4</sup>

Es importante que el personal de enfermería conozca cuales son las fuentes de conocimiento humano que nos pueden proporcionar información de los hechos para realizar una investigación científica.

---

<sup>4</sup> DENISSE F. POLIT,PH.D. BERNADETTE P. HUNGLER, B S N tercera edición, investigación científica en ciencias de la salud, dirigido a médicos y enfermeras, administradores en salud

## ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

La administración de medicamentos es uno de los procedimientos que requiere mayor concentración y verificación en cada una de las acciones a desarrollar, un error en alguna de las acciones puede resultar fatal. La atención en salud requiere un entorno organizado, factores en la atención como el trabajo en equipo, la comunicación efectiva y el aprendizaje colectivo, juegan un papel determinante para lograr el éxito.

En el mundo diariamente mueren muchas personas por errores en la administración de medicamentos; por tal motivo se adopta una política de seguridad para el paciente la cual debe estimular e incentivar la ejecución de prácticas seguras en la administración de medicamentos.

Dentro de las formas de administración de fármacos, la vía parenteral es la más utilizada en el ambiente hospitalario, debido a que constituye la forma de administración de elección empleada cuando los medicamentos no pueden ser administrados por otras vías y especialmente cuando se requiere un efecto terapéutico rápido y preciso.

Las vías utilizadas dentro de la administración parenteral son:

- Intradérmica
- Subcutánea
- Intramuscular
- Intravenosa
- intraosea

### **INTRADÉRMICA (ID):**

El medicamento se inyecta en la dermis, inmediatamente debajo de la epidermis. La cantidad a administrar no debe ser mayor de 0.1 ml y la absorción es lenta. Tras la inyección debe aparecer una pequeña ampolla o roncha en el sitio de aplicación. Cuando se utiliza esta vía para pruebas de hipersensibilidad, el paciente puede sufrir

un shock anafiláctico severo. Esto requerirá la inmediata administración de adrenalina y otras técnicas de reanimación.

### **SUBCUTÁNEA (SC):**

El medicamento se inyecta en el tejido conjuntivo laxo situado debajo de la piel con aguja en un ángulo de 90° en cantidades que oscilan de 0,5 a 2 ml. Su utilización requiere la rotación de las zonas de punción para evitar abscesos o atrofia de la grasa subcutánea.

### **INTRAMUSCULAR (IM):**

El medicamento se inyecta en el tejido muscular. Los puntos de inyección varían de acuerdo con la cantidad máxima de administración; una inyección de 3 ml se considera segura en la mayoría de los casos.

Cuando se usa esta vía, se deben tomar en cuenta las siguientes consideraciones:

+ La zona de elección para la punción y el tamaño de la aguja dependerá del desarrollo muscular del paciente:

- Deltoides

- Dorso-glúteo

- Vasto Externo

+ Se debe aspirar siempre para comprobar que la aguja no ha pinchado en vaso.

### **ENDOVENOSA (EV)**

El medicamento se inyecta directamente en el torrente sanguíneo. Por esta vía los efectos del medicamento se originan más rápido, pero también puede acarrear mayores dificultades. El tipo, cantidad y velocidad de la perfusión están determinados por los requerimientos fisiológicos del paciente. Puede ser:

#### **1. INTRAVENOSA DIRECTA**

Caracterizada por la administración directa de los medicamentos a la vena, o a través de un punto de inyección del catéter o equipo de infusión. Dependiendo del

tiempo de duración de la administración, se denomina “bolo” si dura menos de un minuto e intravenosa lenta si dura de dos a cinco minutos.

## **2. INTRAVENOSA POR PERFUSIÓN**

### **a) Perfusión Intermitente:**

Se utiliza esta técnica en caso de que los medicamentos se inyecten a través de un equipo infusor directamente o disueltos en sueros de pequeño volumen. La duración de la administración oscila entre quince minutos a varias horas.

### **b) Perfusión Continua:**

Cuando el tiempo de infusión es continua (24 horas o más). Para ello se utilizan soluciones de gran volumen como diluyentes o bombas de infusión continua.

## **VIA INTRAOSEA**

La vía interósea es un acceso vascular de urgencia para la infusión de fármacos y líquidos.

Su utilización se basa en el hecho de que la cavidad medular de los huesos largos está ocupado por una rica red de capilares sinusoides que drenan a un gran seno venoso central, que no se colapsa ni siquiera en situación de PCR, pasando los fármacos y líquidos a la circulación general con una rapidez similar a como lo harían por cualquier otra vena periférica.

## **NORMAS GENERALES EN LA PREPARACIÓN DE PARENTERALES**

Los medicamentos inyectables pueden encontrarse dentro de dos tipos de recipientes de cristal: ampollas y viales.

a) Las ampollas son recipientes contenedores de forma generalmente cilíndrica y que se caracterizan por tener un cuello largo que presenta una constricción en su base. Constituyen un sistema cerrado que, una vez roto el cuello, pasan a ser un sistema abierto y el líquido se puede aspirar fácilmente.

b) Los viales son recipientes contenedores de forma cilíndrica que tienen un cuello corto coronado por un tapón de caucho resistente, y por fuera de este existe un capacete de aluminio que lo protege. Los viales constituyen un sistema cerrado por

lo que, para poder extraer sin dificultad su contenido, se debe de inyectar previamente en su interior, a través del tapón de caucho, un volumen de aire igual al volumen de la sustancia a ser extraída. Ambos recipientes tienen dimensiones y características especiales que dependen de la cantidad y tipo de sustancia que van a contener. Los medicamentos parenterales por tanto, pueden presentarse en forma líquida para una administración directa o en forma de polvo liofilizado ya sea suelto o prensado para ser mezclado con un disolvente. Es necesario, leer las instrucciones, con el fin de conocer el procedimiento que debe aplicarse para realizar la mezcla, la cantidad de disolvente requerida, la posibilidad de desechar o no parte de este, cuál es su composición, etc.

### **PROCEDIMIENTO DE CARGA DE UN MEDICAMENTO INYECTABLE A PARTIR DE UNA AMPOLLA**

- Golpear suavemente la parte superior de la ampolla, con el fin de que todo el contenido pase a la parte inferior del recipiente y colocar una gasa estéril alrededor del cuello de la ampolla para evitar posibles cortes.
- Sujetar la ampolla con la mano no dominante y con los dedos pulgar e índice de la otra mano, romper el cuello de la ampolla en dirección opuesta al operador.
- Insertar la aguja de la jeringa en el centro de la boca de la ampolla. Se debe evitar que la punta o el cuerpo de la aguja toquen el borde de la ampolla. Si ello sucede, es necesario desechar el material y reiniciar el procedimiento.
- Inclinar ligeramente la ampolla y aspirar el medicamento. Para movilizar el émbolo se debe utilizar las dos lengüetas que posee la jeringa.
- Una vez cargado el medicamento, sostener la jeringa con la aguja apuntando hacia arriba y golpear suavemente para favorecer el ascenso de las burbujas de aire que podrían haberse aspirado.
- Mover levemente hacia fuera el émbolo para asegurar que el líquido que puede haber quedado en la aguja, caiga al cuerpo de la jeringa.
- Empujar suavemente el émbolo hacia arriba para expulsar el aire, procurando que no se pierda el líquido.

- Cambiar la aguja de carga por la que se utilizará en el paciente. No se recomienda purgar la jeringuilla con esta última pues hay soluciones que al contacto con el metal, se cristalizan y obstruyen la aguja.

### **PROCEDIMIENTO DE CARGA DE UN MEDICAMENTO INYECTABLE A PARTIR DE UN VIAL CON CONTENIDO LÍQUIDO**

- Retirar la tapa metálica del vial y desinfectar con un agente apropiado la parte que queda expuesta.
- Cargar la jeringa con un volumen de aire equivalente al volumen de sustancia que se extraerá.
- Insertar la aguja por el centro del tapón de caucho e inyectar el aire en el vial sin dejar que el émbolo se retraiga. En este paso es necesario que el bisel de la aguja quede por encima del medicamento, evitando de esta manera la formación de burbujas y facilitando la extracción posterior del líquido.
- Tomar el vial con la mano no dominante y al mismo tiempo con la otra sujetar firmemente la jeringa y el émbolo.
- Invertir el vial y mantener la aguja en la misma posición con el fin de ésta quede cubierta por el líquido y se evite la aspiración de aire.
- La presión positiva del aire introducido llenará poco a poco la jeringa con el medicamento (la presión impulsa el líquido hacia la jeringuilla y desplaza el émbolo). De ser necesario utilizar el émbolo para lograr una extracción total.
- Retirar la aguja del tapón del vial. Al realizar esta maniobra la presión existente puede dejar escapar líquido. Para evitarlo, se debe tener la precaución de volver a colocar el vial en su posición original.
- Una vez extraído el medicamento el procedimiento de carga ha concluido.

### **PROCEDIMIENTO DE CARGA DE UN MEDICAMENTO INYECTABLE A PARTIR DE UN VIAL LIOFILIZADO**

- Realizar el mismo procedimiento de carga con el disolvente.
- Introducir el disolvente en el vial que contiene el medicamento liofilizado.

- Homogenizar la solución sin agitar la mezcla, excepto en aquellos casos en que el fabricante señale lo contrario. La agitación puede formar espuma y producir cambios que pueden modificar su farmacodinámica. El método empleado generalmente es la rotación del recipiente entre las palmas de las manos hasta completa homogenización.
- Cargar la solución reconstituida nuevamente en la jeringa para administración al paciente.

### **TABLA DE CONVERSIÓN:**

La Conversión de las dosis será:

Para convertir gramos a miligramos. Multiplique los gramos x 1000:

1 gramo = a 1000 mg.

10 gramos = a 10,000 mg.

Para convertir miligramos a gramos. Divida los miligramos entre 1000:

1000 mg. = 1 gramo.

10,000 mg. = 10 gramos.

Para convertir litros a mililitros. Multiplique los litros x 1000:

1 litro = a 1000 ml.

10 litros = 10,000 ml.

Para convertir mililitros a litros. Divida los mililitros entre 1000:

1000 ml. = 1 litro.

10,000 ml. = 10 litros.

### **Los 5 correctos:**

Paciente correcto

· Hora correcta

- Medicamento correcto
- Vía de administración correcta
- Dosis correcta

## **Medicamentos usados en el Servicio de Emergencia del Hospital Notti**

### **Midazolam**

#### **Mecanismo de acción**

Incrementa la actividad del GABA al facilitar su unión con el receptor gabaérgico.

#### **Indicaciones terapéuticas y Posología**

Sedación consciente antes y durante procedimientos diagnósticos o terapéuticos con o sin anestesia local.

#### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad a benzodiazepinas, miastenia gravis, insuf. respiratoria severa, síndrome de apnea del sueño, niños (oral), I.H. severa, para sedación consciente de pacientes con insuficiencia respiratoria grave o depresión respiratoria aguda.

#### **Advertencias y precauciones**

Niños, ancianos, insuf. respiratoria crónica, I.H., I.R., alteración de la función cardiaca, miastenia gravis. Riesgo de inducir amnesia anterógrada, reacciones psiquiátricas y paradójicas (más frecuentes en niños y ancianos). Después de un uso continuado hay riesgo de tolerancia, dependencia (física y psíquica). La interrupción brusca tras un uso continuado provoca síndrome de abstinencia. No usar en ansiedad asociada a depresión ni como tratamiento primario de enfermedades psicóticas. Precaución en pacientes sensibles pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad. Por vía parenteral utilización exclusiva en hospital con equipos de reanimación adecuados. Precaución extrema en recién nacidos y lactantes prematuros, riesgo de apnea. Evitar administración IV rápida en pacientes pediátricos con inestabilidad cardiovascular.

#### **Insuficiencia hepática**

Contraindicada en I.H. severa por riesgo asociado de encefalopatía. Precaución en I.H. leve-moderada, retraso en la eliminación.

### **Insuficiencia renal**

reducir dosis.

### **Interacciones**

Acción y toxicidad potenciada por: verapamilo, diltiazem, itraconazol, fluconazol, ketoconazol, eritromicina, claritromicina, roxitromicina, atorvastatina, nefazodona.

Toxicidad potenciada por: inhibidores de proteasa.

Disminución de concentración mínima alveolar de: anestésicos en inhalación (vía IV).

Acción potenciada por: antipsicóticos, hipnóticos, ansiolíticos/sedantes, antidepresivos, analgésicos narcóticos, antiepilépticos, anestésicos, antihistamínicos sedantes, antihipertensivos de acción central.

Efecto sedante potenciado por: alcohol.

Concentración plasmática disminuida con: rifampicina, carbamazepina/fenitoína, efavirenz, hierba de San Juan.

### **Embarazo**

No utilizar a menos que sea absolutamente necesario.

### **Lactancia**

Se excreta en pequeña cantidad en la leche materna. Se recomienda a las madres lactantes que no den de mamar durante 24 h después de la administración de midazolam.

### **Efectos sobre la capacidad de conducir**

Midazolam induce el sueño. Puede alterar la capacidad de reacción, dificultar la concentración y producir amnesia, especialmente al inicio del tratamiento o después de un incremento de la dosis. Asimismo, es posible que la somnolencia persista a la mañana siguiente de la administración del medicamento. No se aconseja conducir vehículos ni manejar maquinaria cuya utilización requiera especial atención o

concentración, hasta que se compruebe que la capacidad para realizar estas actividades no queda afectada.

### **Reacciones adversas**

Depresión respiratoria y apnea (IV), dolor punto de aplicación (IM), somnolencia, sedación prolongada, confusión, euforia, alucinaciones, fatiga, cefalea, mareos, ataxia, amnesia anterógrada, depresión, reacciones psiquiátricas y paradójicas. Convulsiones en lactantes y recién nacidos.

### **Sobredosificación**

Antídoto flumazenilo.

### **Diazepan**

El diazepam se usa para aliviar la ansiedad, los espasmos musculares y las crisis convulsivas, y para controlar la agitación causada por la abstinencia de alcohol, también se usa para tratar el síndrome de colon irritable y los ataques de pánico.

#### **Los efectos secundarios del diazepam son comunes e incluyen:**

- somnolencia (sueño)
- mareos
- cansancio
- debilidad
- sensación de sequedad en la boca
- diarrea
- malestar estomacal
- cambios en el apetito

### **Nalbufina (nubaina )**

Está indicado en el alivio del dolor moderado a severo. NUBAINA también puede emplearse como suplemento en la anestesia balanceada, para la analgesia pre y postoperatoria y para la analgesia obstétrica durante el trabajo de parto y el parto.

## **REACCIONES ADVERSAS**

Las reacciones adversas más frecuentes de la nalbufina incluyen sedación, mareos, vértigo, cefaleas, miosis, náusea/vómitos y xerostomía. Otras reacciones adversas observadas incluyen visión borrosa, calambres abdominales, dispepsia, mal sabor de boca, disnea, sofoclos, depresión respiratoria, asma y urgencia urinaria.

Los efectos adversos sobre el sistema nervioso central observados con la nalbufina incluyen nerviosismo, depresión, llanto, euforia, borrachera, hostilidad, pesadillas y confusión. Sin embargo, estos efectos han sido comunicados en menos del 1% de los pacientes. Estos efectos adversos están relacionados con las dosis.

Los fármacos de la clase de los agonistas/antagonistas opiáceos pueden tener un cierto potencial para inducir dependencia. Algunos pacientes han mostrado comportamientos consistentes con los cambios fisiológicos que provoca la adicción y el síndrome de abstinencia subsiguiente a la interrupción del tratamiento. Sin embargo, la posibilidad de dependencia es mucho menor que con la morfina. Los síntomas que acompañan al síndrome de abstinencia son náusea y vómitos, diarrea, tos, lacrimación, rinorrea, sudoración, y piloerección (carne de gallina). También puede producirse una elevación de la temperatura, de la frecuencia respiratoria y de la presión arterial. La posibilidad de abuso de nalbufina debe tenerse en cuenta en pacientes con historia de drogadicción o que sean emocionalmente inestables.

En menos del 1% de los pacientes, la nalbufina puede ocasionar efectos cardíacos: hipotensión, bradicardia sinusal, taquicardia sinusal, palpitaciones, hipertensión, hipotensión ortostática y síncope.

## **Lorazepan**

### **Mecanismo de acción**

Ansiolítico que actúa incrementando la actividad del ácido gamma-aminobutírico (GABA), un neurotransmisor inhibitor que se encuentra en el cerebro, al facilitar su

unión con el receptor GABAérgico. Posee actividad hipnótica, anticonvulsivante, sedante, relajante muscular y amnésica.

### **Indicaciones terapéuticas**

Tratamiento a corto plazo de todos los estados de ansiedad y tensión, asociados o no a trastornos funcionales u orgánicos. Alteraciones del comportamiento psíquico. Enfermedades psicosomáticas. Enfermedades orgánicas. Trastornos del sueño. Insomnio. Hiperemotividad. Neurosis.

Benzodiazepinas sólo están indicadas para el tratamiento de un trastorno intenso, que limita la actividad del paciente o le somete a una situación de estrés importante.

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad, miastenia gravis, síndrome de apnea del sueño, insuficiencia respiratoria severa, I.H. severa, tratamiento simultáneo con opiáceos, barbitúricos, neurolépticos.

### **Advertencias y precauciones**

Ancianos, I.R., I.H. leve o moderada, niños, insuficiencia respiratoria leve o moderada, dependencia de alcohol o drogas, glaucoma de ángulo cerrado. Riesgo de: amnesia anterógrada, reacciones psiquiátricas y paradójicas (más frecuentes en niños y ancianos). Después de un uso continuado hay riesgo de tolerancia, dependencia (física y psíquica). Interrumpir tratamiento si aparece angioedema en lengua, glotis o laringe. La interrupción brusca tras un uso continuado provoca síndrome de abstinencia. No usar en ansiedad asociada a depresión ni como tratamiento primario de enfermedad psicótica.

### **Interacciones**

Efecto sedante aumentado por: alcohol.

Efecto depresor potenciado con: neurolépticos, hipnóticos, ansiolíticos/sedantes, antidepresivos, analgésicos narcóticos, antiepilépticos, anestésicos, antihistamínicos sedantes y barbitúricos.

Actividad potenciada por: inhibidores del citocromo P450.

Concentraciones plasmáticas aumentadas y aclaramiento total disminuido con: valproato, probenecid (reducir al 50% la dosis)

## **Reacciones adversas**

Sedación, embotamiento afectivo, reducción del estado de alerta, fatiga, cefalea, somnolencia, sensación de ahogo, ataxia, diplopía, confusión, depresión, desenmascaramiento de depresión, mareos, astenia, debilidad muscular, reacciones psiquiátricas y paradójicas.

## **Sobredosificación**

Antídoto flumazenilo.

## **Adenosina**

La adenosina es un nucleósido constituido por adenina y ribosa que se utiliza por vía intravenosa para la conversión a ritmo sinusal de taquicardia supraventricular paroxística (TSVP), incluido la asociada al síndrome de Wolff-Parkinson-White.

**Mecanismo de acción:** la adenosina disminuye el tiempo de conducción a través del nodo A-V, interrumpiendo las vías de reentrada a través mismo y restaura el ritmo sinusal normal en pacientes con paroxística taquicardia supraventricular (TSVP), incluyendo la TSVP asociada con el Síndrome de Wolff-Parkinson-White. La adenosina es antagonizada competitivamente por las metilxantinas como la cafeína y la teofilina y potenciada por los bloqueantes del I transporte de nucleósidos como el dipiridamol. La adenosina no es bloqueada por la atropina.

La dosis intravenosa en bolo de 6 o 12 mg de adenosina generalmente no tiene ningún efecto hemodinámico sistémico. Cuando administran grandes dosis por infusión, la adenosina disminuye la presión sanguínea al reducir las resistencias periféricas.

## **REACCIONES ADVERSAS**

- Cardiovasculares: Enrojecimiento de la cara, cefalea , sudoración , palpitaciones , dolor torácico , hipotensión
- Respiratorias: Dificultad para respirar / disnea , presión en el pecho , hiperventilación, presión de la cabeza.

- Sistema Nervioso Central: mareo , sensación de hormigueo en los brazos, entumecimiento , aprensión, visión borrosa, sensación de ardor, pesadez en los brazos, el cuello y dolor de espalda .
- Gastrointestinales: náuseas , sabor metálico, opresión en la garganta, presión en la ingle.

Pancuronio bromuro (pavulon)

## **Grupo**

AGENTES UTILIZADOS EN ANESTESIA

## **Subgrupo**

RELAJANTES MUSCULARES PERIFÉRICOS

## **Acción Terapéutica**

Relajante muscular no despolarizante.

## **Efectos Adversos**

Ocasionalmente puede favorecer la liberación de histamina. Tiene efecto vagolítico.

## **Observación**

Debe utilizarse con precaución en enfermedades neuromusculares, miopáticas y en presencia de colestasis. Contraindicado en I.R. El bloqueo neuromuscular se prolonga con: aminoglucósidos, clindamicina, sulfato de magnesio, colistina, anestésicos inhalatorios, drogas que deplecionan potasio; disminuye con azatioprina y teofilina.

## **Epamin**

Está indicado en el tratamiento único o asociado de las convulsiones tónico-clónico primarias generalizadas y convulsiones parciales con o sin generalización secundaria.

## **Contra Indicaciones**

En pacientes que son hipersensibles a fenitoína u otras hidantoínas, bradicardia sinusal, bloqueo senoauricular, bloqueo A-V de I y II grado, síndrome de Stokes-Adams, insuficiencia hepática.

#### **Reacciones Adversas:**

**Neurológicas:** nistagmos, ataxia, disartria, confusión mental, somnolencia, insomnio, nerviosismo, diplopia, fatiga, irritabilidad, temor, depresión central.

**Cardiovasculares:** colapso cardiovascular, hipotensión arterial.

**Hematológicas:** anemia megablástica, trombocitopenia, leucopenia.

**Gastrointestinales:** náuseas, vómitos, diarrea o constipación, hepatitis tóxica.

**Otras:** adenomegalia, hiperplasia gingival, pseudolupus.

**Precauciones:** Realizar control periódico de los niveles séricos de fenitoína y de las pruebas de funcionalismo hepático. Pacientes con discrasia sanguínea, diabetes mellitus, disfunción hepática y/o renal, lupus erimatoso sistémico .

**Advertencias:** El retiro abrupto de Epamin en pacientes epilépticos puede precipitar el estatus epiléptico. En el caso de una alergia o reacción de hipersensibilidad, puede ser necesario una sustitución rápida con una terapia alternativa, por ejemplo una droga anticonvulsante no perteneciente a la clase química de las hidantoínas. EPAMIN puede inducir hepatotoxicidad aguda; en estos casos suspender inmediatamente la terapia y no administrar nuevamente. La ingesta alcohólica aguda puede aumentar los niveles séricos de EPAMIN, mientras el uso crónico alcohólico puede disminuir los niveles séricos. No administrar Epamin durante el embarazo o cuando se sospeche su existencia, ni durante la lactancia. En caso de ser imprescindibles el uso de Epamin por no existir otra alternativa terapéutica, suspender la lactancia materna.

## **Fenobarbital**

Barbitúrico de acción prolongada, hipnótico, anticonvulsivo y sedante.

#### **Mecanismo de acción**

Inhibe la transmisión sináptica mediada por GABA.

#### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad a barbitúricos. Intoxicación aguda por alcohol, estimulantes o sedantes. Administración de somníferos o analgésicos. Insuficiencia respiratoria grave. Porfiria. Depresión. I.R., I.H. Lesiones graves de miocardio, valorar riesgo/beneficio.

### **Advertencias y precauciones**

I.H., I.R., antecedentes de abuso de drogas. Niños, ancianos, pacientes con dolor agudo: excitación paradójica y confusión. Evitar ingesta de alcohol y depresores del SNC. Riesgo de depresión respiratoria, tolerancia y dependencia. Suspender gradualmente el tratamiento. Disminuye niveles de Ca y vit. D: en niños con tratamiento a largo plazo, suplementar con vitamina D<sub>2</sub> o D<sub>3</sub>. Aparición de ideación y comportamiento suicida (monitorizar).

### **Insuficiencia hepática**

Precaución. Valorar riesgo/beneficio. Usar dosis menores y monitorizar.

### **Reacciones adversas**

Reacciones cutáneas: si son graves, suspender tratamiento. Problemas de coordinación y equilibrio, somnolencia, artralgia. Vía IV: depresión respiratoria grave, apnea, laringoespasma, broncoespasma, HTA.

## **Morfina**

### **Mecanismo de acción**

Analgésico agonista de los receptores opiáceos  $\mu$ , y en menor grado los kappa, en el SNC.

### **Indicaciones terapéuticas**

- Sol. inyectable de morfina hidrocloreto al 1% o 2%: procesos dolorosos de intensidad severa; dolor postoperatorio inmediato; dolor crónico maligno; dolor asociado a IAM; disnea asociada a insuficiencia . ventricular izda. y edema pulmonar; ansiedad ligada a cirugía.

- Formas orales: tratamiento. prolongado del dolor crónico intenso; dolor postoperatorio.

### **Advertencias y precauciones**

Reducir dosis en ancianos, hipotiroidismo, I.R., I.H., insuf. adrenocortical o shock. Precaución en trastornos convulsivos, hipotensión con hipovolemia, historial de abuso de sustancias, enf. del tracto biliar, pancreatitis, enf. inflamatoria intestinal, hipertrofia prostática, estreñimiento crónico, trastornos urogenitales, asma crónica, estados con reserva respiratoria reducida (ej. cifoscoliosis, enfisema y obesidad severa), cor pulmonare, taquicardia supraventricular. La suspensión brusca provoca s. de abstinencia. Riesgo de abuso, dependencia y tolerancia. Vía parenteral, disponer de equipos de reanimación.

### **Reacciones adversas**

Confusión, insomnio, alteraciones del pensamiento, cefalea, contracciones musculares involuntarias, somnolencia, mareos, broncospasmo, disminución de la tos, dolor abdominal, anorexia, estreñimiento, sequedad de boca, dispepsia, náuseas, vómitos, hiperhidrosis, rash, astenia, prurito. Depresión respiratoria. Retención urinaria (más frecuente vía epidural o intratecal).

### **Sobredosificación**

Si hay depresión respiratoria administrar 0,4-2 mg naloxona IV; puede repetirse cada 2-3 min según respuesta hasta un total de 10-20 mg.

## **Dipirona**

### **Grupo**

ANALGÉSICOS-ANTIPIRÉTICOS-ANTIINFLAMATORIOS

### **Subgrupo**

ANALGÉSICOS - ANTIINFLAMATORIOS NO ESTEROIDEOS

### **Comentario de Acción Terapéutica**

Analgésico, antipirético. Dolor agudo debido a trauma o cirugía. Dolor cólico. Dolor por cáncer u otro dolor agudo severo o crónico en casos refractarios a otros analgésicos. Hiperpirexia resistente a otras drogas.

### **Efectos Adversos**

Agranulocitosis, anemia aplástica, reacciones cutáneas severas, hipotensión, broncoespasmo, náuseas, vómitos, mareos, cefalea, diaforesis, anafilaxia.

### **Observación**

Por V.O. como droga de 3ra línea después de paracetamol e ibuprofeno. Precauciones: < de 6 meses, asociada con heparina hay riesgo de sangrado, pacientes con hepatopatías. Contraindicaciones: porfiria, leucopenia, alergia a pirazolonas, síndrome hemorrágico.

## **Atropina**

### **Mecanismo de acción**

Estimula el SNC y después lo deprime; tiene acciones antiespasmódicas sobre músculo liso y reduce secreciones, especialmente salival y bronquial; reduce la transpiración. Deprime el vago e incrementa así la frecuencia cardiaca.

### **Indicaciones terapéuticas**

Síndrome del intestino irritable. Espasmos del tracto biliar, cólico uretral y renal, coadyuvante en radiografía gastrointestinal. Inducción a la anestesia. Arritmias cardiacas. Bradicardia. Intoxicación por inhibidores de colinesterasa, y organofosforados.

### **Reacciones adversas**

Sequedad de boca, visión borrosa.

## **Ibuprofeno**

### **Mecanismo de acción**

Inhibición de la síntesis de prostaglandinas a nivel periférico.

## **Indicaciones terapéuticas**

Artritis reumatoide (incluyendo artritis reumatoide juvenil), espondilitis anquilopoyética, artrosis y otros procesos reumáticos agudos o crónicos. Alteraciones musculoesqueléticas y traumáticas con dolor e inflamación. Tto. sintomático del dolor leve o moderado (dolor de origen dental, dolor posquirúrgico, dolor de cabeza, migraña). Dismenorrea primaria. Cuadros febriles.

## **Reacciones adversas**

Dispepsia, diarrea, náuseas, vómitos, dolor abdominal; erupción cutánea; fatiga o somnolencia, cefalea, mareo, vértigo.

## **Metoclopramida**

### **Mecanismo de acción**

Antagonista de receptores dopaminérgicos D<sub>2</sub> de estimulación quimioceptora y en el centro emético de la médula implicada en la apomorfina - vómito inducido. Antagonista de receptores serotoninérgicos 5-HT<sub>3</sub> y agonista de los receptores 5-HT<sub>4</sub> implicados en el vómito provocado por quimioterapia.

### **Indicaciones terapéuticas**

Tratamiento sintomático de náuseas y vómitos; trastornos funcionales de motilidad digestiva; preparación de exploraciones del tubo digestivo; prevención y tratamiento de náuseas y emesis provocada por radioterapia, cobaltoterapia y quimioterapia antineoplásica.

### **Contraindicaciones**

Hipersensibilidad. Hemorragia gastrointestinal, obstrucción mecánica o perforación gastrointestinal. Antecedente de discinesia tardía por neurolépticos o metoclopramida. Feocromocitoma. Combinación con levodopa (antagonismo mutuo), fenotiazinas, butirofenonas. Niños < 1 año por aumento del riesgo de reacciones extrapiramidales. Lactancia

### **Reacciones adversas**

Somnolencia, diarrea, astenia.

## **Adrenalina**

La adrenalina o epinefrina es un vasoconstrictor con actividad inotropa y cronotropa positiva y un broncodilatador e hiperglucemiante.

Se utiliza en emergencias en las que se requiere una respuesta de la actividad simpática: colapso circulatorio agudo, resucitación cardiopulmonar, broncoespasmo, reacciones anafilácticas, shock , hipotensión, hemorragias abundantes. También se usa para la reducción de la presión intraocular en el glaucoma simple y en la hipoglucemia por *shock* insulínico.

### **Efectos secundarios**

Puede causar vasoconstricción periférica, hipertensión, hemorragia cerebral, edema pulmonar, taquicardia, bradicardia refleja, arritmia cardíaca, angina y palpitaciones. En raras ocasiones se presenta mareo, anorexia, náusea y vómito.

No se administra en caso de hipersensibilidad a la epinefrina o a los simpaticomiméticos. No se debe usar en pacientes con insuficiencia coronaria, dilatación cardíaca, arterioesclerosis cerebral, glaucoma de ángulo cerrado o feocromocitoma.

## **Difenhidramina**

### **Mecanismo de acción**

Antihistamínico, anticolinérgico y con efecto antitusivo discreto.

### **Indicaciones terapéuticas**

Tto. de síntomas asociados a alergias por polen, animales, polvo u otros agentes.  
Tratamiento a corto plazo del insomnio.

### **Reacciones adversas**

Aturdimiento, somnolencia, anorexia, náuseas, vómitos, diarrea, estreñimiento, sequedad de boca, nariz y garganta, dificultad urinaria, visión borrosa, hipotensión.  
Uso prolongado: disminución de flujo salivar (caries y molestias bucales).

### **Sobredosificación**

En caso de efectos anticolinérgicos muy severos: fisostigmina IV.

Dexametasona

### **Mecanismo de acción**

Corticoide fluorado de larga duración de acción, elevada potencia antiinflamatoria e inmunosupresora y baja actividad mineralocorticoide.

### **Advertencias y precauciones**

Niños, ancianos, HTA, osteoporosis, situación de estrés (puede requerir aumento de dosis), evitar exposición a varicela o sarampión y reducción gradual de la dosis. Parenteral: colitis ulcerosa, diverticulitis, anastomosis intestinal reciente, úlcera péptica activa o latente, I.R. e I.H. (ajustar posología), miastenia gravis, efecto aumentado en hipotiroidismo o cirrosis, control en uso concomitante con antibióticos. En iny. articular ante posibilidad de proceso séptico instaurar tto. antimicrobiano; evitar iny. en lugar infectado o articulación inestable. Oral: diabéticos, monitorizar en insuf. cardíaca y con dosis altas el nivel plasmático de K, seguimiento oftalmológico cada 3 meses en tto. prolongado, puede ocultar signos y síntomas de infección existente o en desarrollo.

### **Reacciones adversas**

Disminución de la resistencia a infecciones, candidiasis orofaríngea, hiperglucemia, insuf. adrenocortical, polifagia, cataratas, retraso en cicatrización de heridas, reacción alérgica local, osteoporosis, fragilidad ósea, leucopenia, eosinopenia. Con dosis altas: s. de Cushing, sofocos, úlcera gástrica, hirsutismo, hiperpigmentación cutánea, esclerodermia. Con tratamiento prolongado: atrofia muscular, HTA, acné, amenorrea, disminución de crecimiento en niños, estados psicóticos, glaucoma. Además oral: linfopenia, poliglobulia, pseudotumor cerebral, epilepsia latente, incremento de espasmos en epilepsia manifiesta, empeoramiento síntomas úlceras corneales, facilitación de inflamaciones oculares, hemorragia gastrointestinal, pancreatitis, estrías rojas, atrofia, telangiectasias, fragilidad capilar, petequias, equimosis, dermatitis rosaceiforme, reacción hipersensibilidad, diabetes mellitus, aumento de peso, hipercolesterolemia e hipertrigliceridemia, retención de Na con

edema, incremento de excreción de K, riesgo aumentado de arterioesclerosis y trombosis, vasculitis, depresión, irritabilidad, euforia, psicosis, alteraciones del sueño.

## **Diclofenac**

Suprime la inflamación aguda y crónica, el dolor y la hipertermia en diversos modelos animales, y en éstos modelos, agregan, la droga se ha mostrado como más potente que la aspirina, el ibuprofeno, el naproxeno y la fenilbutazona, menos activo que el piroxicam y con una eficacia similar a la indometacina.

## **REACCIONES ADVERSAS**

Estimación de frecuencias: frecuentes >10%, ocasionales 1-10%, raros 0,001%-1%, casos aislados <0,001%.

- Tracto gastrointestinal. Ocasionales: dolor epigástrico, náuseas, vómitos, diarrea, calambres abdominales, dispepsia, flatulencia, anorexia. Raros: hemorragia gastrointestinal (hematemesis, melena, diarrea sanguinolenta), úlcera gástrica o intestinal con o sin hemorragia o perforación. Casos aislados: estomatitis aftosa, glositis, lesiones esofágicas, bridas intestinales en región diafragmática, trastornos del tracto intestinal bajo como colitis hemorrágica inespecífica y exacerbación de colitis ulcerativa o enfermedad de Crohn; estreñimiento, pancreatitis.
- Sistema nervioso central. Ocasionales: cefaleas, mareos, vértigo. Raros: somnolencia. Casos aislados: trastornos sensoriales, incluyendo parestesias, trastornos de la memoria, desorientación, insomnio, irritabilidad, convulsiones, depresión, ansiedad, pesadillas, temblor, reacciones psicóticas, meningitis aséptica. Órganos sensoriales especiales. Casos aislados: trastornos de la visión (visión borrosa, diplopía), alteración de la capacidad auditiva, tinnitus, alteraciones del gusto.
- Piel. Ocasionales: erupciones cutáneas. Raros: urticaria. Casos aislados: erupciones vesiculares, eccemas, eritema multiforme, síndrome de Stevens-Johnson, síndrome de Lyell (epidermólisis tóxica aguda), eritrodermia (dermatitis exfoliativa), caída del cabello, reacción de fotosensibilidad, púrpura, inclusive púrpura alérgica.

- Riñones. Raros: edema. Casos aislados: fallo renal agudo, trastornos urinarios, tales como hematuria, proteinuria, nefritis intersticial, síndrome nefrótico, necrosis papilar.

## Ranitidina

### **Mecanismo de acción**

Antagoniza los receptores H<sub>2</sub> de la histamina de las células parietales del estómago. Inhibe la secreción estimulada y basal de ácido gástrico y reduce la producción de pepsina.

### **Reacciones adversas**

Aumenta complicaciones infecciosas por infección generalizada en pacientes en estado crítico (comparado con sucralfato). Poco frecuentes: dolor abdominal, diarrea, estreñimiento, náuseas, vómitos, calambres abdominales.

## Salbutamol

### **Mecanismo de acción**

Agonista selectivo  $\beta_2$  -adrenérgico del músculo liso bronquial, proporciona broncodilatación de corta duración en obstrucción reversible de vías respiratorias. Con poca o ninguna acción sobre receptores  $\beta_1$  -adrenérgicos del músculo cardíaco.

### **Indicaciones terapéuticas y Posología**

- Prevención y tratamiento sintomático del broncoespasmo en asma bronquial y en otros procesos asociados a obstrucción reversible de vías respiratorias
- Alivio del broncoespasmo severo y tratamiento del "status asmaticus".

### **Reacciones adversas**

Temblor, cefalea, taquicardia, palpitaciones, calambres musculares.

### **Sobredosificación**

Bloqueantes  $\beta$ -adrenérgicos cardioselectivos como propranolol o practolol, con precaución por riesgo de broncoespasmo en sujetos sensibles.

## Dextrosa

Carbohidrato,Indicado en hipoglucemia

## Lidocaína

Antiarritmico, indicado en taquicardia de complejo ancho y secuencia de intubación rápida

## Oxigeno

Gas, indicado ante hipoxia, shock, traumatismo, paro cardiaco secuencia de intubación, dificultad respiratoria etc.

# PROTOCOLO DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

## ENDOVENOSOS

La forma de presentación del fármaco suele indicar el método de administrarlo. Los medicamentos se distribuyen en diferentes presentaciones y cada una suele requerir un tipo específico de preparación. Algunos pueden administrarse en diversas formas lo cual, entonces, se especifica en la etiqueta del medicamento.

Con mayor frecuencia, la presentación de un fármaco solo debe administrarse solo por una vía y si es necesario utilizar otra se necesitara una presentación diferente.<sup>5</sup>

Para la administración segura de medicamentos es necesario conocer la anatomía y fisiología a si mismo el fármaco y las razones por las que se prescribe. Cuando se administra medicamentos por la vía intramuscular o subcutánea. Es particularmente importante conocer la anatomía y fisiología. En la primera pueden lesionarse grandes vasos sanguíneos y nervios si se punciona accidentalmente.

El conocimiento del fármaco y sus efectos también ayudan a proteger contra la administración de medicamentos que pudieran dañar a un paciente. Por ejemplo: si la frecuencia respiratoria de un enfermo es muy baja (digamos 10/min.).

Quizás este contraindicada la morfina que puede deprimirla más. Este conocimiento contribuye a las observaciones inteligentes de la enfermera para ayudar a valorar la eficacia del medicamento y los cuidados de enfermería.

Precauciones generales en la administración de medicamentos: en la mayor parte de las instituciones de salud la administración de medicamentos es una función de Enfermería. En algunos hospitales la enfermera administra todas las inyecciones intravenosas, pero en otros el medico se responsabiliza de medicamentos específicos, como la ergotamina, que se utiliza para contraer el útero. Varía mucho las normas en cuanto a la administración de medicamentos por parte de la enfermera, pero antes que administre cualquier fármaco, debe comprobar que su acción no perjudique al paciente. Una base importante para la práctica segura de la Enfermería son los conocimientos

---

<sup>5</sup> Du Gas Beverly Witter tratado de enfermería practica B.W Du Gas . cuarta edición , prevención y control de enfermedades

La administración endovenosa de fármacos y fluidos es una de las formas terapéuticas más ampliamente utilizadas en la práctica clínica. Es por ello que es fundamental estandarizar la correcta realización de los procedimientos involucrados, para asegurar así una atención de calidad en los cuidados que se entregan a los pacientes en forma eficiente y segura.

- Acceso venoso periférico: abordaje a una vena superficial de localización extraaponeurótica, generalmente en las extremidades superiores siendo más excepcional las extremidades inferiores en los adultos que en neonatos.
- Catéter venoso central: dispositivo intravascular más ampliamente usado. Se inserta en forma percutánea, a través de un acceso venoso central (vena subclavia, yugular o femoral).
- Catéter venoso periférico: cánula flexible en condiciones de esterilidad, para la administración de medicación endovenosa, nutrición, hemoderivados y extracción sanguínea, garantizando la permeabilidad de una vía de acceso venosa periférica.
- Circuito cerrado: sistema de conexiones (fleboclisis, llave de tres pasos, alargadores y tapas), siempre cubierto y hermético.
- Fleboclisis: terapia endovenosa que consiste en la administración de una solución por vía parenteral con la finalidad de restituir el volumen de líquidos y/o electrolitos, realizar suplementación nutricional, administrar terapia medicamentosa o transfundir productos sanguíneos.
- Insumos para la administración de medicamentos: jeringas, equipo de perfusión, bomba de infusión continua, soluciones parenterales, mariposa o

catéter endovenoso, agujas para cargar fármacos, llaves de tres pasos, tapas obturadoras).

- Infusión endovenosa directa: administración de un medicamento directa en forma de bolos, ya sea solo o diluido.
- Infusión endovenosa intermitente: es la administración de un medicamento diluido en un volumen pequeño de solución intravenosa y en un tiempo limitado.
- Infusión endovenosa continua: el medicamento se administra diluido en un suero, según indicación médica, en un tiempo superior a 4 horas; generalmente se utilizan bombas de infusión.
- 5 correctos: permiten al personal de salud que va a administrar una medicación, seguir algunas precauciones estándares, para evitar o minimizar al máximo la posibilidad de error. Estos son: paciente correcto, medicamento correcto, dosis correcta, vía correcta y hora correcta.
- IAAS: Infecciones Asociadas a la Atención en Salud.
- PCI: Programa de Control de Infecciones.

## Responsabilidad

- De supervisión y control de la aplicación

Será responsabilidad del equipo de gestión de calidad y de control de infecciones la aplicación y monitoreo del cumplimiento de este protocolo.

- De la aplicación

- Médico: Indicación del medicamento o Solución a administrar. Administración de medicamentos según corresponda.
- Enfermera(o): Administración de medicamentos o solución según indicación médica. Supervisión de funciones de administración de medicamentos delegadas.

## **Normas generales de administración de medicamentos endovenosos**

- Todo medicamento debe ser preparado de área limpia definida en cada servicio o unidad clínica del hospital.
- Cada vez que se realice preparación de medicamentos endovenosos para diferentes pacientes se debe rotular jeringa correspondiente con nombre de paciente, medicamento y dosis para evitar error en la administración.
- Se debe rotular todo matraz con fecha, medicamento adicional si corresponde, dosis, hora de preparación.
- De producirse error en la administración de medicamentos endovenosos se debe informar de forma inmediata a medico de turno y realizar notificación de evento adverso el cual debe ser enviado a Jefe de Servicio.

## **Procedimiento**

A la hora de administrar una medicación se debe de actuar sistemáticamente, cumpliendo una serie de pasos: reunir el material necesario, preparar el medicamento, elegir el lugar de inyección y administrar el medicamento.

- Reunir el material necesario
  - Guantes de procedimientos.
  - Riñonera o bandeja.
  - Insumos para administración de medicamentos.
  - Tórundas secas.
  - Alcohol al 70%.
  - Tela adhesiva.
  - Fármacos.

## **Preparación del medicamento**

- Lavado clínico de manos.
- Retirar tapa protectora del frasco ampolla, desinfectar con alcohol 70% el tapón de caucho, reconstituir de ser necesario (liofilizados).
- Limpiar con alcohol 70% el extremo superior de la ampolla (si corresponde)

- Cargar la jeringa con la dosis necesaria según indicación.
- Introducir el medicamento en el suero o si se trata de infusión continua o intermitente.
- Conservar la asepsia de las zonas estériles (en este caso el tapón de caucho y la aguja de la jeringa).

a) Para infusión continua o intermitente:

- Desinfectar tapa de matraz con alcohol a 70%.
- Cortar tapa con tijera exclusiva para este uso.
- Retire excedente del matraz (aprox. 10%)
- Sacar equipo de infusión (macrogoceo, microgoceo).
- Cerrar la llave tipo roller del sistema de perfusión.
- Retirar la tapa protectora del punzón y NO tocar el punzón en ningún momento.
- Conectar el sistema de perfusión al matraz firmemente.
- Invertir el matraz y colocarlo en el soporte de suero.
- Presionar la cámara de goceo con los dedos para que se llene hasta 1/3-1/2 de su capacidad. Si no hacemos esa presión y dejamos que se rellene por gravedad, lo que entrará en el sistema será la solución a perfundir junto con aire.
- Abrir la llave tipo roller más o menos hasta la mitad para cebar equipo de perfusión (la capacidad volumétrica de éste es de 10 cc). Una vez que esté lleno de líquido, cerrar la llave.

En la aplicación de medicación por goceo intravenoso, además de preparar la sustancia a administrar, hay que calcular la velocidad de perfusión. Para ello se debe de tener en cuenta que:

$$1 \text{ ml} = 1 \text{ CC} = 20 \text{ GOTAS} = 60 \text{ MICROGOTAS}$$

A partir de aquí podemos hacer el cálculo de la velocidad de perfusión mediante reglas de tres o aplicando directamente la siguiente fórmula:

**Nº GOTAS/MINUTO =**

Volumen a administrar en CC x 20 GOTAS  
Tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos

**Nº MICROGOTAS/MINUTO =**

Volumen a administrar en CC x 60 MICROGOTAS  
Tiempo en el que tiene que pasar la perfusión expresado en minutos

b) Para infusión endovenosa (EV) directa:

- La administración EV directa de medicamentos se puede realizar: directamente a la vena o a través del punto de inyección del equipo de perfusión, por un catéter intravenoso obturado.
- Se debe asegurar el correcto lavado del sistema después de cada dosis, para asegurar la administración completa del fármaco, teniendo precaución en pacientes con restricción de volumen.
- En la administración EV directa, o bolo el vehículo junto con el medicamento, se sitúa en una jeringa y se infunde en un corto período de tiempo (1-5 minutos). Este tiempo puede variar según la naturaleza de los fármacos, y cada fabricante suele dar unas recomendaciones de tiempo de perfusión.

### **Elegir el lugar de inyección**

Catéter venoso periférico o central, acceso venoso periférico, según corresponda.

### **Administración del Medicamento**

- Informar al paciente el procedimiento a efectuar (si el estado del paciente lo permite).
- Verificar los 5 correctos.
- Lavado clínico de manos.
- Utilice guantes de procedimientos.

- Desinfecte el puerto de administración (tapón y/o conexión dispuesta para estos fines). Utilice algodón con alcohol 70%.
- Comience la administración del medicamento de forma lenta según instructivo del fármaco, observando siempre el estado del paciente para evaluar cambios y/o reacciones adversas.
- Posterior a la administración de medicamento realice lavado del sistema.
- Deseche material.
- Lávese las manos.
- Registre en la unidad clínica (medicamento, dosis, hora de administración, responsable).

**Recomendaciones:** Durante la administración de todo medicamento, tener en consideración los parámetros vitales del paciente. Ante cualquier deterioro de la condición del paciente detenga la administración e informe de inmediato a médico.

## SEGURIDAD DEL PACIENTE

La seguridad de los pacientes se constituye en una prioridad en la gestión de calidad del cuidado que se brinda. De ahí la importancia de reflexionar sobre la magnitud que tiene el problema de eventos adversos, para prevenir su ocurrencia y progresar en acciones que garanticen una práctica segura. Se trata de un compromiso que debe ser de todas las instituciones formadoras del talento humano, profesionales, prestadoras de servicios de salud y de la comunidad para un cuidado seguro y de calidad.<sup>6</sup>

Para alcanzar la seguridad de los pacientes, la OMS ha ejercido un liderazgo proactivo en el interés por el mejoramiento del funcionamiento de las instituciones de salud. En este sentido, nuestro país ha dado respuesta a esta iniciativa emprendiendo acciones y fundamentado en un marco legal, en procesos de habilitación de las entidades prestadoras de servicios de salud, con el fin de garantizar a la población una atención de calidad.

Los profesionales en Enfermería al aplicar el Proceso de Atención en Enfermería para proveerle seguridad al paciente deben determinar en la fase de valoración los siguientes aspectos:

- La edad del paciente y su capacidad para defenderse por sí mismo.
- El nivel de conciencia del paciente, en particular orientación en tiempo, lugar y con las personas; la capacidad para concentrarse y elaborar juicios, capacidad para asimilar varias informaciones simultáneamente; capacidad para percibir con exactitud la realidad. Tener en cuenta a pacientes cuyo juicio se encuentra alterado por medicamentos tipo narcóticos.
- Factores relacionados con el tipo de vida, como el comportamiento arriesgado y el uso de dispositivos de seguridad.
- Alteraciones sensitivas, de la vista, el olfato, el oído, el tacto o el gusto.

---

<sup>6</sup> Seguridad de los pacientes ,un compromiso de todos para un cuidado de calidad, salud uninerte, Barramquilla,Colombia 2007.

- Condiciones de la movilidad. Personas con debilidad muscular, alteraciones del equilibrio, parálisis; los que requieren asistencia para moverse; los débiles a consecuencia de enfermedades o cirugías
- Estado emocional que obstaculice la percepción de riesgos ambientales. Personas ansiosas, deprimidas que presentan disminución de la capacidad de percepción o que reaccionan con más lentitud a los estímulos.
- Capacidad de comunicarse. Los pacientes con afasia o con dificultades para el lenguaje pueden no interpretar mensajes de seguridad.
- Accidentes previos y predisposición a padecerlos.

En una gestión de calidad, los profesionales de salud para lograr la seguridad de los pacientes deben actuar :

- Brindando un trato adecuado al paciente, evitando la violencia que se percibe en la práctica cotidiana.
- Participando activamente en la evaluación de la seguridad y calidad de los cuidados en la práctica.
- Asegurando canales de comunicación eficientes con los pacientes y entre los profesionales mismos.
- Comunicando a los pacientes de los riesgos posibles.
- Informando de los eventos adversos a autoridades competentes.
- Aprendiendo de las lecciones que se derivan del análisis de los errores, para asegurar a los pacientes la lealtad y confianza a los servicios de salud.
- Creando espacios de ampliación en la práctica profesional.
- Mejorando la notificación de eventos adversos.

Al mismo tiempo, las instituciones prestadoras de salud deben velar por la calidad del servicio que ofrecen para la eficaz reducción de desenlaces adversos:

- Manteniendo en niveles de formación y en número adecuados el talento humano.

- Buscando el mejoramiento continuo del sistema de prestación de cuidados, evitando culpar personas.
- Velando por la operatividad de programas de lucha contra las infecciones.
- Normalizando políticas y protocolos de atención, guías de manejo para evitar basarse en la memoria.

Y pensando en los pacientes y la comunidad resulta importante involucrarlos en el asunto de su propia seguridad, y por ello deberán:

- Preguntar si tienen dudas, temores, sino entienden.
- Prestar atención al cuidado que reciben.

Saber qué medicamentos deben tomar y por qué. Asegurarse de que están recibiendo el tratamiento prescrito. No asumir nada.

- Estudiar su diagnóstico, los exámenes que requieren y su plan de tratamiento.
- Participar en todas las decisiones con respecto a su tratamiento.

### **Detección de riesgos**

Los errores pueden clasificarse según su evitabilidad, las actividades de prevención van siempre dirigidas a minimizar la exposición a los riesgos en el caso de los riesgos inevitables y a la prevención en el caso de los evitables. Por otro lado la mayoría de los errores evitables en organizaciones complejas están relacionados más con el sistema que con fallos individuales.

La creación de sistemas de registro y notificación de problemas de seguridad constituyen una estrategia clave para aprender de los errores y evitar su recurrencia en el contexto de la mejora continua.

No hay unanimidad sobre cual es el sistema de notificación ideal. Pueden cumplir dos funciones: se pueden orientar hacia garantizar la responsabilidad social (de tal forma que los proveedores rindan cuentas sobre la seguridad de su práctica) o, de forma alternativa o complementaria, para que los proveedores proporcionen información útil sobre la mejora de la seguridad.

Los sistemas que se enfocan hacia la mejora de la seguridad son los sistemas de carácter voluntario. Se centran en los incidentes (donde no ha habido daño) o en errores que han producido daño mínimo. Su objetivo principal es identificar áreas o elementos vulnerables del sistema antes de que se produzca el daño en los pacientes y formar a los profesionales sobre lo aprendido con el análisis de múltiples casos .

Los profesionales sanitarios implicados en la práctica diaria son los idóneos para la detección de los problemas, pero deben contar con el apoyo de expertos en la metodología a aplicar en su análisis que además difundan los conocimientos necesarios para poner en marcha los programas.

El temor a la responsabilidad individual puede ser un obstáculo importante a la declaración efectiva de los efectos adversos y por tanto llevar a un desconocimiento de la verdadera magnitud de los problemas por la propia organización, impidiendo así adoptar medidas correctoras. Deben tomarse medidas, incluidas las legislativas, que eviten que ésto suceda. En este sentido se están dando los primeros pasos en varios países para modificar la legislación.

Los sistemas de registro y notificación no pretenden ser una estimación de la frecuencia de efectos adversos e incidentes en el sector sanitario, sino una forma de obtener información sobre la cascada de acontecimientos que llevan a su producción.

Los efectos adversos son el vértice de una pirámide cuya base son los incidentes compartiendo unos y otros las mismas causas, por lo que el aprendizaje del análisis de las causas de los incidentes es también útil para la prevención de los efectos adversos

Para aumentar la confianza de los profesionales hacia los sistemas de notificación y potenciar su uso deben garantizar la protección de los datos y que no se revelan públicamente, que nunca se deriven represalias, orientado más a sistemas que a la práctica individual y que se perciba su utilidad

## **Estrategias de actuación-tratamiento**

Los sistemas deben diseñarse para prevenir los errores, facilitar su detección y permitir que si se producen provoquen el menor daño posible.

Las estrategias para mejorar los procesos y reducir los errores pueden clasificarse en cuatro grupos:

1. *Reducir la complejidad.* La complejidad causa errores y aunque algunos procedimientos diagnósticos y tratamientos, así como casos individuales son complejos en si mismos, en otras ocasiones es posible la simplificación. Diferencias en las dosis o formas de administración de medicamentos, diferencias en la organización de las unidades de un mismo hospital, dependen en muchas ocasiones más de preferencias personales que de evidencias científicas. Por otra parte la organización del hospital en "compartimentos" poco cohesionados provoca que la asistencia no sea lo integral y estructurada que desearíamos. Este tipo de organización favorece la aparición de efectos adversos.

2. *Optimizar la información.* Evitar en lo posible que la asistencia dependa de la memoria de los profesionales y utilizar protocolos, vías clínicas, checklists, etc.

3. *Automatización.* La utilización de tecnologías como la prescripción electrónica asistida, automatizar la preparación de medicación, dispensadores de medicación, pueden ser de utilidad. No obstante siempre debe considerarse la automatización de procesos y la incorporación de nuevas tecnologías no como un fin en sí mismo, el objetivo es la mejora del proceso, usar la tecnología para facilitar el trabajo del personal no para sustituirlo.

4. Implantar las innovaciones con las mayores precauciones pues son períodos en los que los errores pueden producirse con más facilidad.

Las recomendaciones siguientes se desprenden del análisis de los informes internacionales:

- Establecer un enfoque consistente para conseguir liderazgo, investigación, herramientas y protocolos para potenciar el conocimiento sobre la seguridad de los pacientes.

- Identificar los problemas de seguridad y aprender de ellos mediante sistemas de registro y notificación de carácter obligatorio o voluntario
- Formular estándares de mejora de la seguridad por parte de gobiernos, organizaciones, sociedades científicas y profesionales.
- Implementar prácticas seguras en los niveles de la prestación asistencial.

Para desarrollar estas recomendaciones se pueden desplegar diferentes estrategias concretas como por ejemplo la formación de profesionales, la detección precoz y sistemática de riesgos en las áreas de atención al paciente, el análisis de los casos en los que se ha producido un evento adverso, la comunicación con los pacientes para que mejoren su conocimiento sobre su propia seguridad y el registro y notificación de eventos adversos, entre otras.

Entre las recomendaciones aceptadas como eficaces para disminuir estos y otros riesgos estarían, junto al rediseño de procesos: Garantizar la identificación inequívoca de los pacientes. Impulsar la historia clínica electrónica. Implantar la prescripción electrónica asistida. Estrategias para evitar las discrepancias no intencionadas con la medicación habitual al inicio de la hospitalización.

Se considera que los sistemas informáticos de prescripción médica son una de las principales medidas para mejorar la seguridad del paciente. Permite eliminar muchos problemas asociados con la prescripción manual como órdenes ilegibles, dosis inadecuadas, o prescripciones incompletas, obteniéndose disminuciones en los errores médicos del 55 al 80 %. Sin embargo no se ha demostrado que estos sistemas disminuyan la mortalidad, aunque parece evidente la reducción de errores menos graves. Obviamente no todos los sistemas son iguales y muchos incorporan sistemas de ayuda que incrementan su eficacia.

## **RELACION ENFERMERO PACIENTE**

Una relación es un vínculo entre dos o más personas para un logro de objetivos.

El rol que juega un enfermero/a es de cuidar ayudar y mantener la salud comprendiendo al propio paciente en su dolor, respetando cada creencia que tiene el paciente; el enfermero/a reconoce, defiende y respeta la conciencia moral en su autonomía. Aceptando al otro como es sin distinción de raza, sexo y religión.

La comunicación terapéutica es más que comunicarse con el paciente dentro del rol profesional de enfermería: es la base de la enfermería. Para cualquier cuidado o intervención lo principal es establecer y mantener una relación de ayuda que sea eficaz y terapéutica en todo momento.

Al crear una relación terapéutica, creamos el espacio, el país, el lenguaje, en el cual se pueden empezar a llevar a cabo todas las otras intervenciones enfermeras que se han aprendido. Toda palabra, toda mirada, todo pensamiento que tiene el profesional de enfermería hacia el paciente, necesita tener como objetivo crear esta relación terapéutica tan importante.

La relación terapéutica, denominada también de ayuda o relación cara a cara, es aquella que se establece entre el paciente y la enfermera en los diferentes ámbitos en los que ésta desarrolla sus actividades (intra hospitalario y extra hospitalario). El establecimiento de una relación de ayuda es fundamental para el cuidado emocional de la persona y familia. A veces la ayuda que nosotros podemos ofrecer es limitada, a causa de eventos sobre los que no se tiene ninguna posibilidad de control o por las propias características de la patología.

## RELACION ENFERMERO PACIENTE EN LA GUARDIA PEDIATRICA

La integración entre comunicación y cuidado pasa por el cuidar expresivo por ser este cognitivo-afectivo e incentivador permitiendo al paciente luchar y utilizar sus sentidos a través de la relación persona-persona y sus lenguajes verbales y no verbales. El cuidar por gestos y palabras permite al enfermero analizar e interpretar los mensajes para establecer la terapéutica de resolución de las necesidades afectadas.

La importancia de la relación en el cuidado de enfermería está constituida por la esfera subjetiva cuando se refiere a sensibilidad, creatividad, intuición, vivencia, relación y expresiones afectivas. En la esfera objetiva hay desarrollo de técnicas, procedimientos y acciones instrumentales.

Por tanto, en el momento del cuidado las dos caras se manifiestan cuando la enfermera identifica lo que será necesario tales como condiciones materiales, equipamientos, condiciones naturales además de asegurarse de sus propias condiciones personales para realizar la acción. Esto incluye la disponibilidad, la acogida y el respeto. Este inicio de la acción de cuidar involucra la comunicación con el paciente por medio de palabras, gestos, postura y hasta incluso el silencio.<sup>7</sup>

Estos juicios permiten entender que la relación interpersonal enfermera-paciente atraviesa por matices de la comunicación y del cuidado: abarca el cuidado orientado para procedimientos, técnicas de fundamentos de enfermería y conocimiento científico (cuidado instrumental), lo que se presenta por una comunicación objetiva; e incluye el cuidado orientado a las cuestiones subjetivas, sentimentales y emocionales (cuidado expresivo) que se manifestó a través de una comunicación afectiva, la cual definimos por un lenguaje en que los sentimientos de los sujetos involucrados pasan por un intercambio de mensajes.

La comprensión de la acción comunicativa posibilitó observar durante el ejercicio profesional en Unidad de Urgencias 24h, que, al principio, el cuidado de enfermería está directamente articulado con el factor “tiempo”. Esto porque ese escenario exige la profesional agilidad y dominio de procedimientos técnicos, cara a la inmediatez de

---

<sup>7</sup> Rocha Oliveira , Thalita Faria Simoes, Mara Sonia, La comunicación enfermera cliente en el cuidado de las urgencias 24 hs

resultados impuestos por situaciones de urgencias y emergencias, así como excesivo número de atenciones/día.

En emergencia, el tiempo tiene fundamental importancia en las relaciones establecidas, ya que por un lado el paciente exige que sus necesidades sean atendidas prontamente y por otro los profesionales precisan atender las demandas del paciente, ser rápido e inmediato como preconizan las normas de la institución.

Podemos plantear como objetivos el caracterizar la comunicación enfermera-paciente en el cuidado de enfermería en Urgencias 24h y discutir los aspectos de la comunicación y de la relación interpersonal enfermera-paciente en el cuidado en Urgencias 24h a la luz de la teoría interaccionista de Joyce Trevelbee.

La lectura de la obra “Intervención en enfermería psiquiátrica: el proceso de la relación de persona a persona” de la teórica de enfermería Joyce Trevelbee, publicada en 1979 evidenció la adherencia de los conceptos y presupuestos de la teoría interaccionista con el escenario de emergencia al aclarar que la enfermería es un proceso interpersonal y que la comunicación posibilita la expresión de sentimientos, valores y significados necesarios para que la enfermera cumpla uno de los objetivos de la relación persona-persona, que es el de ayudar a los individuos a enfrentar la experiencia de la enfermedad.

Se divide en tres categorías:

- la comunicación revelada en el cuidado de enfermería
- la comunicación enfermera-paciente en los espacios de cuidado de la Unidad de Urgencias 24h
- aspectos de la relación interpersonal enfermera-paciente en la Unidad de Urgencias 24h.

## **La comunicación revelada en el cuidado de enfermería**

Esta categoría reveló que la comunicación es percibida por la enfermera como esencialidad del cuidado de enfermería y de la interacción y como instrumento para alcanzar el sentimiento de confianza.

En la primera hay el reconocimiento de las enfermeras de que la comunicación y el diálogo son fundamentales para desarrollar una acción de cuidado y establecer la relación enfermera-paciente.

La comunicación en sus aspectos verbales y no verbales es uno de los instrumentos básicos de la práctica de enfermería así como la destreza, la habilidad manual, el conocimiento científico, la observación, la creatividad, entre otros, pues permiten a la enfermera interactuar, relacionarse e implementar el cuidado de enfermería. La comunicación posibilita a la enfermera delimitar las metas de intervención y cumplir los objetivos de la enfermería como la oferta de ayuda. Y para ello, la enfermera debe dar énfasis a la habilidad de comunicarse y mantener una comunicación significativa. Así, la habilidad para comunicarse con otros seres humanos, de entender y ser entendido constituye una capacidad interpersonal esencial.

El desarrollo de habilidades en comunicación conduce también a una acción cuidativa amplia, ya que promueve el perfeccionamiento del saber-hacer profesional, colaborando con la calidad de las relaciones que se establecen.

En el escenario de emergencia, la enfermera precisa estar atenta a las diferentes formas de comunicación no verbal, pues muchos pacientes que llegan a la unidad presentan condición clínica desfavorable para la comunicación verbal. La enfermera en ese momento necesita observar lo que la expresión facial y el cuerpo manifiestan como señales y síntomas, a fin de evaluar el cuadro clínico objetivo y subjetivo e instituir el cuidado adecuado.

Así, una entrevistada indica que el cuidado surge a partir de la percepción y observación del otro, del conocimiento de las necesidades de quien procura ayuda y ello favorece que la enfermera esté atenta a las señales verbales y no verbales.

Cuando la enfermera establece la relación a través de la comunicación cumple la finalidad del cuidado, pues en cualquier ambiente asistencial la comunicación verbal y no verbal están presentes, así como la interacción de los sujetos.

En este estudio, la comunicación es percibida por la enfermera como instrumento para alcanzar el sentimiento de confianza y de vínculo en la relación enfermera-paciente como se indica en las siguientes palabras.

Cuando se comienza a desarrollar el diálogo con este paciente, se pasa a ver que el paciente pierde aquel grado de ansiedad, aquel recelo y pasa a tener más confianza en usted.

En general, en este ambiente los pacientes se encuentran tensos, temerosos y frágiles ante lo desconocido, la inesperada transición de un estado saludable a la proximidad con la muerte puede afectar el equilibrio emocional de pacientes y familias.

La aplicación de la teoría interaccionista en Unidad Neonatal permitió la observación de un cuidado de enfermería considerando la inclusión de los sujetos, el conocimiento del otro y la oferta de apoyo y confianza, lo que facilita la aproximación paciente-enfermera.

Transmitir confianza es expresión definida como el acto de ayudar al individuo a recuperar un estado de seguridad perdido. La enfermera que transmite confianza abre nuevos caminos de comunicación, es una persona sensible, sabe lo que decir y cuándo decirlo, se mantiene en silencio y utiliza formas no verbales para transmitir su interés. Además, la enfermera que se preocupa y hace todo lo posible para ayudar al enfermo es la persona que tiene mayor probabilidad de exhibir un comportamiento tranquilizador.

La entrevistada destaca que reconocer al paciente como ser humano es percibirlo como alguien que precisa de ayuda, es ofrecer palabras de apoyo y aliento, incluso en un momento de dolor y sufrimiento por la enfermedad y hospitalización.

En la teoría interaccionista, referente de este estudio, las enfermeras comprenden y acreditan el apoyo emocional y esto se debe, probablemente, no solo al hecho de ser sensitivas e intuitivas, sino también porque conocen el significado de esa actitud

ante alguien que vivencia el dolor y el sufrimiento. A través del apoyo emocional, la enfermera cumple uno de los presupuestos que es el de ayudar al enfermo a encontrar un sentido a su enfermedad.

En el escenario de la Unidad de Urgencias 24h, estas actitudes están presentes en las acciones de la enfermera, facilitando el establecimiento del sentimiento de confianza y de apoyo emocional y que se traducen en el cuidado expresivo.

### **La comunicación enfermera-paciente en los espacios de cuidado de la Unidad de Urgencias 24h**

Esta categoría expresa la comunicación como escucha, aproximación y direccionamiento del cuidado, así como intervención y sensibilidad.

La comunicación expresada como escucha, aproximación y direccionamiento del cuidado se caracteriza por el énfasis en orientaciones/informaciones, considera la privacidad y señala el retraimiento personal de la enfermera.

El recibimiento de la Unidad de Urgencias 24h es el espacio de cuidado donde el usuario del sistema de salud tiene el primero contacto con el servicio. En el local siempre están presentes una enfermera y un técnico de enfermería que reciben a los pacientes identificando el nombre y el porqué de acudir a la unidad. En este momento de aproximación enfermera-paciente, la comunicación se expresa en informaciones/orientaciones relacionadas con la educación de salud y sobre el flujo de la unidad una vez que las Unidades de Urgencias 24h se configuran como nueva propuesta de atención de emergencia.

El sentido de la palabra acoger se revela cuando la enfermera dispensa atención en la relación, da crédito al ser humano, ejerce la escucha de las quejas y necesidades do paciente y las valora, instituyendo en su práctica una herramienta relacional.

La escucha comienza a darse a partir del momento en que el profesional echa mano del conocimiento técnico-científico y se dispone a escuchar al otro lo que proporciona una mejor atención individual y una mayor capacidad de acogida por parte de la institución de salud.

En la clasificación de riesgo, la enfermera realiza la consulta de enfermería dirigiendo la comunicación a fin de observar factores de riesgo y evaluar la gravedad de los síntomas basada en el análisis de protocolos preestablecidos que priorizan y agilizan la atención para la consulta médica.

En esta fase, la comunicación se presenta como un instrumento necesario para la metodología de la asistencia, principalmente en lo que se refiere al histórico de enfermería, una vez que la colecta de datos incluye la identificación de las fuentes de datos que son pacientes o familias, la adquisición de informaciones y la organización y registro de los datos. Consiste en una comunicación interpersonal y exige del enfermero la habilidad para obtener datos relevantes.

Las entrevistadas indican que en los espacios de recepción y de clasificación de riesgo, la comunicación enfermera-paciente tiende a ser objetiva debido a la agilidad que se da en emergencia, así como para promover la fluidez de la atención, evidenciando el modelo de comunicación informativo, cuando un individuo solicita una información, da instrucciones y órdenes a los demás.

Aunque el modelo de comunicación informativo sea posible en los diversos microambientes constituyentes de una Unidad de urgencias 24h, el proceso de comunicación atraviesa otras dimensiones tales como actitudes de comprensión, escucha, disposición, ayuda, o sea, de acogida, como revela la entrevista siguiente.

La privacidad proporcionada en el sector de clasificación de riesgo por ser ambiente cerrado puede favorecer la comunicación afectiva enfermera-paciente a través de la aproximación de los sujetos, atención y escucha sensible. Posibilita también que cuestiones íntimas y subjetivas constituyentes del ser humano sean abordadas en el momento de la consulta de enfermería, valorizando la relación sujeto-sujeto.

Otro aspecto de la comunicación enfermera-paciente en Unidad de Urgencias 24 h expresadas por los sentimientos fue la comunicación resultante de retraimiento personal de la Enfermera. En general, las enfermeras presentan características de cordialidad, de educación y de disposición a escuchar las quejas de los pacientes en la acogida. Por ello, la población al encontrarse con una situación de insatisfacción en la atención siente la necesidad de manifestarse a través de reclamaciones.

Para el paciente su condición física y ansiedad es lo que determina la organización de la atención. De esta forma, la angustia generada por la espera de la atención hace que él observe cada paso de los profesionales de salud, cuestionando a veces de forma hasta agresiva cuando perciben que alguien está siendo atendido en su frente.

Esto genera desgaste en la comunicación y en la relación establecida en este espacio de cuidado y la comunicación asume característica de retraimiento.

Lo que sucede antes de la interacción puede determinar la disposición que tiene el emisor y el receptor de aceptar y escuchar el mensaje y la forma cómo el mensaje fue emitido. Así, cuando la enfermera se ve ante una situación de enfrentamiento delante del paciente surge la dificultad en establecer comunicación adecuada por el aflujo de sentimientos diferenciados, expresando una actitud más fría, más impersonal y de autocontrol.

Esto porque el ser humano no es capaz de aceptar a toda persona que conoce automáticamente. Intelectualmente, la enfermera puede comprender por qué la persona enferma posee ciertas actitudes, más al vivenciar una experiencia de no apertura del paciente es posible su no aceptación.

De esta forma, las participantes del estudio revelan que en el cuidado en Unidad de Urgencias 24h acaban asumiendo actitud de retraimiento personal en detrimento de ser profesionales y militares. En esta situación acontece el silencio.

La comunicación enfermera-paciente considerada como intervención y sensibilidad sucede por la demanda de trabajo y alta rotatividad presente en los espacios de cuidado sala amarilla y sala roja de una Unidad de Urgencias 24h.

El sector amarillo de una Unidad de Urgencias 24h se caracteriza por ser área destinada a la estabilización de pacientes críticos, semicríticos y aquellos que precisan de observación. La dinámica de funcionamiento asociada a la alta demanda y alegación de falta de tiempo de los profesionales dirigen la comunicación enfermera-paciente a la objetividad, en la medida en que su atención está centrada en las quejas clínicas, en las necesidades humanas básicas y en la prestación del cuidado instrumental.

Este escenario, sumado a las características de los profesionales y a la propia atención de emergencia, acciones rápidas y precisas, conjuntamente con la vivencia del sufrimiento de pacientes y familiares tiende a generar una comunicación del enfermero de forma impersonal y mecanizada, limitando al profesional al cumplimiento de su papel instrumental.

La objetividad en la comunicación puede ser definida como la capacidad de la enfermera en observar lo que realmente está aconteciendo con el paciente, sin dejarse influenciar por sentimientos subjetivos, situación en la cual asume una posición imparcial.

Por ello, cuando se alarga el periodo de hospitalización o cuando cesa la situación de urgencia, la enfermera dirige su atención a cuestiones que van más allá de la objetividad, de lo biológico. Ella ejerce una comunicación valorando la dimensión afectiva e implementa el cuidado expresivo.

Otro espacio de cuidado de la Unidad de Urgencias 24h, el sector rojo o sala de paro , se asemeja a una unidad de tratamiento semiintensivo- crítico y se destina a la recepción y permanencia de pacientes en cuadros graves donde la tecnología predomina en la intervención y recuperación de vidas.

La comunicación enfermera-paciente en la sala roja revela su cara objetiva asociada al cuidado instrumental, una vez que es instituido por la sistematización institucional que el foco de los profesionales debe estar en intervenir y recuperar vidas, a través del uso de la tecnología y procedimientos técnicos.

La emergencia posee aspectos peculiares por ofrecer servicios de alta complejidad, por la busca de estabilización de las condiciones vitales del paciente exigiendo agilidad y objetividad en las acciones de los profesionales que allí actúan.

Tal aspecto es expresado en las entrevistas al explicitar que la preocupación de los profesionales que allí actúan está dirigida para la técnica y estabilización del cuadro de la víctima. Resalta la comunicación entre el equipo de salud como instrumento que posibilita acciones realizadas de forma rápida, inmediata y de efectividad en la atención.

Por eso, tras alcanzar la estabilización o mejora del cuadro clínico del paciente o hasta su derivación a otra institución hospitalaria enfermería deja fluir la cara diferenciada de la comunicación y del cuidado al demostrar la preocupación de informar incluso a los pacientes graves, entubados y sedados lo que será realizado durante el cuidado instrumental.

La comunicación no verbal asume relevancia en estas situaciones a través de la observación de la enfermera de las señales emitidas por el cuerpo del paciente, cuando siente dolor, entre otros.

De esta forma, aunque la tecnología sea elemento esencial del cuidado en la sala roja, se percibe que el respeto por el otro y la sensibilidad revelan la comunicación afectiva y el cuidado expresivo implementados por enfermería de la Unidad de urgencias 24h.

### **Aspectos de la relación interpersonal enfermera-paciente en la Unidad de Urgencias 24h**

Esta categoría se relaciona con las actitudes constituyentes de los enfermeros en la relación interpersonal en una Unidad de urgencias 24h. Aquellas que significan la relación interpersonal son expresadas en estrategias y sentimientos de la enfermera para que una relación interpersonal se establezca.

Los enfermeros demuestran que la relación interpersonal con el paciente debe ser permeada por actitudes como colocarse en el lugar del otro, tener disponibilidad para oír, para conversar, ser solícita, atenciosa y cordial, tener una actitud de oferta de ayuda, mantener contacto directo y demostrar preocupación con el paciente.

Estas actitudes posibles de las enfermeras evidenciadas en los testimonios indican una comunicación afectiva, constituyente del cuidado expresivo que traspasa la relación interpersonal.

En consonancia con los resultados de este estudio se encontraron otros estudios. En un ambiente de cuidado a paciente crítico se identificó la importancia de valorar sentimientos presentes en el ser humano como la afectividad, la sensibilidad, la empatía y la participación emocional descritos en la teoría de la relación persona-persona. Estos comportamientos de enfermería participan la existencia del

compromiso emocional en la relación, o sea, la capacidad de trascender a sí mismo e interesarse por la otra persona, a través de la capacidad de percibir a los otros como seres humanos únicos y de expresar las emociones y sentimientos en la interacción con el paciente.

Así, el fenómeno cuidar se revela a través de un proceso comunicativo e interactivo que exige dedicación y compromiso de aquel que cuida y de aquel que es cuidado. Se confirma así un presupuesto de la Teoría Interaccionista de que la finalidad del cuidado se da por el establecimiento de la relación persona-persona.

En cuanto a las actitudes de la enfermera que objetivan la relación interpersonal en la Unidad de Urgencias 24h, estas expresan la objetividad/superficialidad una vez que en el cotidiano del cuidado no valoran la aproximación y mantenimiento del diálogo con el paciente.

De esta forma, aunque la tecnología sea elemento esencial del cuidado en la sala roja(sala de paro), se percibe que el respeto por el otro y la sensibilidad revelan la comunicación afectiva y el cuidado expresivo implementados por la enfermera de la Unidad de urgencias 24h.

CAPITULO II

**DISEÑO METODOLOGICO**

## **Tipo de Estudio: cuantitativo**

Se trata de un estudio cuantitativo transversal donde se toma como muestra solamente al personal de enfermería de la guardia pediátrica del Hospital Humberto Notti, durante los meses de julio-septiembre del año 2013.

- Área de Estudio: HOSPITAL HUMBERTO NOTTI
- Universo: SERVICIO DE EMERGENCIA
- Muestra: 30 ENFERMEROS del servicio de guardia del Hospital Humberto Notti.
- Unidad de análisis: cada uno de los enfermeros del servicio de guardia del hospital Notti.

## **Hipótesis**

Al haber mayor grado de conocimiento científico- teórico sobre administración de medicamentos en la guardia pediátrica, habrá un mayor grado de seguridad en el personal de enfermería a la hora de la preparación y administración de dichos medicamentos.

Identificación de variable independiente y dependiente:

- Variable independiente: conocimiento científico-teórico
- Variable dependiente: mayor grado de seguridad del personal.

Identificación de la variable teórica, intermedia y empírica:

- Variables teóricas: conocimiento científico-teórico, caracterización del personal de enfermería.
- Variable intermedia: seguridad del personal.
- Variable empírica: conocimiento científico-teórico, relación enfermero-paciente, nivel de formación, técnicas de preparación y administración de medicamentos.
- Operacionalización de las variables

<b>Variables</b>	<b>Dimensiones</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Sistema de categorías</b>
Personal de enfermería de guardia pediátrica	Datos personales	Edad	21-25
			26-30
			31-40
			Más de 40
		Sexo	Femenino
			Masculino
	Datos académicos	Nivel de formación	Licenciado
			Profesional
			Auxiliar
	Datos laborales	Tiempo en el servicio	0-5 años
			6-10 años
			Más de 10 años
		Horas semanales	36 hs
37-40 hs			
41 hs y mas			
Conocimiento sobre la administración de medicamentos	Recursos materiales	Elementos para preparación y administración de medicamentos	Siempre
			Casi siempre
			A veces
		Falta de material	Siempre
			Casi siempre
			A veces
		Normas de bioseguridad	Siempre
			Casi siempre
			A veces
		Área limpia y sucia	Si
			No

	Recurso humano	Distribución de trabajo	Siempre
			Casi siempre
			A veces
		Eficacia del trabajo	Siempre
			Casi siempre
			A veces
		Distribución de tareas	Siempre
			Casi siempre
			A veces
	Conocimiento	Cumplimiento de los 5 correctos	Siempre
			Casi siempre
			A veces
		Conocimientos sobre preparación y administración de medicamentos	Excelente
			Muy bueno
			Bueno
			Regular
	Capacitación	Realización de capacitaciones	Siempre
			Casi siempre
			A veces
			Nunca
		Tipos de capacitaciones	Charla
Taller			
Cursos			
Otros			
Lapso de tiempo de realización de capacitaciones		Cada 6 meses	
		Cada 1 año	
		Cada 2-3 años	
		Más de 3 años	
Accesibilidad para el personal		Siempre	
		Casi siempre	
		A veces	
Conocimiento		Mucho	

		actualizado en	Medianamente
		emergencia	Poco
		Cursos sobre la	Si
		urgencia	No
		pediátrica	
		Seguridad en	Siempre
		preparación y	Casi siempre
		administración de	A veces
		medicación	

### **Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

En este estudio se optó por la encuesta como instrumento técnico para poder demostrar nuestra problemática.

Los temas que se abordaron fueron: recursos materiales y humanos del servicio, capacitación, distribución de tareas, nivel de formación. En cada uno de los temas se seleccionaron aspectos relevantes para la realización de este estudio.

Sus resultados permiten identificar características en cuanto a los conocimientos y recursos que se tienen (en el servicio seleccionado para este estudio), para realizar sus tareas diarias.

### **Descripción del instrumento**

El formulario se organizó en varios apartados:

Nota introductoria donde se explican los objetivos del estudio, se brinda el listado de los temas a indagar, se dan instrucciones para su llenado y se garantiza el anonimato y la confidencialidad de las respuestas.

- A. Características de la población: se solicitan datos básicos: edad, sexo, nivel de formación, horas trabajadas).

- B. Conocimientos y capacitación: se solicitan datos en cuanto a los diversos conocimientos en la guardia pediátrica y a las capacitaciones que se realizan sobre dichos conocimientos.

El cuestionario consto de preguntas planteadas de forma estructurada o semiestructurada, ofreciendo alternativas intermedias, para evitar así una respuesta forzada.

Los encuestados son el personal de enfermería de la guardia pediátrica.

### **Aplicación del instrumento**

Se decidió que la encuesta fuera auto administrado y anónimo, para favorecer la adhesión, sinceridad y privacidad de las respuestas.

Se entregaron los formularios a los enfermeros de los diferentes turnos del servicio de guardia, informado propósitos de este y estimular el llenado completo y sincero. Los mismos fueron recogidos dos días después de la entrega.

El trabajo de campo se realizó en el mes de septiembre de 2013 completando las 30 encuestas.

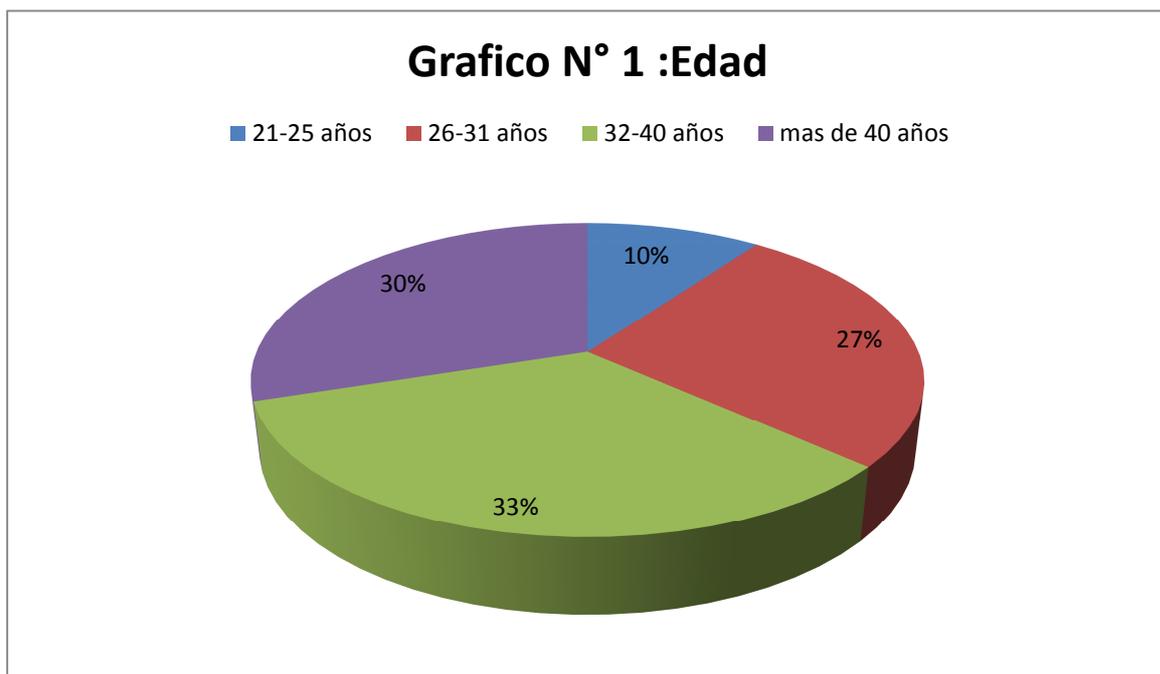
## ANALISIS, PROCESAMIENTO Y PRESENTACION DE DATOS

**Tabla 1: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según edad, Mendoza 2013.**

Edad	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
21- 25	10	3
26-31	27	8
32 -40	33	10
Más de 40	30	9
Total	100	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 1



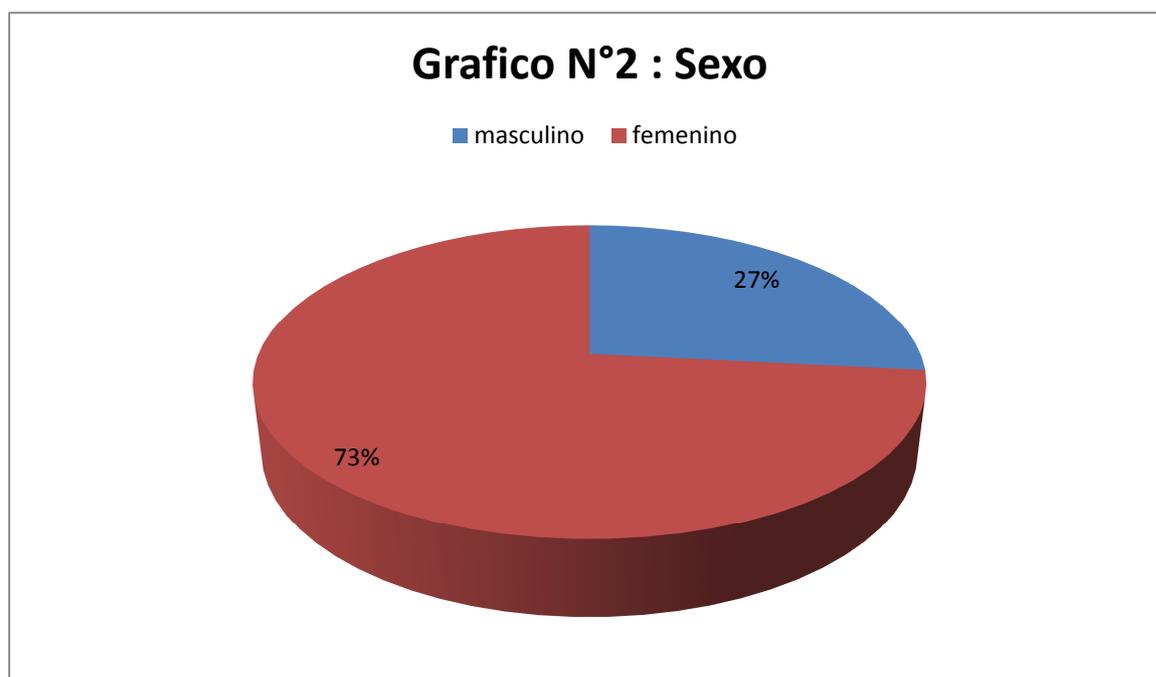
Comentario: el 33% de las personas encuestadas rondan la edades entre 32-40 años, le siguen las edades de más de 40 años con el 30% luego la edad que ronda entre los 26-31 años y por último la edad de 21-25 años.

**Tabla 2: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según sexo, Mendoza 2013**

Sexo	Frecuencia relativa	Frecuencia absolutas
femenino	73%	23
masculino	27%	7
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Grafico N° 2



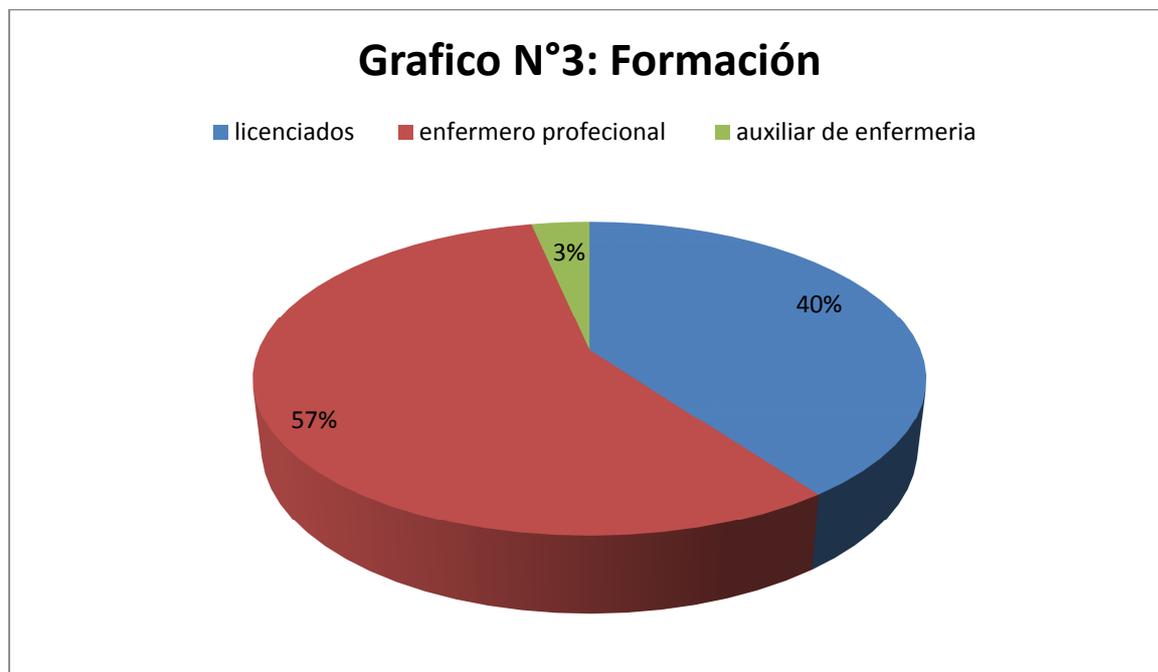
Comentario: el 73% de los encuestados son de sexo femenino, mientras que el 27% es de sexo masculino. Si bien se sigue observando que enfermería es una carrera elegida en su mayoría por mujeres, en los últimos años esto ha ido cambiando lentamente

**Tabla 3: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según formación académica, Mendoza 2013.**

Nivel de formación	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Licenciados	40%	12
Enfermero/a profesional	57%	17
Auxiliar de enfermería	3%	1
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 3



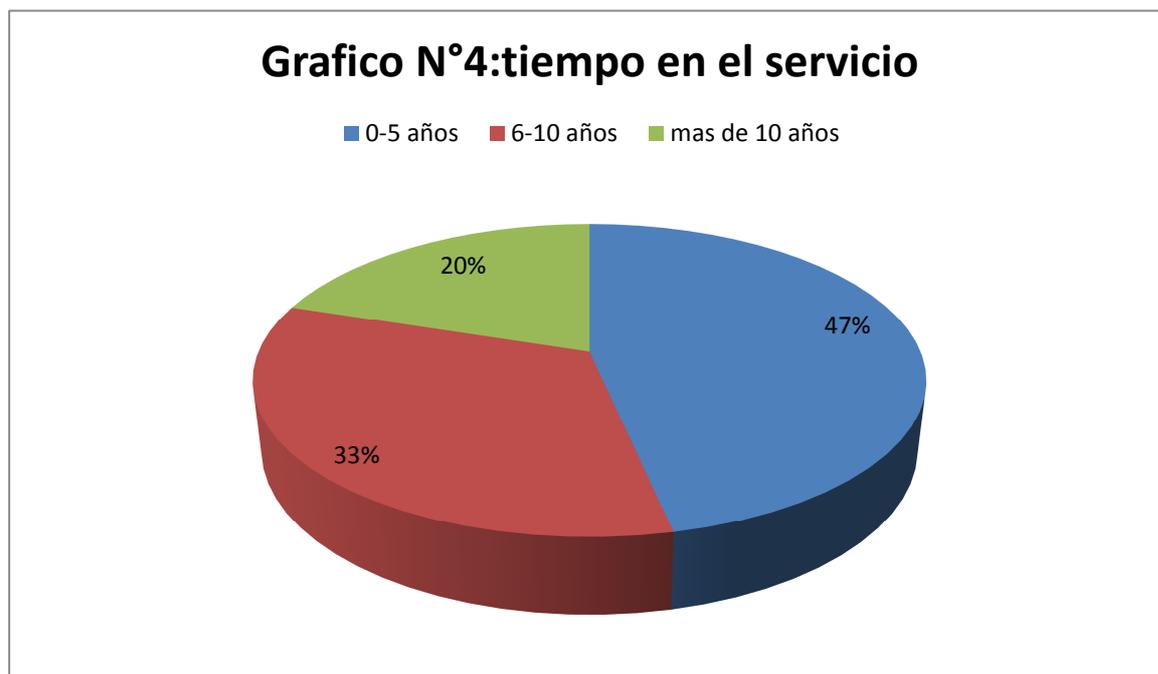
Comentario: en esta encuesta se destaca que el 57% del personal es enfermero profesional, se observa que un 40% de licenciados en enfermería un 3% de auxiliares. Se puede observar y demostrar que enfermería con el paso del tiempo ha cambiado de visión como profesión y el reconocimiento de la misma.

**Tabla 4: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según tiempo en el servicio, Mendoza 2013.**

Tiempo en el servicio	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
0-5 años	47%	14
6-10 años	33%	10
Más de 10 años	20%	6
total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Grafico N°4



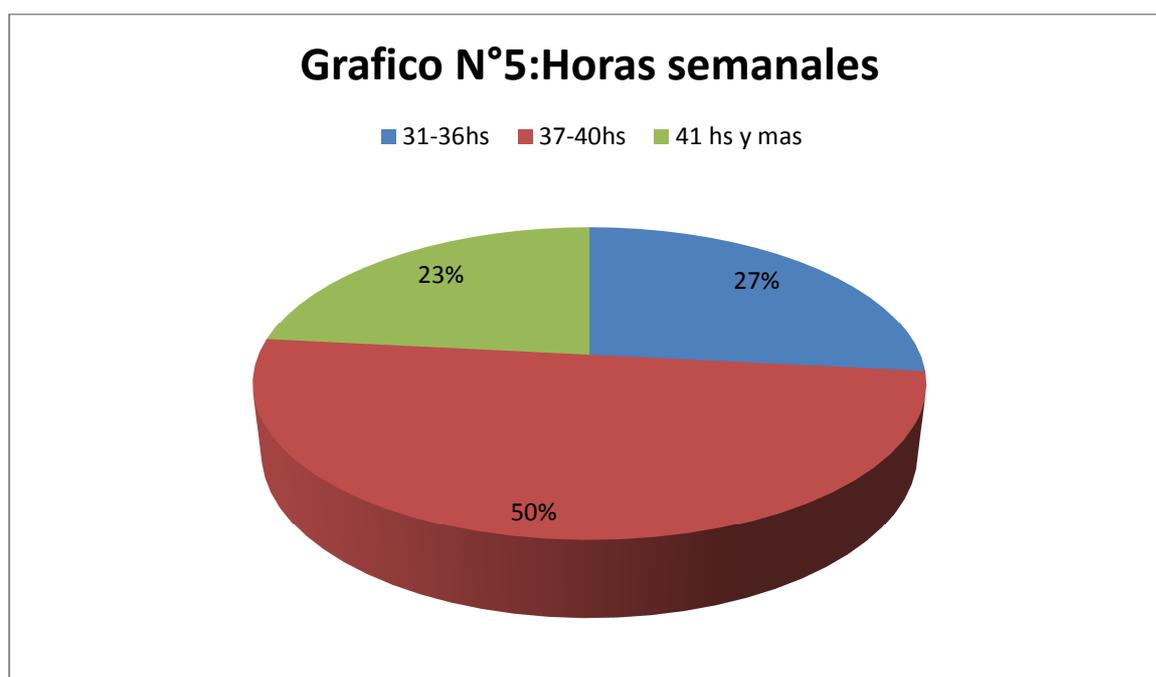
Comentario: se puede observar que el 47% del personal no lleva más de 5 años en el servicio, seguido con un 33% con no más de 10 años en el servicio y solo un 20% con más de 10 años.

**Tabla 5: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según horas semanales, Mendoza 2013**

Horas semanales	Frecuencia relativa %	Frecuencia absoluta
36 horas	27%	8
37-40 horas	50%	15
41 horas y mas	23%	7
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 5



Comentario: este gráfico muestra que del 100% de los enfermeros del servicio, el 50% realiza de 37-40 hs, que el 27% hace 36 hs y que 23% del personal realiza 41 hs y más .

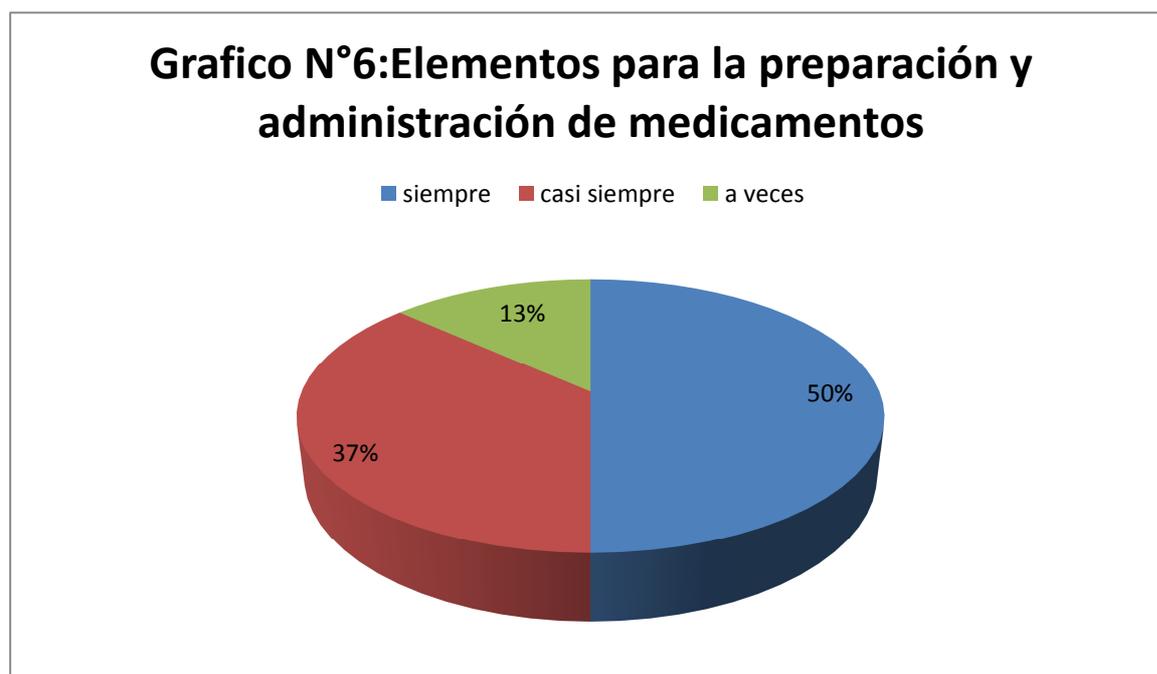
Nota: para las horas semanales se toman en cuenta las medias prestaciones del personal.

**Tabla 6: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según Preparación y administración de medicación, Mendoza 2013.**

Preparación y administración de medicación	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Siempre	50%	15
Casi siempre	37%	11
A veces	13%	4
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 6



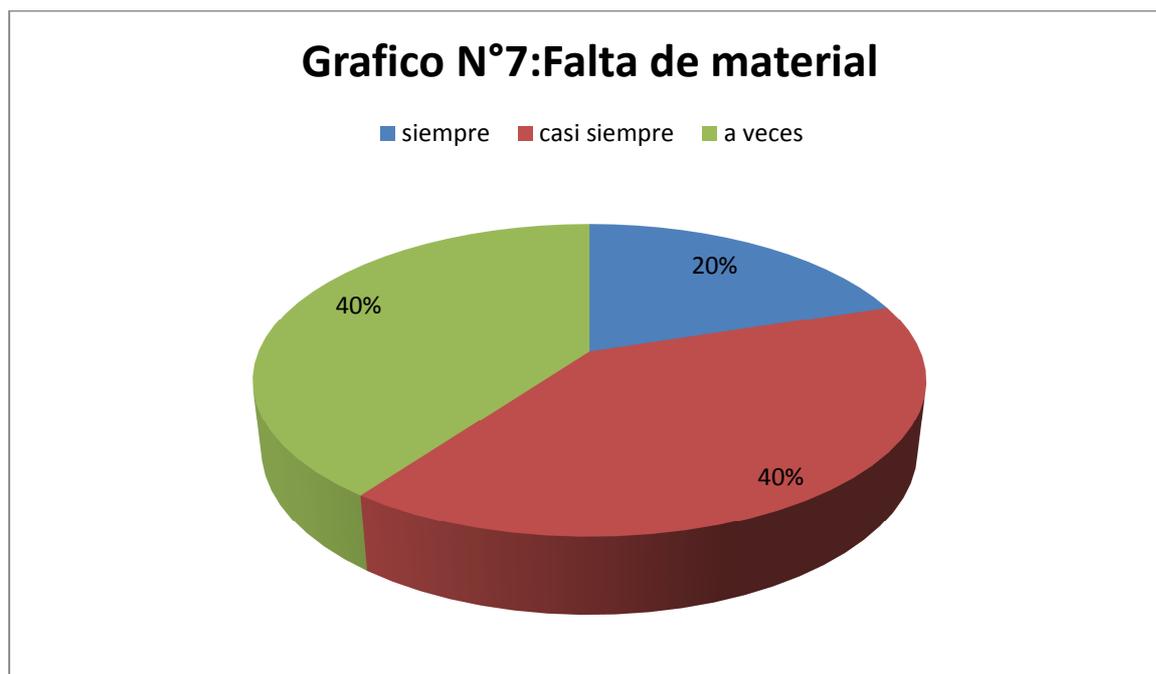
Comentario: se puede observar que el 50% de los encuetados manifiestan que poseen los elementos necesarios para preparación de la medicación, un 37% le sigue opinando que casi siempre poseen los elementos para medicar y un 13 % opina que a veces poseen los elementos para medicar.

**Tabla 7: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según falta de material, Mendoza 2013.**

Falta de material	Frecuencia relativa%	Frecuencia absoluta
Siempre	20%	6
Casi siempre	40%	12
A veces	40%	12
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 7



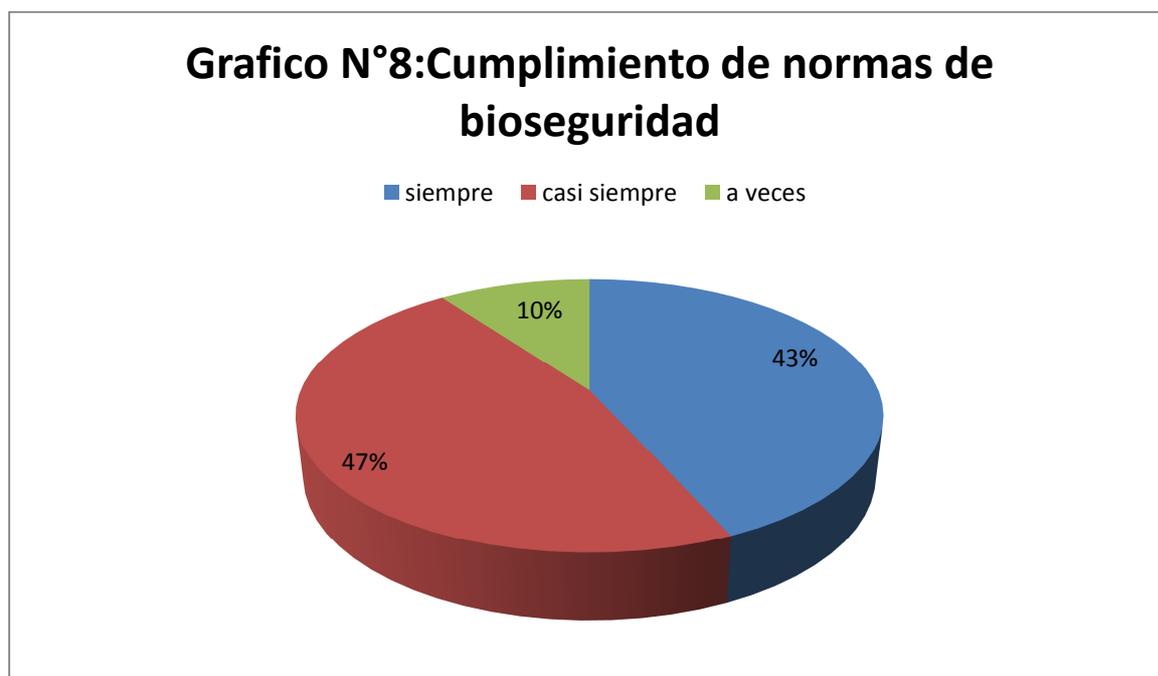
Comentario: se puede observar que un 40% opina que casi siempre la falta de material afecta la eficacia del personal, otro 40% manifiesta que a veces la falta de material afecta el trabajo del personal y un 20% piensan que siempre afecta la falta de material al desempeño eficaz del personal.

**Tabla 8: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según cumplimiento de normas de bioseguridad, Mendoza 2013.**

Cumplimiento de normas de bioseguridad	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Siempre	43%	13
Casi siempre	47%	14
A veces	10%	3
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 8: personal de la guardia pediátrica del hospital notti según cumplimiento de normas de bioseguridad, Mendoza 2013



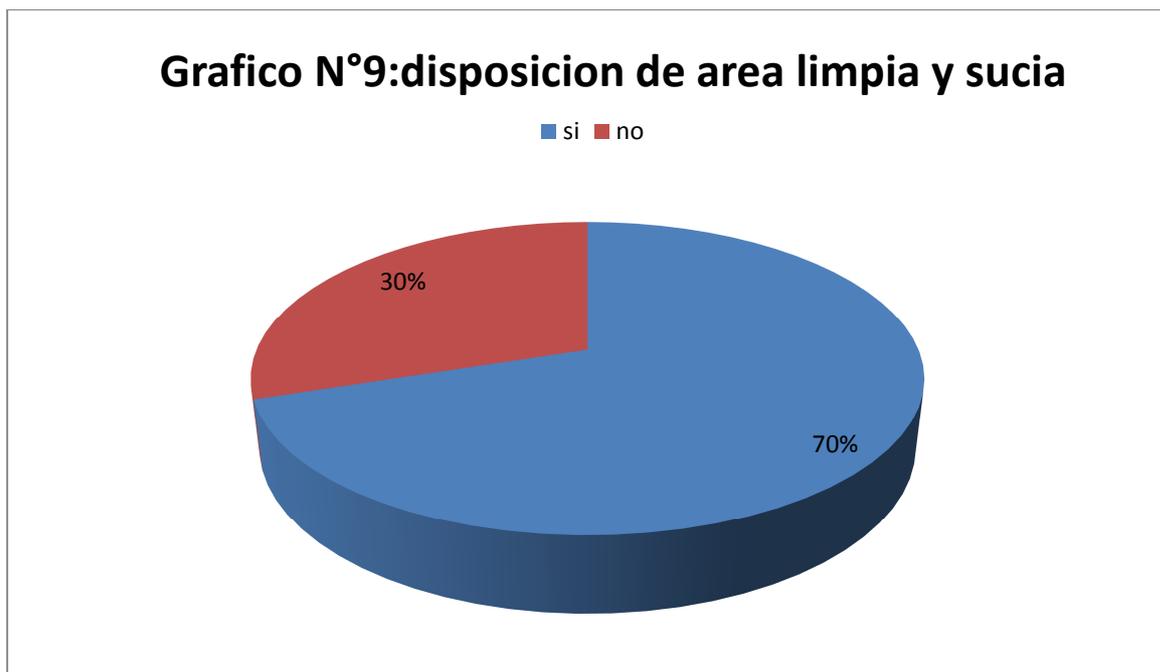
Comentario: se puede observar que un 43% del personal cumple siempre las normas de bioseguridad, un 47% cumple las normas casi siempre y un 10% refiere cumplir a veces las normas de bioseguridad.

**Tabla 9: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según disposición de área limpia y sucia, Mendoza 2013.**

Disposición área limpia y sucia	Frecuencia relativa%	Frecuencia absoluta
Si	70%	21
No	30%	9
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 9



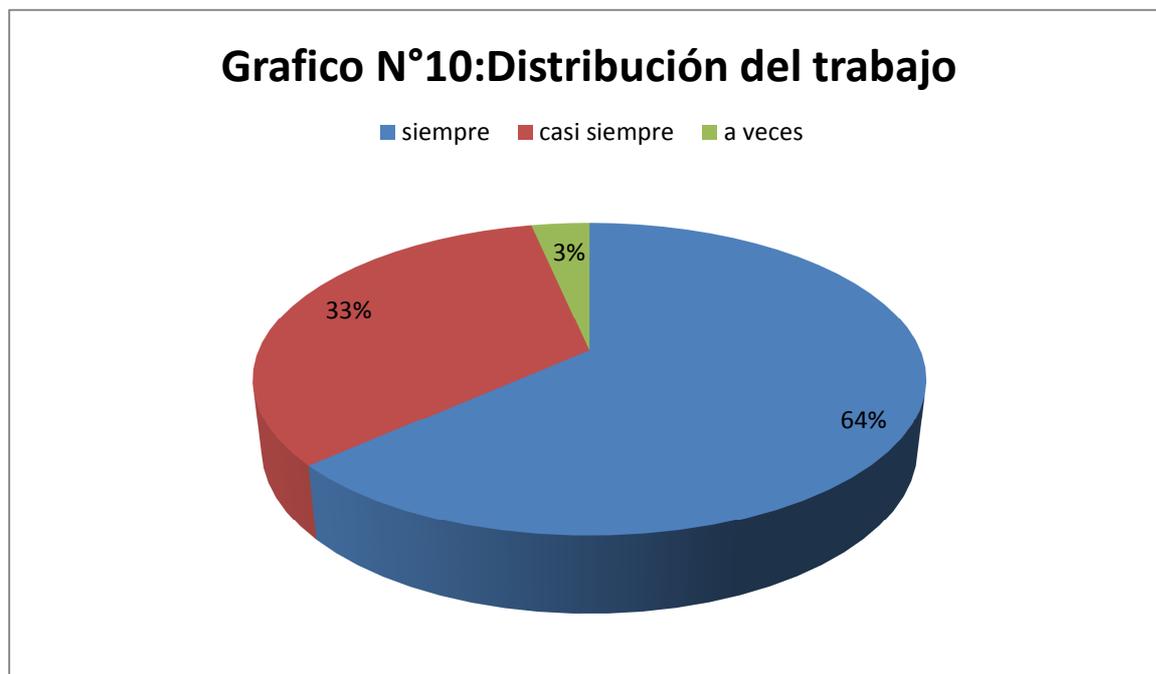
Comentario: por lo que se observa un 70% de los encuestados si refieren que hay una área limpia y sucia y solo un 30 % de que no.

**Tabla 10: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según distribución de trabajo, Mendoza 2013.**

Distribución del personal	Frecuencia relativa%	Frecuencia absoluta
Siempre	64%	19
Casi siempre	33%	10
A veces	3%	1
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 10



Comentario: se observa que el personal refiere con un 64% se distribuyen en forma correcta, y un 33% opina que casi siempre esta distribución es correcta y solo un 3% refiere que a veces se distribuyen las tareas.

**Tabla 11: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según eficacia del trabajo, Mendoza 2013.**

Eficacia del trabajo	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Siempre	80%	24
Casi siempre	20%	6
A veces	0%	0
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 11



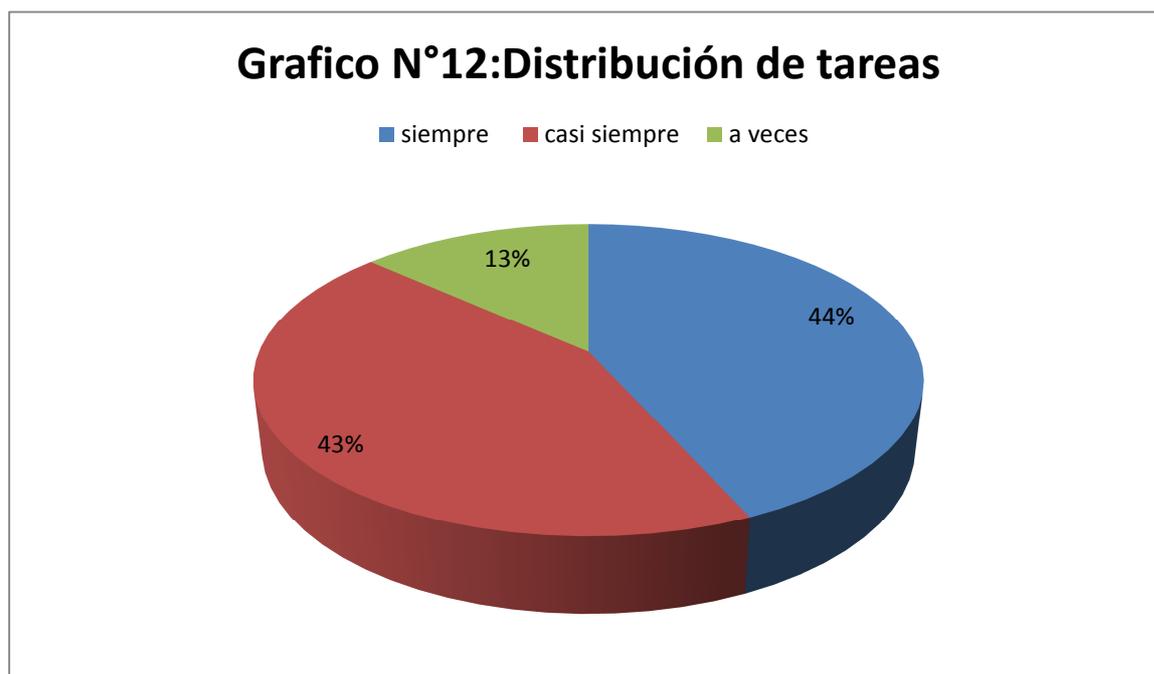
Comentario: en este gráfico se puede observar que el personal refiere que en un 80% siempre la distribución de trabajo ayuda a mejorar la eficacia del trabajo del personal y un 20% opina que esta distribución ayuda a mejorar la eficacia del trabajo casi siempre.

**Tabla 12: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según la distribución de las tareas, Mendoza 2013.**

Distribución de las tareas	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
siempre	44%	13
Casi siempre	43%	13
A veces	13%	4

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 12



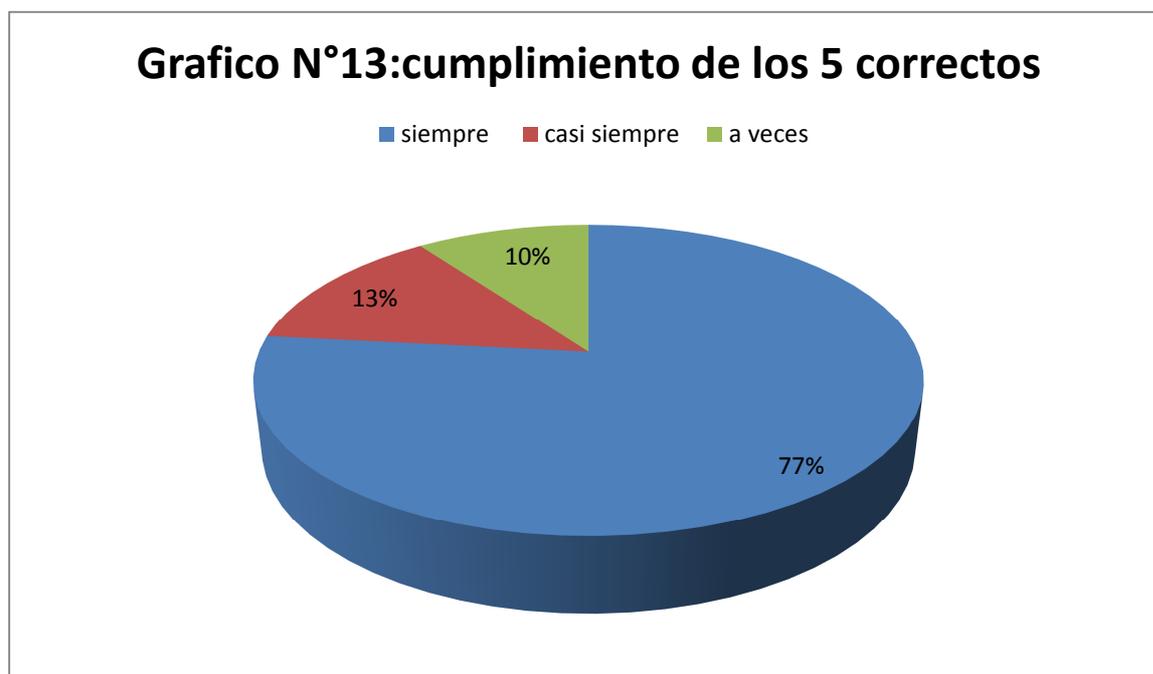
Comentario: en este gráfico podemos observar que el 44% del personal de enfermería refiere siempre una distribución de las tareas y que el 43% opina que casi siempre se realiza, contrario al 13% que indican que a veces se realiza en el servicio.

**Tabla 13: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según el uso de los 5 correctos, Mendoza 2013.**

Cumplimiento de los 5 correctos	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Siempre	77%	23
Casi siempre	13%	4
A veces	10%	3
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 13



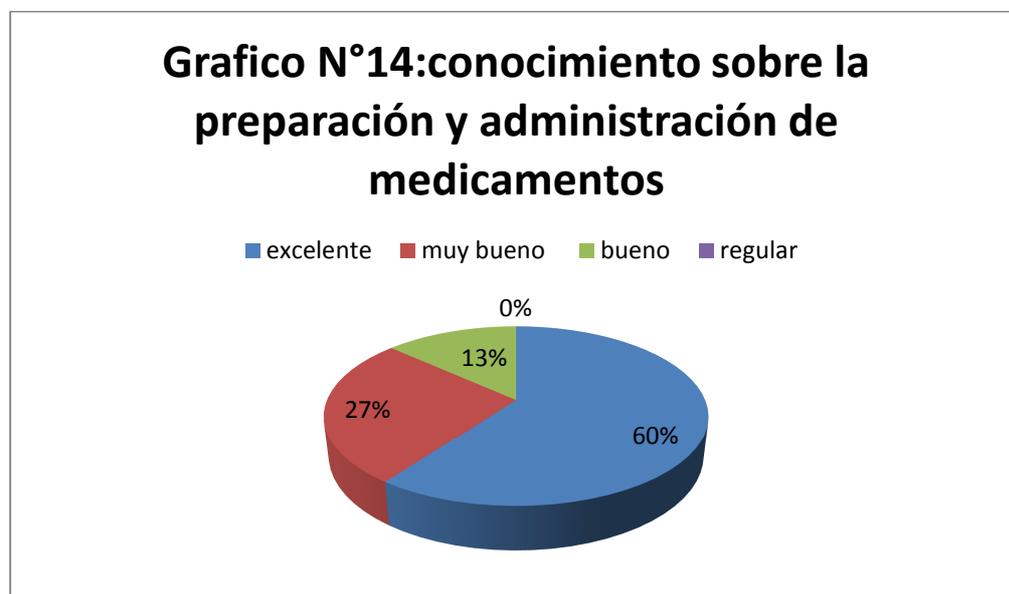
Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 77% del personal de enfermería cumple con los 5 correctos, que el 13% casi siempre lo cumple y que el 10% a veces cumple con los 5 correctos a la hora de la administración de medicamentos

**Tabla 14: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según el conocimiento sobre la preparación y administración de medicamentos, Mendoza 2013.**

Conocimiento sobre la preparación y adm. de medicamentos	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Excelente	60%	18
Muy bueno	27%	8
Bueno	13%	4
Regular	0%	0
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Grafico N° 14



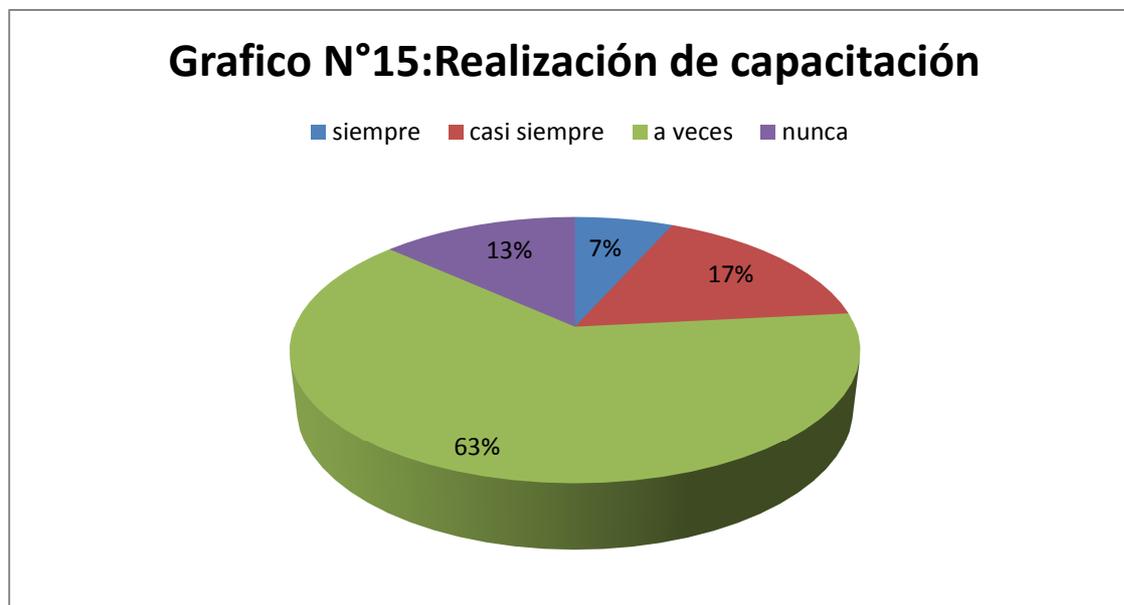
Comentario: el siguiente grafico muestra que el 60% del personal de enfermería cuenta con un excelente conocimiento en cuanto a la preparación y administración de medicamentos, y que el 27% indico que su conocimiento es muy bueno, el 13% del personal indica que su conocimiento es bueno y un 0% para la opción regular.

**Tabla 15: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según la capacitación, Mendoza 2013.**

Realización de capacitación	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Siempre	63%	19
Casi siempre	17%	5
A veces	13%	4
Nunca	7%	2
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 15: personal de la guardia pediátrica del hospital notti según, Mendoza 2013



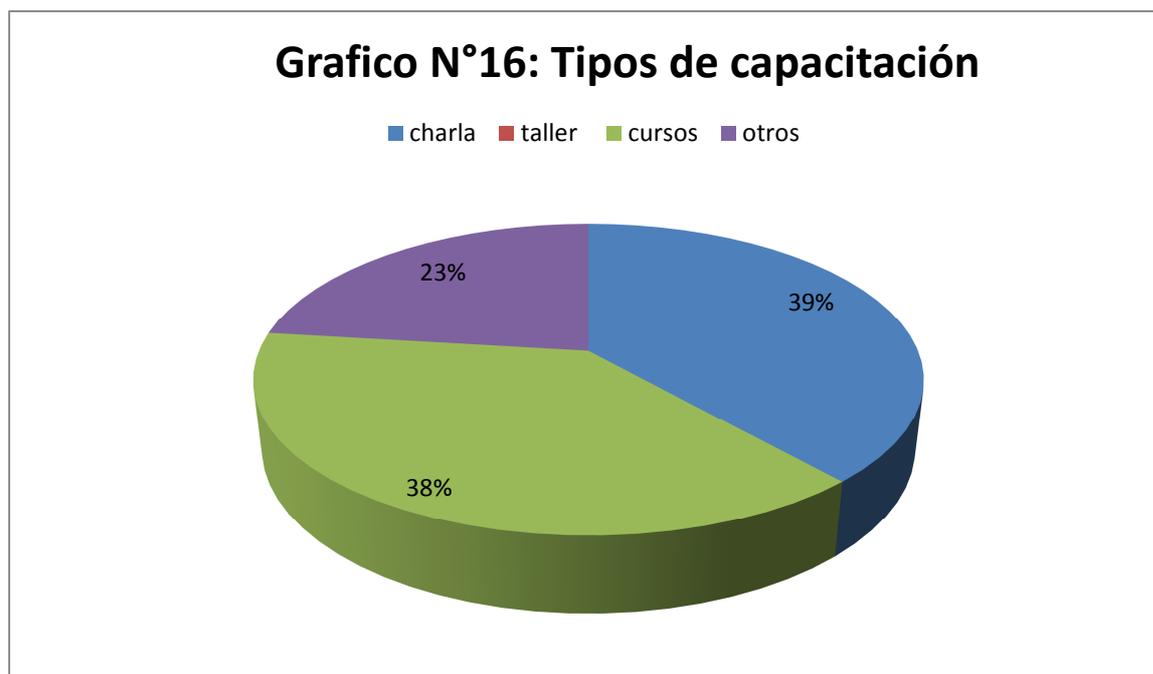
Comentario: el siguiente gráfico muestra que el 63 % de los enfermeros indican que en el servicio a veces se realizan cursos de capacitación, mientras que el 17 % indica que casi siempre se realiza cursos, y el 13% del personal expreso que nunca se realizó cursos en el servicio y con un 7% la opción de siempre por parte del resto del personal del servicio de emergencia

**Tabla 16: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según el tipo de capacitación, Mendoza 2013.**

Tipos de capacitación	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Charla	39%	10
Taller	0%	0
Cursos	38%	10
Otros	23%	6
Total	100%	26

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 16



Comentario: el siguiente gráfico muestra que de los enfermeros que contestaron que si se realizaron capacitaciones en el servicio, el 39% indica que fueron charlas, el 38% indican que fueron charlas y con un 23% la opción otros y 0% la opción talleres

**Tabla 17: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según el periodo de tiempo de realización de los cursos, Mendoza 2013.**

Periodo de tiempo de realización de los cursos	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Cada 6 meses	38%	10
1 año	31%	8
Cada 2-3 años	19%	5
Más de 3 años	12%	3
Total	100%	26

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 17



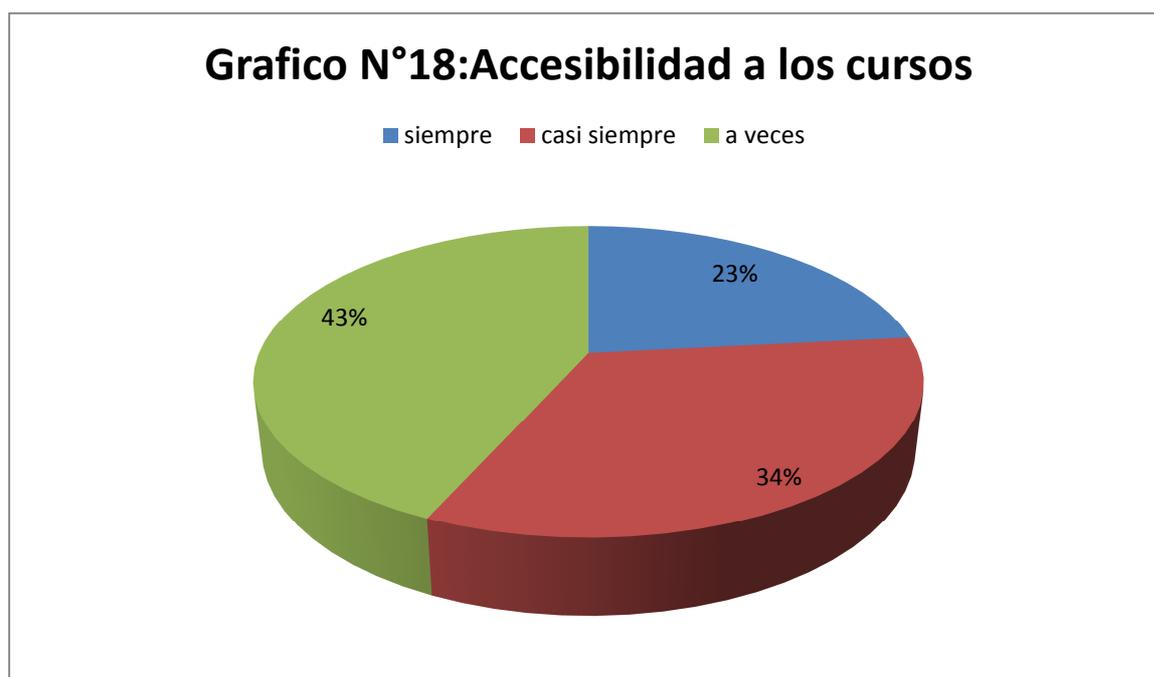
Comentario: el siguiente gráfico muestra al igual que el anterior, al personal que contestó afirmativamente a la realización del curso en el servicio, indicando así que la realización de los mismos es cada 6 meses con un 12%, cada 1 año con un 38%, cada 2-3 años con un 31%, y más de 3 años con un 19%.

**Tabla 18: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según la accesibilidad a los cursos, Mendoza 2013.**

Accesibilidad de los cursos	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Siempre	23%	7
Casi siempre	34%	10
A veces	43%	13
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 18



Comentario: el gráfico nos muestra que el personal de enfermería tiene acceso a los cursos siempre 23%, casi siempre 34% y a veces un 43%.

**Tabla 19: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según conocimientos sobre la emergencia, Mendoza 2013.**

Conocimiento sobre emergencias	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Mucho	23%	7
Medianamente	57%	17
Poco	20%	6
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 19



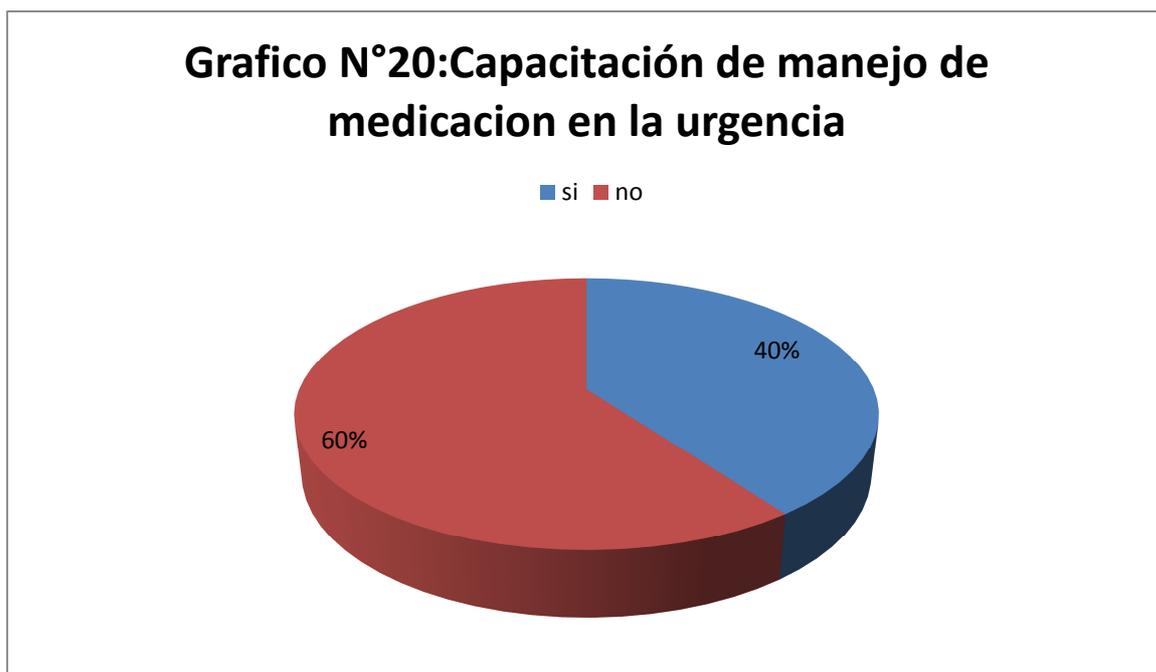
Comentario: este gráfico muestra que el 57% del personal de enfermería del servicio de emergencia cuenta con un conocimiento medianamente sobre la emergencia, y que el 23% indica que cuentan con mucho conocimiento actualizado sobre el tema y solo el 20% del personal expresó la opción de poco conocimiento acerca al conocimiento actualizado en emergencia pediátrica

**Tabla 20: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según capacitación de manejo de medicación en la urgencia, Mendoza 2013.**

Capacitación de manejo de medicación en la urgencia	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Si	40%	12
No	60%	18
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 20



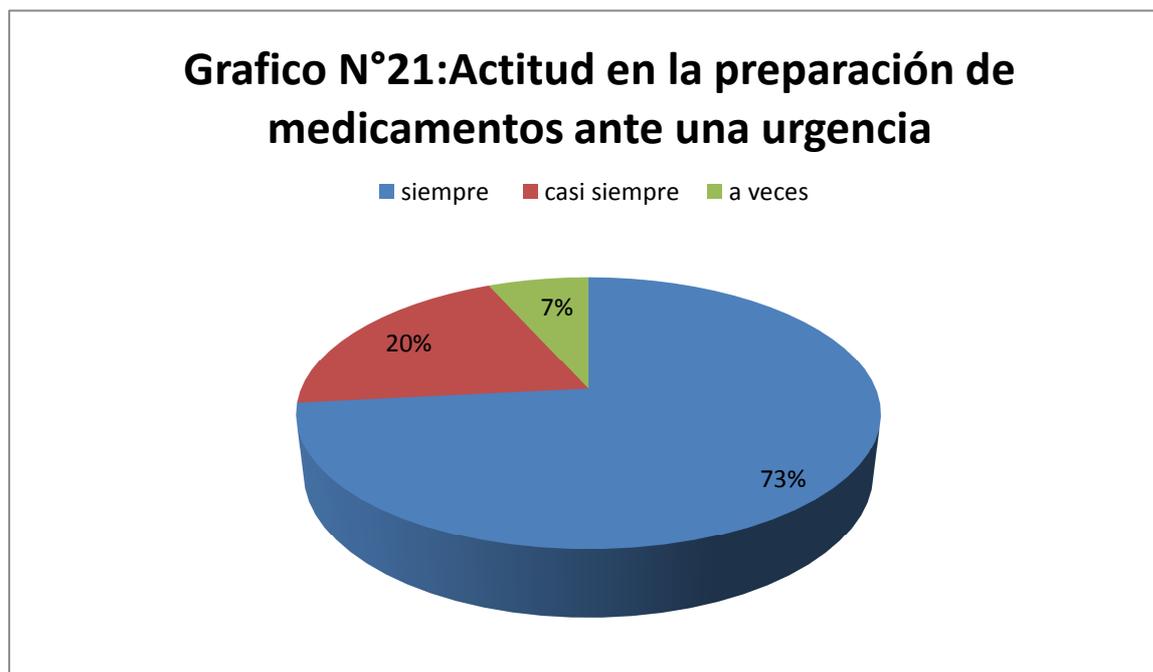
Comentario: este gráfico muestra que el 60% del personal enfermero del servicio de emergencia indican que no se realizó cursos de manejo de medicación durante de emergencia pediátrica, mientras que un 40% indicó que si se realizó en el servicio

**Tabla 21: Personal de la guardia pediátrica del Hospital Notti según la actitud en la preparación de medicación ante una urgencia, Mendoza 2013.**

Actitud en la preparación de medicación ante una urgencia	Frecuencia relativa	Frecuencia absoluta
Siempre	73%	22
Casi siempre	20%	6
A veces	7%	2
Total	100%	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

Gráfico N° 21



Comentario: este último gráfico muestra que el 73% de los enfermeros son seguros a la hora de preparar una medicación durante una emergencia, mientras que el 20% indicó que casi siempre se encuentra seguro y solo el 7% a veces se encuentra seguro a la hora de administrar y preparar medicamentos durante una emergencia o urgencia en el servicio.

## TABLAS BIVARIADAS

**Tabla 22**

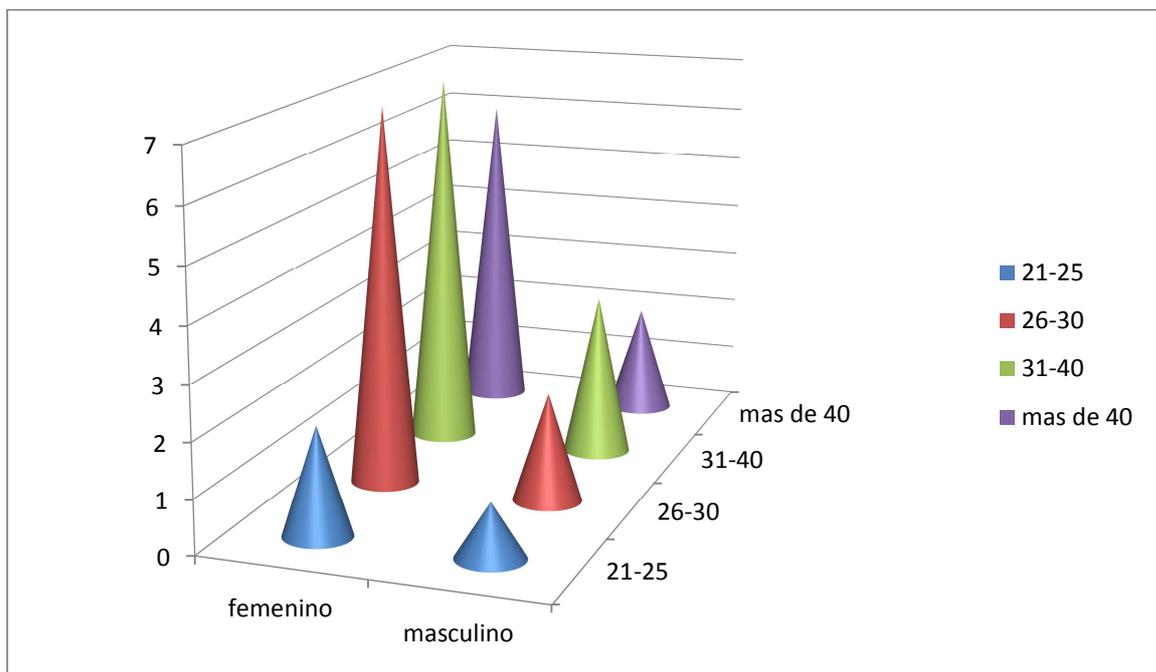
“Números de enfermeros según la relación entre las variables sexo y edad”

Hospital Notti, servicio de Emergencia, septiembre de 2013, Mendoza.

Edad \ sexo	21- 25 años	26- 30 años	31 -40 años	Más de 40 años	total
femenino	2	7	7	6	22
masculino	1	2	3	2	8
total	3	9	10	8	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

**Grafico N°22**



Comentario: el siguiente grafico muestra como el sexo femenino prevalece y elige más esta profesión ante el sexo masculino y que en el servicio se encuentra personal de edad media más de 26 años sobre los menores de 25 años

**Tabla N 23**

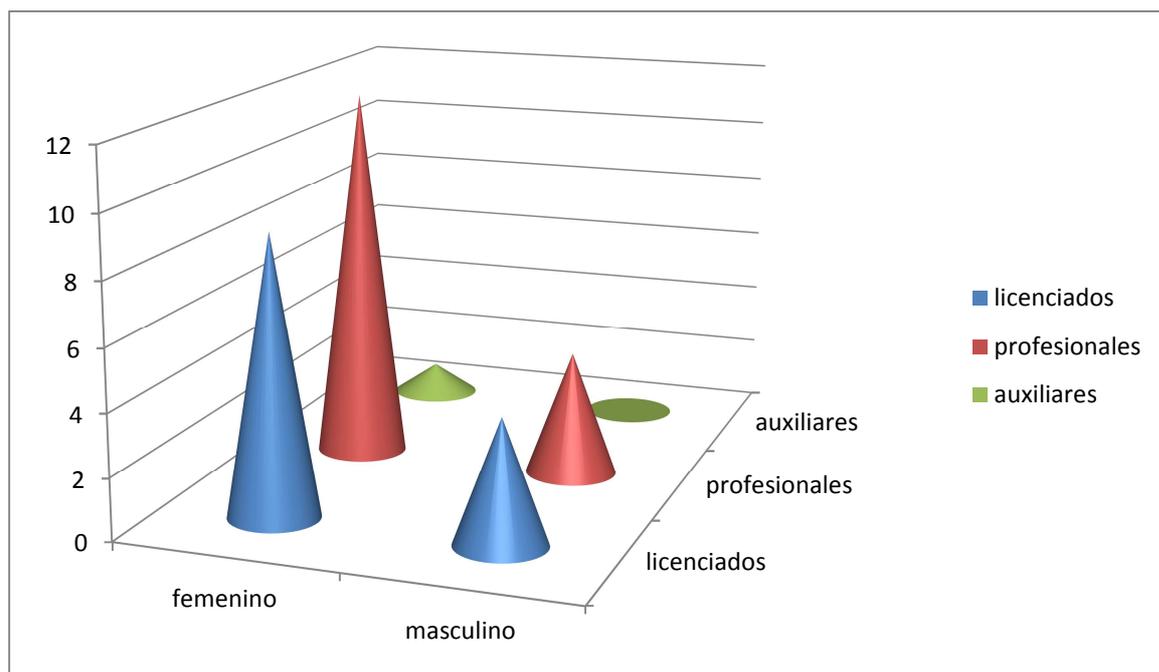
“Numero de enfermeros según la relación entre las variables sexo y nivel de formación “

Hospital Notti, servicio de Emergencia, septiembre de 2013, Mendoza.

Formación \ Sexo	Licenciados	Profesionales	Auxiliares	Total
Femenino	9	12	1	22
Masculino	4	4	0	8
Total	13	16	1	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

**Grafico N°23**



Comentario: podemos observar que el nivel de profesionales y licenciados femeninos es superior al masculino

**Tabla N° 24**

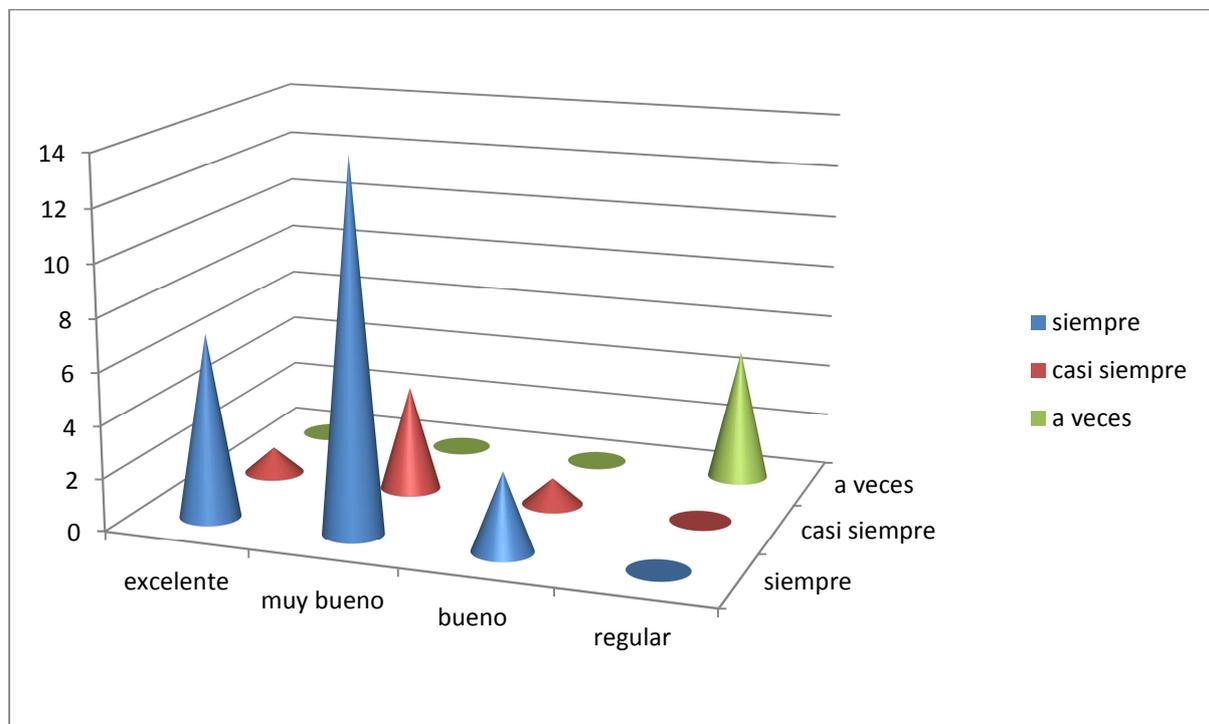
“Relación entre la eficacia del trabajo del enfermero de emergencia y sus conocimientos sobre la preparación y administración de medicamentos”

Hospital Notti, servicio de Emergencia, septiembre de 2013, Mendoza.

Eficacia del trabajo Conocimiento	siempre	Casi siempre	A veces	Total
Excelente	7	1	0	8
Muy bueno	14	4	0	18
Bueno	3	1	0	4
Regular	0	0	0	0
Total	24	6	0	30

Fuentes: datos obtenidos por las autoras mediante encuestas, Mendoza 2013

**Grafico N°24**



Comentario: en el presente grafico se puede observar que la eficacia en el trabajo y el conocimiento de los enfermeros predomina un conocimiento amplio y bueno junto a un trabajo eficaz.

**CAPITULO III**

**RESULTADO: DISCUSIÓN Y**

**PROPUESTA**

## DISCUSION DE LOS RESULTADOS

De los datos obtenidos podemos mencionar que la mayor cantidad de profesionales enfermeros son mujeres con un 73%, como se ve demostrado, se sigue con la tendencia de que enfermería es una carrera mayormente elegida por mujeres, aunque en estos últimos años se puede ver un leve aumento del sexo masculino para esta profesión.

En cuanto al nivel de formación se hace mención a la poca variación entre de licenciados en enfermería con 40% y profesionales en enfermería con un 57%, también se hace referencia que con el paso de los años está cambiando la visión como profesión y el reconocimiento de las mismas. Cabe destacar que hasta el momento de las encuestas el servicio de guardia contaba solo con un auxiliar de enfermería que principios de Enero de 2014 se incorporó una auxiliar más al servicio.

En referencia al tiempo en el servicio el 47% lleva menos de 5 años trabajando en el hospital en comparación al 20% que lleva más de 10 años en el servicio de emergencias.

En cuanto a la distribución de tareas podemos destacar que del 100% de los enfermeros encuestados el 44% refiere que al momento de la urgencia se realiza una distribución de tareas, en segundo lugar el 43% refiere que no siempre se realiza dicha distribución quedando un 13% que refiere que solamente a veces se realiza dicha distribución de tareas.

Ahora bien, cabe destacar que el 100% de los enfermeros encuestados el 77% refiere que cumple los 5 correctos a la hora de la preparación de la medicación, el 13% dice que casi siempre los cumple y el 10% refiere que solo a veces cumple con los 5 correctos.

Centrándonos en cuanto al conocimiento y capacitación en el servicio en cuanto a la preparación y administración de medicamentos se llega a la conclusión que:

El 60% del personal encuestado refiere tener un excelente nivel de conocimiento sobre preparación y administración de medicamentos, el 27% refiere tener un nivel muy bueno y el 13% un nivel bueno. Esto nos dice que el personal de enfermería

tiene un nivel alto de conocimiento en cuanto a preparación y administración de medicamentos.

En cuanto a la capacitación en el servicio, el 63% del personal encuestado indica que en el servicio a veces se realizan capacitaciones, solo el 13% indica que casi siempre y el 7% que la capacitaciones son siempre. Con estos resultados podemos concluir que las capacitaciones no se realizan en forma constante y que el personal aprende de forma práctica durante la realización de tareas específicas del servicio.

El periodo de tiempo de las capacitaciones dadas destaca que la mayor parte del personal encuestado refiere con un 38% que las capacitaciones se realizan cada 1 año, con un 31% cada 2-3 años, más de 3 años con un 19% y cada 6 meses 12%. Podemos concluir que las capacitaciones que se realizan son esporádicas y distanciadas entre ellas.

Los encuestados refieren en cuanto a acceso de los cursos, con un 43% que a veces tiene acceso a los cursos, un 34% que casi siempre y un 23% que siempre tienen un fácil acceso a los cursos realizados en el hospital o el servicio. El acceso a los cursos no siempre es para todos ya que los cursos específicos de emergencias son muy caros y a veces el personal no puede costear los cursos.

Para finalizar cabe destacar que el personal de emergencia indica que en un 73% se tiene una actitud segura a la hora de la administración y preparación de medicamentos, un 20% indica que casi siempre tiene una actitud segura y solo un 7% refiere que a veces tienen una actitud segura. En conclusión el personal se encuentra con una actitud segura en su conocimiento en canto a la preparación y administración de medicación.

## **PROPUESTA**

Si el recurso humano de enfermería se encuentra saludable, entusiasta y seguro en su accionar proporcionara una atención optima a los pacientes. Los incentivos son medios importantes que las organizaciones pueden utilizar para retener, atraer, motivar, y dar satisfacción a su personal y mejorar los resultados de este.

Se debe desarrollar una cultura de trabajo centrada en todos los aspectos humanos, basada en la seguridad, tolerancia, educación y cooperación entre los pares.

Primer propuesta:

Creemos que lo esencial en una unidad de emergencia es la capacitación constante por eso pensamos que el hospital con la ayuda del ministerio de salud de la provincia debería ofrecer cursos actualizados sobre emergencia pediátrica que cada año se realicen cursos de fácil acceso para el personal para poder capacitarse con las últimas novedades en cuanto a la emergentología pediátrica, centrándose en las diversas novedades en cuanto a las medicaciones en ella empleadas y utilizadas con frecuencia.

Segunda propuesta:

Capacitación a cargo del mismo personal de enfermería de la unidad y jefe del servicio centrado en diversas técnicas y procedimientos en la emergencia

Tercera propuesta:

Ateneos por parte de los enfermeros del servicio brindando una oportunidad para la capacitación y desarrollo del personal profesional que trabaja en el hospital , promoviendo así también el trabajo multidisciplinario y la formación continua

Este estudio de investigación con todas sus limitaciones es un esfuerzo por conocer, la eficiencia y conocimiento de enfermería en la administración y preparación de medicamentos durante una emergencia en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Humberto Notti de Guaymallen Mendoza.

## **Bibliografía**

Tañer, J.J. Haxe .M. Samufen. G. Ducen, Eunsa, elementos de higiene hospitalaria y técnicas de aislamiento en el hospital EUNSA

DENISSE F. POLIT, PH.D. BERNADETTE P. HUNGLER, B S N tercera edición, investigación científica en ciencias de la salud, dirigido a médicos y enfermeras, administradores en salud

Gas Beverly Witter tratado de enfermería practica B.W Du Gas. Cuarta edición, prevención y control de enfermedades.

Rocha Oliveira, Thalita Faria Simoes, Mara Sonia, La comunicación enfermera cliente en el cuidado de las urgencias 24 hs: una interpretación de travelbee, Revista electrónica trimestral enfermería n°30, abril 2013.

Seguridad de los pacientes, un compromiso de todos para un cuidado de calidad, salud uninerte, Barramquilla, Colombia 2007.

### **Páginas web consultadas**

[www.medlife.com](http://www.medlife.com)

[www.vademecum.com](http://www.vademecum.com)

[www.who.int/es.com](http://www.who.int/es.com)

# **APENDICE Y ANEXOS**

## Encuesta

Núm.....

Fecha:\_\_\_\_\_

La siguiente encuesta es realizada por Cruz, Romina Haydee y Cano, Sabrina Marianela; quienes se encuentran cursando el segundo año del ciclo de licenciatura en Enfermería, en la Universidad Nacional de Cuyo.

Dicho instrumento será utilizado para la realización de la tesis de las alumnas mencionadas anteriormente.

### INSTRUCCIONES

- a) Se marcara con una cruz (X) la o las opciones elegidas.
- b) Se pide que se conteste de forma más sincera posible.
- c) Encuesta anónima.

Marque con una cruz la respuesta que desee:

### Datos personales:

1- Edad: \_\_\_\_ 21-25 años    \_\_\_\_ 26-31 años    \_\_\_\_ 32- 40 años  
\_\_\_\_ Más de 40 años

2-Sexo: M \_\_\_\_ F \_\_\_\_

### Datos académicos:

- 2- Qué nivel de formación tiene:
- \_\_\_\_ a- licenciado en enfermería
  - \_\_\_\_ b- enfermero/a profesional
  - \_\_\_\_ c-auxiliar de enfermería

**Datos laborales:**

3- Tiempo que lleva trabajando en el servicio:

0-5 años  6-10 años  más de 10 años

4- Cuantas horas semanales trabaja:

36 horas  37-40 horas  41 horas y más

**Recursos materiales**

5- En su servicio ¿poseen todos los elementos necesarios para la preparación y administración de medicación?

Siempre  Casi siempre  A veces

6- La falta de material afecta la eficacia del trabajo del personal de enfermería

Siempre  Casi siempre  A veces

7- A la hora de la preparación de medicamentos, según su opinión ¿se cumplen con las normas básicas de bioseguridad y con las técnicas adecuadas?

Siempre  Casi siempre  A veces

8- ¿Se dispone de área limpia y sucia en su servicio para la preparación de medicación?

Sí  No

**Recurso humano**

9- Al momento de la urgencia, existe algún tipo de distribución de trabajo por parte del personal de enfermería

Siempre  Casi siempre  A veces

10-Según su opinión esta distribución ¿ayuda a mejorar la atención del paciente y a que el trabajo del enfermero sea más eficaz?

\_\_\_\_\_ Siempre    \_\_\_\_\_ Casi siempre    \_\_\_\_\_ A veces

11- Esta distribución de tareas se realiza:

\_\_\_\_\_ Siempre    \_\_\_\_\_ Casi siempre    \_\_\_\_\_ A veces

12-A la hora de la administración de medicamentos ¿cumple con los 5 correctos?

\_\_\_\_\_ Siempre    \_\_\_\_\_ Casi siempre    \_\_\_\_\_ A veces

13-Según su opinión ¿cómo considera sus conocimientos sobre la preparación y administración de medicación?

\_\_\_\_\_ Excelente    \_\_\_\_\_ Muy Bueno    \_\_\_\_\_ Bueno    \_\_\_\_\_ Regular

14-¿En su servicio se realizan capacitaciones y /o cursos de actualizaciones sobre manejo de medicación?

\_\_\_\_\_ Siempre    \_\_\_\_\_ Casi siempre    \_\_\_\_\_ A veces

15-¿qué clase de capacitaciones se realizan en su servicio?

\_\_\_\_\_ charlas    \_\_\_\_\_ talleres    \_\_\_\_\_ cursos    \_\_\_\_\_ otros (nombrarlos)

16. ¿Con que periodo de tiempo se realizan las mismas?

\_\_\_\_\_ cada 6 meses    \_\_\_\_\_ cada 1 año    \_\_\_\_\_ cada 2-3 años

\_\_\_\_\_ Más de 3 años

17- Los cursos que se dan en el servicio y/o hospital son accesibles para todo el personal

Siempre  Casi siempre  A veces

16- Según su criterio, el personal de enfermería del servicio de guardia pediátrica, ¿cuenta con conocimiento actualizado en emergencia?

Mucho  Medianamente  Poco

17- ¿Se realizan cursos o capacitaciones sobre el manejo de medicación durante la urgencia en la guardia pediátrica?

Sí  No

18- Según su opinión, al momento de la urgencia su actitud es segura al momento de preparar y administrar medicación

Siempre  Casi siempre  A veces

**Gracias por su colaboración!!!!**

Unidad	Datos laborales					
	Tiempo en el servicio			Horas semanales		
	0-5 años	6-10 años	+10 años	36 hs	37-40 hs	41hs y mas
1			X	X		
2			X	X		
3			X		X	
4		X		X		
5	X					X
6		X			X	
7		X			X	
8	X				X	
9		X			X	
10	X				X	
11	X					X
12		X			X	
13		X			X	
14			X		X	
15	X				X	
16	X				X	
17	X			X		
18		X		X		
19	X				X	
20	X				X	
21	X					X
22		X				X
23			X	X		
24		X		X		
25		X				X
26	X				X	
27	X				X	
28	X					X
29	X			X		
30			X			X
Total	14	10	6	8	15	7

Unidad	Recursos materiales										
	Elementos para prep de medicamentos			Falta de material			Normas de bioseguridad			Área limpia y sucia	
	S	C.S.	A V.	S	C.S.	A V.	S	C.S.	A V.	Si	no
1	X				X		X			X	
2	X					X	X				X
3	X					X	X			X	
4		X				X		X			X
5	X			X			X				X
6		X				X			X		X
7	X					X	X			X	
8			X		X			X			X
9		X			X			X		X	
10			X			X	X				X
11			X		X			X			X
12		X		X				X		X	
13	X				X			X		X	
14		X			X		X			X	
15	X			X			X			X	
16	X			X				X		X	
17	X			X				X		X	
18	X				X		X			X	
19	X				X			X		X	
20	X				X		X			X	
21		X		X					X		X
22	X					X		X		X	
23	X					X		X		X	
24		X				X		X		X	
25			X		X				X		X
26		X				X	X			X	
27		X			X			X		X	
28		X				X		X		X	
29	X				X		X			X	
30		X				X	X			X	
Total	15	11	4	6	12	12	13	14	3	21	9

Unidad	Recurso Humano								
	Distribución del trabajo			Eficacia del trabajo			Distribución de tareas		
	Siempre	Casi siempre	A veces	Siempre	Casi siempre	A Veces	Siempre	Casi siempre	A Veces
1	X			X			X		
2	X			X			X		
3	X			X			X		
4		X		X				X	
5	X			X				X	
6		X			X				X
7	X			X			X		
8	X			X			X		
9	X			X			X		
10	X			X				X	
11		X			X				X
12			X	X					X
13		X		X				X	
14		X			X				X
15		X			X			X	
16		X		X				X	
17	X			X				X	
18		X		X				X	
19		X		X				X	
20	X			X				X	
21	X			X				X	
22	X			X			X		
23	X			X			X		
24	X			X			X		
25	X			X			X		
26	X				X		X		
27		X			X			X	
28	X			X			X		
29	X			X				X	
30	X			X			X		
Total	19	10	1	24	6		13	13	4

Unidad	Conocimiento						
	Cumplimiento de los 5 correctos			Conocimientos sobre la prepreparacion y administraci3n de medicamentos			
	Siempre	Casi siempre	A veces	Excelente	Muy Bueno	Bueno	Regular
1	X				X		
2	X				X		
3	X			X			
4	X				X		
5	X			X			
6			X		X		
7	X			X			
8	X				X		
9		X			X		
10			X		X		
11	X				X		
12	X					X	
13		X			X		
14			X	X			
15	X					X	
16		X				X	
17	X				X		
18	X				X		
19	X				X		
20		X			X		
21	X			X			
22	X				X		
23	X				X		
24	X			X			
25	X					X	
26	X				X		
27	X				X		
28	X				X		
29	X			X			
30	X			X			
Total	23	4	3	8	18	4	

und	Capacitación											
	Realización de capacitación				Tipo de capacitación				Periodo de tiempo			
	Siempre	Casi siempre	A veces	Nunca	Charlas	Taller.	Curso	otro	c/6 meses	1 año	2-3 años	+3 años
1				X								
2		X			X					X		
3			X					X			X	
4			X				X			X		
5		X			X					X		
6			X				X				X	
7			X					X			X	
8			X					X				X
9				X								
10			X					X			X	
11			X					X				X
12			X					X				X
13			X				X					X
14			X				X				X	
15			X				X		X			
16			X				X		X			
17			X				X				X	
18			X		X					X		
19			X				X			X		
20		X			X						X	
21				X								
22				X								
23			X				X					X
24	X				X				X			
25			X		X						X	
26			X		X					X		
27			X		X					X		
28	X				X					X		
29		X			X					X		
30		X					X			X		
Total	2	5	19	4	10		10	6	3	10	8	5

und	Capacitación										
	Accesibilidad de cursos			Conocimiento actualizado en emergencia			Capacitación de manejo en medicación		Actitud en la preparación de medicación en la urgencia		
	S	Cs	Av	Mucho	Medianamente	poco	Si	No	Siempre	Casi Siempre	A veces
1	X				X		X		X		
2		X		X			X		X		
3	X			X			X		X		
4	X				X		X		X		
5		X			X			X	X		
6			X			X	X				X
7		X		X				X	X		
8			X			X		X	X		
9		X			X			X		X	
10			X		X			X	X		
11			X			X		X	X		
12	X			X			X		X		
13			X			X		X		X	
14			X		X			X	X		
15			X		X			X			X
16			X		X			X		X	
17			X			X	X		X		
18			X		X			X	X		
19			X		X		X		X		
20		X				X		X	X		
21			X		X			X		X	
22		X		X				X	X		
23		X			X			X		X	
24			X	X			X		X		
25	X				X			X	X		
26		X			X		X		X		
27		X			X			X		X	
28	X				X		X		X		
29		X			X			X	X		
30	X			X			X		X		
total	7	10	13	7	17	6	12	18	22	6	2