

UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CALLAO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



**CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE GERIÁTRICO
CON CATÉTER VESICAL DEL SERVICIO JULIÁN ARCE DEL
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO-2016**

**INFORME DE EXPERIENCIA LABORAL PROFESIONAL PARA OPTAR
EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA EN GERONTOLOGÍA Y GERIATRÍA**

ELIZABETH MANDUJANO RAMOS

**Callao, 2017
PERÚ**

HOJA DE REFERENCIA DEL JURADO

MIEMBROS DEL JURADO:

- | | |
|--|------------|
| ➤ MG. MERY JUANA ABASTOS ABARCA | PRESIDENTA |
| ➤ MG. NOEMÍ ZUTA ARRIOLA | SECRETARIA |
| ➤ DRA. TERESA ANGÉLICA VARGAS PALOMINO | VOCAL |

ASESORA: MG. HAYDEE BLANCA ROMÁN ARAMBURÚ

Nº de Libro: 03

Nº de Acta de Sustentación: 371-2017

Fecha de Aprobación del Informe de Experiencia Laboral: 26/10/2017

Resolución Decanato N° 2737-2017-D/FCS de fecha 23 de Octubre del 2017 de designación de Jurado Examinador de Informe Laboral para la obtención del Título de Segunda Especialización Profesional.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	2
I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
1.1 Descripción de la Situación Problemática	3
1.2 Objetivo	5
1.3 Justificación	5
II. MARCO TEÓRICO	6
2.1 Antecedentes	6
2.2 Marco Conceptual	8
2.3 Definición de Términos	26
III. EXPERIENCIA PROFESIONAL	27
3.1 Recolección de Datos	27
3.2 Experiencia Profesional	27
3.3 Procesos Realizados del Informe	28
IV. RESULTADOS	32
V. CONCLUSIONES	35
VI. RECOMENDACIONES	37
VII. REFERENCIALES	38
ANEXOS	39

INTRODUCCIÓN

El presente informe de experiencia laboral describe mi experiencia en el hospital nacional Dos de Mayo, institución perteneciente al ministerio de salud con nivel III, de referencia nacional y brinda atención en todas las especialidades médicas y quirúrgicas, como hospital nacional cuenta con la atención ambulatorio y servicios de hospitalización para pacientes referidos de todas las regiones del país. No cuenta con el servicio de geriatría, ellos son atendidos en consultorios externos o emergencias según requerimiento siendo hospitalizados en los servicios de medicina general como en sala de varones Julián Arce, donde se observó a pacientes geriátricos con catéter vesical por presentar anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario u otras comorbilidades que predisponen a infección urinaria.

El cuidado integral del paciente geriátrico es responsabilidad de la licenciada de enfermería siendo responsable de los procedimientos de colocación y mantenimiento del catéter vesical.

Es por ello que el presente informe de experiencia laboral profesional en la sala de medicina Julián Arce tiene como objetivo describir los cuidados de enfermería en el paciente geriátrico con catéter vesical y así contribuir al mejoramiento de la calidad de vida del mismo.

Descrito en siete capítulos: El capítulo I, contiene el planteamiento del problema, donde se describe la situación problemática, el objetivo y la justificación del informe. El capítulo II comprende el marco teórico, donde informa acerca de los antecedentes, marco conceptual y definición de términos. El capítulo III describe la experiencia profesional incluyendo la recolección de datos, experiencia profesional y los procesos realizados en el tema del informe. El capítulo IV comprende los resultados del informe, el capítulo V comprende las conclusiones, el capítulo VI comprende las recomendaciones, el capítulo VII comprende los referenciales.

I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Situación Problemática

La norma de prevención de infecciones urinarias asociadas a catéter urinario permanente e instalación de catéter urinario versión: N° 3-2015 refiere que las infecciones del tracto urinario son una de las complicaciones más frecuentes de la hospitalización el 10% de los pacientes hospitalizados son sometidos a una cateterización vesical y de ellos alrededor del 10% padecerán de una infección urinaria cerca del 80% se genera por instrumentación del tracto urinario principalmente por cateterismo Urinario Permanente. Por lo tanto, es primordial establecer estrategias destinadas a limitar el uso, duración y mantención adecuada del catéter vesical, ya que han demostrado ser efectivas en la reducción de la incidencia de infecciones asociadas a este dispositivo, permitiendo así la entrega de una atención de salud que favorezca la calidad y seguridad del paciente.(1)

En España la infección urinaria afecta aproximadamente a unos 2 millones de personas, de los cuales unas 800.000 serían mayores de 65 años no hospitalizados, las infecciones urinarias son causa importante de morbilidad en los ancianos, constituyendo en la hospitalización el 40 % de las infecciones y la primera causa de sepsis por bacilos Gram negativos, en portadores de sondas vesicales, puede llegar al 100%, la frecuencia aumenta claramente con la edad. (2)

El drenaje permanente, externo, del aparato urinario, mediante sondas y tubos, causa bacteriuria. Los potenciales efectos nocivos de la bacteriuria de la sonda permanente están relacionados con: tiempo de permanencia de la sonda; localización del catéter o sonda (uretra, vejiga, riñón); material que compone el catéter (látex, silicona, etc.); tipo de bacteria

infectante y sus mecanismos patogénicos específicos; estado de salud del aparato urinario drenado (radiaciones previas, tumores, etc.); estado de salud del paciente portador de la sonda (diabetes, inmunodeficiencia) y motilidad del mismo; incidentes y manipulaciones de la sonda, tales como, obstrucciones, lavados o retirada de la misma.(3)

La duración del sondaje es el factor de riesgo más importante para el desarrollo de bacteriuria asociada al catéter: a los 30 días de cateterización prácticamente el 100% de los pacientes es bacteriúrico. (4)

En el Perú la norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias del ministerio de salud del año 2004 expresa que la prevención y control de las infecciones intrahospitalarias se basa en estrategias ligadas principalmente a las buenas prácticas de atención, sin embargo, diversas características de la prestación de atención de salud, entre las que destacan los métodos invasivos, de exploración, plantean hoy día nuevos retos, uno de los cuales es disminuir la incidencia de infecciones intrahospitalarias.(5)

A nivel local en el hospital dos de mayo, en la guías de procedimientos de enfermería del año 2012 explica paso a paso la colocación de catéter vesical basado en medidas de bioseguridad y protección e indica como responsable a la licenciada de enfermería en las salas de medicina. (6)

El servicio de varones de Julián Arce abarca pacientes con enfermedades de alta complejidad incluyendo pacientes geriátricos ya que el hospital no cuenta con un servicio exclusivo de geriatría, cuenta con un ambiente amplio con 36 camas a cargo de dos licenciadas de enfermería y dos técnicos de enfermería

Sin embargo en mi experiencia me ha permitido identificar ciertas debilidades como: Ausentismo laboral, estrés, falta de materiales e insumos adecuados que no permiten el cumplimiento adecuado de las medidas de bioseguridad, en el año 2016 de un total de 245 pacientes geriátricos, 56 de ellos tenían catéter vesical, de los cuales 6 con diagnóstico de infección urinaria.

1.2 Objetivos

Describir la experiencia en los cuidados de enfermería en pacientes geriátricos con catéter vesical en el servicio de Julián arce del hospital nacional Dos de mayo-2016

1.3 Justificación

La infección urinaria es una de las infecciones intrahospitalarias más frecuentes que ocasiona una larga estancia hospitalaria causando molestia en el paciente así como un aumento de los costes sanitarios, la disminución de la incidencia de estas infecciones sería un indicador de la calidad de los cuidados al paciente.

El sondaje vesical constituye un factor para desarrollar una infección urinaria, por ser una técnica invasiva que consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, con el fin de establecer una vía de drenaje, temporal, permanente o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines diagnósticos y/o terapéuticos, una de las complicaciones más frecuentes del sondaje vesical es la bacteriuria, que puede ser consecuencia de gérmenes que invaden el tracto urinario proveniente de una transmisión cruzada con otros pacientes o por microorganismos propios del personal sanitario.

El presente informe tiene por finalidad dar a conocer los cuidados de enfermería en la colocación de catéter vesical en el paciente geriátrico, actividad fundamental de la licenciada en enfermería en la atención integral del paciente geriátrico hospitalizado, con el propósito de detectar e identificar en forma oportuna las complicaciones que pueda presentar el paciente.

II. MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

OROSCO RÍOS, ARIANA (2014), en el estudio infección urinaria nosocomial asociada al tiempo de colocación con la sonda vesical a corto plazo en pacientes hospitalizados en el servicio de medicina interna del HGR 1, cuyo objetivo fue determinar la asociación de infección urinaria nosocomial al tiempo de colocación de la sonda vesical a corto plazo en pacientes hospitalizados, fue un estudio prospectivo tipo observacional no experimental, llegó a la conclusión que debido a que los pacientes con cinco días o más de colocación de la sonda urinaria presentaron mayor riesgo de infección de las vías urinarias, hasta en un 11% de riesgo de infección por día con sonda, en cuanto a la realización periódica de cultivos en este tipo de pacientes así como realizar una evaluación de la necesidad de inserción, cuidados e higiene en la colocación y valorar el retiro precoz de la sonda urinaria, el patógeno aislado con mayor frecuencia durante el estudio fue el eschericha coli, lo cual limita la consideración de antibióticos para tratamiento empírico. El único factor de riesgo significativo de este estudio fue la duración en días con sonda urinaria.

HERNÁNDEZ HERNÁNDEZ, GUSTAVO (2012) en el estudio frecuencia de bacteriuria asintomática y conocimiento sobre factores de riesgo para infección urinaria en el diabético tipo 2, cuyo objetivo fue determinar con qué frecuencia se presenta bacteriuria asintomática en el diabético tipo 2 adscrito a la UMF N° 94, en un estudio observacional, descriptivo, transversal y retrospectivo, se concluyó que no solo el descontrol glucémico es un factor de riesgo para infección de vías urinarias ya que los pacientes presentaban un adecuado control glucémico y a pesar de

ello mostraban bacteriuria asintomática. Por lo cual debe darse mayor importancia a aquellos factores modificables, como hallazgo en nuestro estudio encontramos que el médico familiar no tipifica a la infección de vías urinarias, y dada la alta frecuencia de bacteriuria asintomática en pacientes diabéticos, debe considerarse el correcto registro del diagnóstico ya que ello permitirá al instituto mexicano del seguro social y al médico instruir una correcta intervención diagnóstica y terapéutica.

ZAMUDIO MORALES, CARLOS (2010) en el estudio efectividad del gel antiséptico-anestésico para reducir la frecuencia de infección urinaria en la colocación de sonda transuretral vs gel lubricante , cuyo objetivo fue determinar la efectividad del gel antiséptico-anestésico para reducir frecuencia de infección urinaria en colocación de sonda transuretral, con un estudio prospectivo observacional experimental con ensayo clínico simple ciego, se llegó a la conclusión que no hay diferencias para reducir frecuencia de infección urinaria en colocación de sonda transuretral entre ambos geles de estudio.

REMUZGO ARTESANO, AMIKA (2013) en el estudio, nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) del servicio de geriatría del hospital nacional Guillermo almenara Irigoyen 2011-2012, cuyo objetivo fue determinar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras de servicio de geriatría, realizo un estudio descriptivo de corte transversal donde se concluyó que los adultos mayores tienen un nivel de satisfacción medio con tendencia a un bajo nivel de satisfacción respecto a los cuidados de enfermería recibidos, siendo más baja la dimensión de calidez respecto a la dimensión de calidad.

2.2 Marco Conceptual

Infección urinaria

Desde el punto de vista microbiológico, existe Infección del tracto urinario cuando se detectan microorganismos patógenos en la orina, la uretra, la vejiga, el riñón o la próstata. Se pueden clasificar en Bajas (uretritis, cistitis, prostatitis) en donde no existe fiebre ni repercusión en el estado general). Altas (pielonefritis agudas, prostatitis y abscesos intrarrenales y perinéfricos que pueden tener gran repercusión sistémica), pueden aparecer juntas o aisladas, asintomáticas o síndrome clínico característico, La mayoría se adquieren en la comunidad, y sobre todo por mujeres jóvenes.

Etiología: Muchos microorganismos distintos puede infectar las vías urinarias, pero los agentes habituales son los bacilos gramnegativos siendo los más frecuentes: *Escherichia coli* origina el 80% de la infecciones agudas, en personas sin riesgo *Proteus* y *Klebsiella* los aislados con más frecuencia, en personas con litiasis *Enterobacter*, *Serratia* y *Pseudomona*

Entre los Gram positivos: *Staphylococcus saprophyticus*, *Streptococcus agalactiae*, *Enterococos*: Indica infección mixta o patología urinaria orgánica.

Staphylococcus aureus: Ante su presencia debe descartarse la vía hematógena si el paciente no es portador de sonda urinaria. *Cándida*: Más frecuentes en diabéticos, pacientes con sonda urinaria y pacientes que han recibido tratamiento antibiótico previamente.

Signos y síntomas.- Lo fundamental es el ardor al orinar conocido como disuria, otros síntomas agregados pueden polaquiuria (orinar varias veces en cantidad menor a lo habitual), dolor al final de la emisión, fiebre, náuseas, vómitos, malestar general, dolor lumbar dependiendo de la localización de la infección. Cuando es una infección urinaria alta se suele

acompañar de fiebre, malestar general, dolor lumbar, náuseas o vómitos; mientras que cuando es baja no.

Diagnóstico: El cultivo la orina es el procedimiento diagnóstico más importante, y constituye la prueba firme de infección. Existen métodos rápidos de detección de bacteriuria que utilizan fotometría o bioluminiscencia; comparados con los cultivos de orina estas técnicas tienen una sensibilidad de 95 a 98% y un valor predictivo negativo superior a 99% en presencia de bacteriuria $>10^5$ ufc/ ml, con recuentos inferiores la sensibilidad disminuye a un 60-80 %. La presencia de leucocitos en orina es un indicador muy sensible de ITU en los pacientes sintomáticos, la piuria se demuestra en casi todas las ITU bacterianas y su ausencia cuestiona el diagnóstico.

Tratamiento: el tratamiento depende de si es complicada o no complicada y siempre se debe tener en cuenta a los factores de riesgo. Es importante seleccionar en forma empírica hasta que se cuente con el resultado del urocultivo y antibiograma un antibiótico con alta eficacia sobre el agente sospechado, muy buena distribución corporal, alta concentración en las vías urinarias y con toxicidad baja. Los objetivos del tratamiento deben ser la obtención de una respuesta rápida y efectiva, prevención de la recurrencia y evitar la aparición de resistencia a los antibióticos.

La elección de un antibiótico, en diversas infecciones, depende de los niveles de concentración plasmática que alcanza el antibiótico para lograr una susceptibilidad antimicrobiana alta. Pero, en el caso de la ITU, lo importante es la concentración del antibiótico en el parénquima renal, en la capa más profunda de la pared de la vejiga y de la próstata.

Por tanto, la excreción concentración urinaria y la determinación de la actividad del antibiótico en la orina son importantes para la decisión de si su uso se justifica o no en el tratamiento de la ITU. (7)

Epidemiología y etiología de la infección urinaria en el anciano.-Las infecciones del tracto urinario (ITU) son una de las infecciones adquiridas en la comunidad más comunes en los ancianos. Como el número de ancianos tiende a incrementarse, al menos en los países desarrollados, también aumentará en el futuro este tipo de infecciones, por lo que es importante el conocimiento de su diagnóstico y tratamiento. Las ITU son, tras las respiratorias, las segundas infecciones más frecuentes en ancianos sanos que viven en la comunidad. En los pacientes geriátricos, la ITU con frecuencia tiene una presentación clínica atípica, una mayor prevalencia de comorbilidades y un riesgo aumentado de interacción entre fármacos y entre enfermedades (comparados con población más joven). Los ancianos institucionalizados es más probable que estén sondados, presenten anomalías anatómicas o funcionales del tracto urinario u otras comorbilidades (diabetes mellitus) que predisponen a ITU, con respecto a los ancianos no institucionalizados. Además, existe un mayor riesgo de infección por patógenos clásicamente considerados nosocomiales (probablemente relacionado con los tratamientos antibióticos repetitivos) y de bacteriemia y otras complicaciones sépticas asociadas a la ITU. Un cultivo positivo en un paciente geriátrico que presente fiebre no confirma el diagnóstico de ITU. De hecho, un cultivo positivo, con o sin piuria, puede corresponder a una bacteriuria asintomática, situación frecuente en el anciano y que constituye una condición similar a colonización que en la mayoría de las situaciones no se beneficia de tratamiento antibiótico en este colectivo de pacientes. Muchos datos de epidemiología de la ITU en el anciano se han obtenido de trabajos realizados en pacientes institucionalizados, cuando la mayoría de los ancianos no lo están.

Bacteriuria asintomática: Es la presencia de un número significativo de bacterias en la orina que ocurre sin ninguno de los síntomas usuales como ardor al orinar o micción frecuente. La bacteriuria asintomática en diferentes etapas de la vida y la infección manifiesta de las vías urinarias son extremadamente comunes y el número de pacientes que presentan

estas condiciones en la práctica clínica representa una considerable morbilidad y carga de trabajo. Cuando se enfrenta la bacteriuria asintomática en los pacientes que se atienden a diario, debe decidirse el momento justo y el tipo de terapia apropiada para su manejo, en caso de requerirse, así como cuando dicha bacteriuria se torna sintomática por disuria y frecuencia urinaria o, en el peor de los casos, se acompaña de signos inflamatorios sistémicos y el tratamiento debe garantizarse de forma hospitalaria o ambulatoria, de acuerdo con las enfermedades concomitantes.

La bacteriuria en los hombres se asocia estrechamente con alteraciones estructurales del tracto urinario, circunstancia que siempre debe evaluarse.

Bacteriuria asintomática en el paciente geriátrico.- definida por la presencia de bacterias en el urocultivo en un paciente sin sintomatología urinaria, es frecuente en el anciano y prácticamente constante en los pacientes con sonda urinaria. .

Tratamiento.- En los pacientes de edad que residen en la comunidad estudios aleatorizados han demostrado que el tratamiento de la bacteriuria asintomática no reduce la incidencia de infección urinaria sintomática a largo plazo, ni tampoco la mortalidad. Por lo tanto, en la actualidad no se recomienda la detección sistemática de la bacteriuria asintomática ni el tratamiento en este colectivo de pacientes. En pacientes de edad institucionalizados, estudios prospectivos y aleatorizados también han demostrado que no existe un beneficio de la detección sistemática de la bacteriuria. Por otro lado, tampoco el tratamiento de la infección reduce significativamente el porcentaje de pacientes que desarrollarán una infección urinaria sintomática. Además, el tratamiento de la bacteriuria asintomática tampoco modificó la supervivencia con respecto a los pacientes no tratados. En el grupo de pacientes tratados se observó, como era de esperar, un incremento significativo en los efectos adversos

relacionados con la administración de antimicrobianos y un aumento en el porcentaje de reinfecciones por microorganismos resistentes. En la actualidad, en las guías publicadas por la American Society of Infectious Diseases no se recomienda la detección sistemática ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática ni en los pacientes de edad avanzada que residen en la comunidad ni en aquellos ingresados en centros geriátricos a pesar de que los diabéticos con infección urinaria presentan una mayor tasa de complicaciones, en un estudio reciente prospectivo y aleatorizado se demostró que, a los 3 años de seguimiento, el tratamiento de la bacteriuria asintomática en mujeres no retrasaba ni disminuía la incidencia de infección urinaria sintomática, ni disminuía el número de hospitalizaciones por infección urinaria ni por otras causas. Además no se demostró una mayor progresión de las complicaciones de la diabetes como la nefropatía diabética en los pacientes en los cuales no se trató la bacteriuria asintomática. Los pacientes que siguieron tratamiento tuvieron significativamente más efectos adversos secundarios al consumo de antimicrobianos, lo cual se relacionó con un incremento de cinco veces la exposición global de antimicrobianos (en días) por todas las causas infecciosas. En la actualidad no se recomiendan ni la detección sistemática ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática en mujeres diabéticas. Aunque no existen estudios aleatorizados en varones afectados de diabetes mellitus, tampoco se recomienda ni el cribado sistemático ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática en este colectivo de pacientes. En los pacientes portadores de sonda urinaria prolongada (> 1 mes) en los cuales no se retiraba la sonda, un estudio prospectivo aleatorizado con cefalexina frente a no terapia observó, a las 12-44 semanas de seguimiento, una incidencia similar de episodios febriles y de reinfecciones en los pacientes tratados y no tratados, pero en el grupo de pacientes tratados las tasas de resistencia a la cefalexina fueron más elevadas. En otro estudio prospectivo no comparativo en pacientes geriátricos con sondaje prolongado, el tratamiento de la

bacteriuria asintomática no disminuyó el número de episodios febriles al compararlo con el período pre tratamiento. Además se observó una recurrencia precoz de la bacteriuria después del tratamiento y esta a menudo estaba causada por microorganismos resistentes. En otro estudio aleatorizado con placebo en 313 pacientes, de los cuales más de la mitad eran portadores de sonda urinaria, no se observó ningún beneficio clínico ni en las tasas de erradicación de la bacteriuria en el grupo tratado, a las 2 semanas de haber finalizado la terapia anti fúngica. En pacientes hospitalizados (edad media de 50 años) con bacteriuria asintomática persistente a las 48 h de haber retirado la sonda (media de 3 días de sondaje) se observó que en el 36% de los casos la bacteriuria se aclaraba a los 14 días; sin embargo, el 17% de los pacientes desarrollaron una infección urinaria sintomática. En el grupo que recibieron tratamiento ningún paciente desarrolló una infección urinaria. No se dispone de experiencia en este aspecto ni en pacientes ancianos ni en enfermos con sondaje urinario prolongado en los cuales se retira la sonda urinaria y que siguen bacteriúricos. Así pues no se recomienda la detección sistemática ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática en los pacientes portadores de sonda urinaria. En pacientes ancianos no se recomienda la detección sistemática ni el tratamiento de la bacteriuria asintomática persistente tras la retirada de un sondaje urinario hasta que no exista evidencia científica de su eficacia. En grupos seleccionados de pacientes inmunodeprimidos se había sugerido que podría ser útil el tratamiento de la bacteriuria asintomática. En el trasplante renal se había observado una elevada incidencia de bacteriuria asintomática, especialmente en los primeros 6 meses pos trasplante. La introducción de la profilaxis antibiótica posquirúrgica, la retirada precoz de la sonda urinaria en el postoperatorio y la profilaxis prolongada administrada en algunos pacientes para prevenir otras infecciones ha reducido tanto la incidencia de la bacteriuria asintomática como de infecciones urinarias sintomáticas. Por otra parte, estudios recientes han observado que no existe relación entre la

presencia de bacteriuria asintomática y la supervivencia del injerto; además, en los pacientes con fallo del injerto e infección urinaria, esta se relacionó con la existencia de alteraciones urológicas subyacentes más que con la existencia de bacteriuria asintomática. En la actualidad existen discrepancias sobre la necesidad de detectar sistemáticamente la existencia de bacteriuria asintomática; parece prudente su tratamiento hasta que se disponga de estudios que avalen o desaconsejen esta actitud.

No se ha evaluado la necesidad de detección y tratamiento de la bacteriuria asintomática en otros trasplantes de órganos sólidos. La baja prevalencia de bacteriuria asintomática que se observa actualmente, con la introducción de la profilaxis antibiótica prequirúrgica, la retirada precoz de la sonda urinaria y la utilización de sistemas de drenaje cerrado de la misma hacen que no se recomiende la detección y el tratamiento en este colectivo. No se recomienda tampoco la detección y el tratamiento de la bacteriuria asintomática en pacientes infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Clásicamente los pacientes con bacteriuria asintomática y neutropenia inducida por quimioterápicos tenían un riesgo elevado de infección urinaria invasiva. Sin embargo, estos datos procedían de la época previa a la introducción de la profilaxis antibiótica. En la actualidad, no se recomienda la detección sistemática de la bacteriuria asintomática en estos pacientes, pero parece conveniente su tratamiento si el paciente no recibe antibióticos por otro motivo. En pacientes bacteriúricos sometidos a una resección transuretral de la próstata, el 60% presentará bacteriemia y entre el 6 y el 10%, sepsis. Estudios prospectivos han demostrado que el tratamiento de la bacteriuria asintomática reduce significativamente estas complicaciones. Hoy en día se recomienda la detección sistemática de bacteriuria asintomática antes de la resección prostática. No está bien definido cuándo se debe iniciar el tratamiento antimicrobiano; aunque algunos autores la inician 72 h antes, esta actuación puede comportar el riesgo de infecciones por

microorganismos resistentes. Se recomienda iniciar la terapia antimicrobiana inmediatamente o pocas horas antes de la cirugía. La duración de la terapia antimicrobiana, que se elegirá en función del urocultivo y del resultado de la sensibilidad en el antibiograma, no está bien establecida; no se aconseja prolongarla más de 24 h, excepto si el paciente continúa sondado. Existe escasa literatura médica sobre la utilidad del tratamiento de la bacteriuria asintomática en otros procedimientos urológicos; debe considerarse el tratamiento de la bacteriuria asintomática si existe un riesgo de hemorragia de la mucosa secundaria a la manipulación urológica, como por ejemplo antes de realizar un estudio urodinámico, de colocar un stent antes de la extracción de cálculos uretrales y de practicar una cistoscopia en los varones, pero no en la mujer.

Infección urinaria asociada al catéter vesical.- supone una de las causas más frecuentes de infección nosocomial, llegando a representar hasta el 75-80% de las infecciones hospitalarias. Además, aparece como una de las infecciones habituales de los ancianos institucionalizados, entre el 35-40% de las infecciones, debido a que la comorbilidad y el deterioro funcional son muy importantes. Se ha comunicado que en estos pacientes el riesgo de hospitalización, la estancia media y la duración del tratamiento antibiótico son mayores. El subgrupo de ancianos que con más frecuencia es portador de catéter vesical de forma permanente suele ser el de los varones (proporción de 10 a 1). La causa más frecuente es la obstrucción del tracto urinario inferior, por adenoma o por carcinoma prostático, ocupando el segundo lugar la incontinencia urinaria. En varios estudios se han analizado los principales factores de riesgo de las infecciones urinarias en los pacientes portadores de catéter vesical, y en todos ellos aparece como el de mayor significación la duración de la cateterización. Cabe destacar que cuando esta se realiza de forma transitoria (un único procedimiento con retirada inmediata), el riesgo de bacteriuria es del 5%, mientras que si la sonda se deja de forma

permanente este riesgo se eleva considerablemente cada día que pasa, y se acepta que entre 5 y 15 días el 100% de estos pacientes va a presentar bacteriuria mixta significativa (asintomática o no), dependiendo del tipo de catéter utilizado (sondas clásicas entre 3-5 días y aquellas con revestimiento interior hidrofílico a los 10-15 días). Otros factores menos importantes son el sexo femenino, el antecedente de diabetes mellitus, la existencia de retención urinaria, los varones con obstrucción prostática, la alteración de la función renal, el uso previo de antibióticos, la mala técnica de la cateterización, los pacientes debilitados y los ancianos. Por ello, actualmente se acepta que el hecho de ser portador de un catéter vesical a largo plazo (más de 30 días) supone un factor de riesgo muy importante para el desarrollo de la infección urinaria y requiere un abordaje, tanto diagnóstico como terapéutico, especial. En estos casos se debería considerar la infección como complicada, al igual que si el paciente tuviera alguna alteración funcional o estructural del tracto urinario

Manifestaciones clínicas de la infección urinaria en el anciano.- En el anciano no existe una correlación directa entre las manifestaciones clínicas y la existencia de infección urinaria. Los síntomas habituales de afectación del tracto urinario superior (fiebre, escalofríos, dolor lumbar, estado séptico, leucocitosis, etc.) y del tracto urinario inferior (dolor abdominal, oliguria, hematuria) suelen estar menos presentes con respecto a los otros grupos de edad, y suelen manifestarse más de forma atípica (delirium, caídas, anorexia, náuseas, etc.). Por todo ello, y debido a su alta prevalencia, se debe sospechar la existencia de una infección urinaria siempre que se produzca un cambio en la situación clínica o funcional del anciano (confusión, deshidratación, postración, etc.) no justificado por otra circunstancia, máxime en el caso de que el anciano sea portador de un catéter vesical, ya que en estos casos el índice de sospecha clínica debe ser todavía mucho más elevado. En función de lo anteriormente expuesto, sería recomendable mantener una vigilancia clínica mucho más estrecha en los ancianos portadores de catéter vesical.

En ese sentido, una actitud adecuada sería la de tener identificada (mediante cultivo de orina previo) la flora microbiana presente en la orina del anciano, así como su sensibilidad, y mantener una conducta expectante. En caso de que apareciera cualquier cambio clínico, bien general (malestar general, anorexia, astenia, delirium, febrícula-fiebre, hipotensión, etc.) o local (molestias abdominales, dolor lumbar, cambio en las características de la orina) no explicadas por otra causa, se debería poner en marcha lo antes posible una antibioterapia empírica de corta duración. No sería necesario practicar nuevos cultivos en ese momento, puesto que la biopelícula que engloba a los agentes etiológicos es muy estable (meses e incluso años) y no cambia salvo que se presione con antibióticos. Unos 10 días después del tratamiento se habrá formado una nueva biopelícula, por lo que entonces se debería repetir el cultivo para conocer la flora microbiana. En los pacientes portadores de sonda vesical a largo plazo y que desarrollan infección sería conveniente plantear el recambio de la sonda vesical, además de iniciar el tratamiento antibiótico.

Diagnóstico de la infección urinaria en el anciano portador de catéter vesical.- En el paciente portador de sonda vesical es más complejo, debido al valor limitado que puede tener el hallazgo de piuria en el sedimento y su menor relación con la presencia de bacteriuria, con respecto al paciente que no es portador de catéter vesical. Síntomas generales – Fiebre – Dolor abdominal – Hipotensión – Dolor lumbar – Deterioro general – Hematuria – Astenia – Disuria – Apatía – Espasmos vesicales – Anorexia – Delirium – Deterioro funcional – Caída Sedimento de orina. El concepto de piuria se ha ido modificando en los últimos años y actualmente se acepta en el varón una cifra de leucocitos superior a 10 por campo, y en el caso de la mujer por encima de 8 leucocitos por campo. No obstante, este método diagnóstico tiene menos valor en los pacientes portadores de catéter vesical, ya que su correlación con la presencia de bacteriuria es menor, aceptándose que la piuria de forma aislada presenta una baja sensibilidad (en torno al 40-50%), una elevada

especificidad (en torno al 90%) y un bajo valor predictivo positivo (menor del 40%). Por ello, no debe ser considerada de forma aislada en la valoración del paciente con infección urinaria, ni debería utilizarse como único criterio para solicitar o no un cultivo de orina, basándonos más en los datos clínicos. Puede ser interesante recordar que algunas causas frecuentes de piuria pueden estar relacionadas con ciertos procesos inflamatorios/infecciosos del tracto urinario como la tuberculosis, las litiasis, las neoplasias, las uretritis o las prostatitis no bacterianas. Pruebas urinarias rápidas de detección Aunque en la actualidad se dispone de una serie de pruebas rápidas, como la transformación de nitritos a nitratos o la positividad de la esterasa leucocitaria, que han mostrado una elevada sensibilidad en la detección de bacteriuria en pacientes sin catéter vesical, no existen suficientes datos para su utilización como prueba diagnóstica estándar en los pacientes con sonda vesical. Urinocultivo En los pacientes portadores de catéter vesical, la interpretación de un cultivo positivo se hará con un recuento mayor de 10² UFC/ml en un paciente sintomático, si bien la gran mayoría de las veces el crecimiento de UFC es superior a 10⁵ /ml

Prevención de las infecciones urinarias relacionadas con el catéter.-

Indudablemente, la mejor prevención de las infecciones urinarias pasa por una indicación adecuada del catéter vesical, evitándose así un porcentaje considerable de sondajes permanentes, muchos de ellos cuestionables. Por lo tanto, habría que promover su correcta indicación, así como la utilización de procedimientos alternativos (colector externo, cateterismo vesical intermitente) cuando fuera posible. Algunas de estas indicaciones lo serán para mantener el sondaje durante un período corto, aunque lo que ocurre en bastantes ocasiones en el anciano es que no se considera nuevamente su indicación, y al paciente se le mantiene, en muchas ocasiones, de forma no justificada, con un catéter vesical (p. ej., el ingreso hospitalario, manejo de la incontinencia, retención aguda de orina, etc.).

(2)

Guía de procedimiento en cateterismo vesical hospital Dos De Mayo-2012

Descripción.-El cateterismo vesical es un procedimiento muy común que comprende en la inserción de la sonda a través del meato urinario hacia la vejiga para la evacuación del contenido vesical.

Indicaciones

- Retención urinaria con formación de globo vesical que no cede a medios físicos.
- Incontinencia urinaria
- Exceso de volumen de líquidos relacionado a compromisos de los mecanismos reguladores (aumento de sodio, exceso de aporte de líquidos)
- Obtención de muestra estéril

Contraindicaciones

- Trauma pélvico vesical, perineal y uretral
- Hematuria microscópica
- Cirugía uretral o vesical

Persona responsable.-Licenciada en Enfermería

Recursos humanos.- Enfermera y técnica de enfermería. (6)

Equipo y material.-

- Sonda vesical estéril según edad del paciente N° 8- 10 para niños, 14-16 para adultos.
- Una jeringa de 5 o 10cm
- Suero fisiológico
- Guantes estériles
- Lubricante líquido estéril [vaselina, cloruro de sodio, xilocaina en gel]
- Equipo para higiene de genitales
- Riñonera
- Bolsa colectora

- Esparadrapo
- Chata o urinario.

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
<p>1.- Lavado de manos con técnica aséptica</p> <p>2.-Preparar el equipo y tenerlo listo para su uso</p> <p>3.- Explicar al paciente el procedimiento y aislarlo de miradas extrañas.</p> <p>4.-Colocar al paciente en posición de litotomía o ginecológica, manteniéndolo cubierto con una sábana.</p> <p>5.-Realizar higiene de los genitales externos</p> <p>6.- Calzarse los guantes y lubricar la sonda con solución estéril.</p> <p>7.-Coger la sonda con la mano derecha y con la mano izquierda sujetar el pene sin presionar levantándolo hasta formar un ángulo de 90° en relación con el abdomen.</p> <p>8.- Introducir la sonda en forma circular, unos 15 cm en el varón y en la mujer 8cm, hasta observar el flujo de orina, verificar si hay acodaduras.</p> <p>9.- Inyectar 5cc de agua destilada o</p>	<p>1.-Evita la diseminación de microorganismos y contaminación del equipo a utilizar.</p> <p>2.-Ahorra tiempo y esfuerzo.</p> <p>3.- Disminuye el temor y favorece la participación y colaboración del paciente durante el procedimiento, protege la individualidad del paciente.</p> <p>4.-Permite la exposición de los genitales externos para realizar el procedimiento, respeta la privacidad.</p> <p>5.-Disminuye la contaminación de la vejiga por vía ascendente.</p> <p>6.-Evita el riesgo de contaminación favorece el ingreso de la sonda sin causar dolor o irritación a nivel de la uretra.</p> <p>7.- Esta posición facilita la introducción de la sonda por el orificio uretral y llegar hasta la vejiga.</p> <p>8.-La uretra femenina mide de 6 a 10 cm y en el varón de 13 a 17 cm</p> <p>9.-La inyección de líquido hasta que forme un globo en la punta de la</p>

<p>suero fisiológico estéril por la rama más pequeña de la sonda.</p> <p>10.-Conectar la sonda a la bolsa colectora y colocarla debajo de la cama del paciente.</p> <p>11.-Fijar la sonda externamente con esparadrapo a nivel del muslo de manera que no haya tirantez de la sonda para evitar lesiones uretrales o genitales.</p> <p>12.- Rotular la sonda y bolsa colectora indicando fecha y hora de la colocación de la sonda.</p> <p>13.-Dejar cómodo al paciente y realizar notas de enfermería acerca del procedimiento.</p> <p>14.- Limpiar y dejar el equipo en orden</p> <p>15.- Desocupar la bolsa colectora cada seis horas como mínimo o de acuerdo a prescripción médica.</p> <p>16.-Medir el volumen urinario y observar sus características.</p>	<p>sonda obstruye parcialmente la luz de la uretra e impide su retiro asegurando la posición de la sonda en la vejiga.</p> <p>10.- l colector a un nivel inferior del paciente facilita el descenso de la orina por gravedad.</p> <p>11.- La fijación de la sonda evita que se desconecte cualquier parte del sistema que pudiera ocasionar contaminación e incomodidad en el paciente.</p> <p>12.-Permite controlar el tiempo de permanencia de la sonda para un nuevo cambio si es necesario.</p> <p>13.-Produce bienestar al paciente, permite informar al personal y registrar los hallazgos.</p> <p>14.-Permite que pueda utilizarse el equipo cuando sea necesario.</p> <p>15.- Para evitar infecciones.</p> <p>16.-Medir y valorar el volumen para evitar descompensación brusca y rápida pudiendo ocasionar problemas en la volemia.</p>
---	--

Teoría del Cuidado Humano de Jean Watson

Watson ha estudiado el cuidado de enfermería con enfoques filosóficos (existencial – fenomenológico) y con base espiritual, y ve el cuidado como un ideal moral y ético de la enfermería, en otras palabras, el cuidado humano como relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera persona y paciente persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado.

Las premisas básicas expuestas son un reflejo de los aspectos interpersonales – transpersonales – espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana y, proporcionan el fundamento para el desarrollo de su teoría:

- Las emociones y la mente de una persona son las ventanas de su alma.

- El cuerpo de una persona está limitado en el tiempo y el espacio, pero la mente y el alma no se limitan al universo físico.
- El acceso al cuerpo, a la mente y al alma de una persona es posible siempre que la persona sea percibida como una totalidad.
- El espíritu, lo más profundo de cada ser, o el alma de una persona existe en él y para él.
- Las personas necesitan la ayuda y el amor de los demás.
- Para hallar soluciones es necesario encontrar significados.
- La totalidad de la experiencia en un momento dado constituye un campo fenomenológico.

Watson considera la persona como “un ser en el mundo”, como una unidad de mente – cuerpo y espíritu, que experimenta y percibe conceptualmente el gestalt, es el locus de la existencia humana y el sujeto de cuidado de enfermería.

Medio ambiente. Es la realidad objetiva y externa además del marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, o realidad subjetiva, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)

Salud. De acuerdo con Watson, la salud tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado” (8)

Enfermería. La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta”.

Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud – enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la autocuración.

Interacción enfermera paciente:

El ideal moral de enfermería es la protección, mejora y preservación de la dignidad humana. El cuidado humano involucra valores, voluntad y un compromiso para cuidar, conocimiento, acciones de cuidado y consecuencias. Al ser considerado el cuidado como intersubjetivo, responde a procesos de salud enfermedad, interacción persona medio ambiente, conocimientos de los procesos de cuidado de enfermería, autoconocimiento, conocimiento del poder de sí mismo y limitaciones en la relación de cuidado. Ella conceptualiza el cuidado como un proceso interpersonal, entre dos personas, con dimensión transpersonal (enfermera paciente).

Campo fenomenológico:

El cuidado inicia cuando la enfermera entra en el campo fenomenológico del paciente (marco de referencia de la persona, realidad subjetiva compuesta en su totalidad por la experiencia humana) y responde a la condición del ser del paciente (espíritu, alma) de la misma manera que el paciente expone sus sentimientos subjetivos.

Relación de cuidado transpersonal:

El cuidado transpersonal es una unión espiritual entre dos personas que trascienden “persona, tiempo, espacio e historia de vida de cada uno”. Esta trascendencia permite a ambos el paciente y la enfermera entrar en el campo fenomenológico del otro.

La relación de cuidado transpersonal se caracteriza por:

- El compromiso moral de la enfermera de proteger y realzar la dignidad humana así como el más profundo/más alto Yo.
- El conocimiento del cuidado de la enfermera transmitido para conservar y honrar el espíritu incorporado, por lo tanto, no reducir a la persona al estado moral de un objeto.

Esta relación describe cómo la enfermera va más allá de una evaluación objetiva, mostrando preocupación (interés) hacia el significado subjetivo y más profundo de la persona en cuanto a su propia situación de salud.

La teoría de Watson proyecta una reverencia por las maravillas y misterios de la vida, un reconocimiento de la dimensión de la vida espiritual, y una fundamental creencia en el poder interno de los procesos de cuidado humano para producir crecimiento y cambio. Watson destaca el acto de ayuda de las personas para conseguir más autoconocimiento, autocontrol y disposición para la autocuración independientemente de la condición externa de salud.

Momento de cuidado:

Según Watson, una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana a humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales, expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo – todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.

2.3 Definición de Términos

Cuidado.- Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Enfermería.- es la ciencia que se dedica al cuidado y atención de enfermos y heridos, así como a otras tareas sanitarias, siguiendo pautas clínicas. La enfermería forma parte de las conocidas como ciencias de la salud

Paciente geriátrico.- se define como aquel que cumple tres o más de las siguientes condiciones: Generalmente mayor de 75 años, Pluripatología relevante, Alto riesgo de dependencia y Presencia de patología mental acompañante o predominante.

Catéter vesical.- son tubos flexibles, generalmente de látex, que en la cateterización urinaria, se pasan a través de la uretra y hacia dentro de la vejiga con el propósito de drenar la orina. Quedan retenidos por medio de un globo en la extremidad del catéter que se infla con agua estéril. Los globos vienen típicamente en dos tamaños diferentes, 5 cm³ y 30 cm³.

Infección.- es la invasión de un anfitrión por microorganismo patógeno, su multiplicación en los tejidos y la reacción del anfitrión a su presencia y a la de sus posibles toxinas. Las infecciones pueden deberse a bacterias, hongos, virus, protozoos o priones. Las infecciones pueden ser además locales o sistémicas.

Atención.- es el proceso conductual y cognitivo de concentración selectiva en un aspecto discreto de la información, ya sea considerada subjetiva u objetiva, mientras que se ignoran otros aspectos perceptibles. La atención también ha sido denominada como la asignación de recursos de procesamiento limitados

III. EXPERIENCIA PROFESIONAL

3.1 Recolección De Datos

La recolección de datos se realizó utilizando técnicas y herramientas permitiendo así ordenar sistemáticamente la información y sustentar el conocimiento de los cuidados en la hospitalización, así como los registros de enfermería, informes mensuales.

Las fuentes de recolección de datos fueron:

Libros estadísticos, historias clínicas, libro de ingresos y egresos del servicio de medicina Julián arce.

3.2 Experiencia Profesional

Descripción del área laboral:

El hospital nacional Dos De Mayo en una institución de nivel III perteneciente al ministerio de salud del Perú.

El servicio de Julián Arce se encuentra en el centro del hospital, llamado la rotonda es de solo un piso de material noble, cuenta con el ambiente de hospitalización de 36 camas, la oficina de jefatura médica, estar de enfermería, aula educativa, ambiente de nutrición, tópico de curaciones.

Cuenta con 15 profesionales de enfermería incluyendo la jefa de servicio y 14 personal técnico de enfermería.

Características geográficas:

Ubicado en el parque de la medicina peruana s/n altura de la cuadra 13 de la avenida Miguel Grau en el cercado de lima.

Infraestructura:

La infraestructura tiene una antigüedad de 143 años, entre el material noble, madera y concreto, el hospital Nacional Dos De Mayo en la actualidad no cuenta con la especialidad de geriatría, pero se observa

mayor cantidad de pacientes geriátricos en los servicios de medicina general, siendo el servicio Julián Arce uno de los principales.

3.3 Procesos realizados en el tema del informe

En el año 2004 inicie mis estudios universitarios en la universidad privada San Juan Bautista, en el distrito de chorrillos, continuando con el internado rural en el puesto de salud Laderas de Villa, centro de salud de Lurín, y el centro de salud de Pachacamac, el internado hospitalario lo realice en el hospital Nacional Dos De Mayo y en el Hospital Militar.

En el año 2011 realice el SERUMS en el puesto de salud Sasby ubicado en el distrito de villa el salvador. Lima.

En el año 2012 ingrese al hospital nacional Dos De mayo como licenciada de enfermería nombrada a cargo del departamento de enfermería liderado por la MG Julia Tiznado, actualmente soy miembro activo del colegio de enfermeros del Perú, mi experiencia laboral la inicie realizando una rotación por los diferentes servicios de medicina (Julián Arce, San Pedro, San Antonio, Santa Ana) en los servicios de cirugía (Urología, Neurocirugía, Cirugía general, etc.) Y en el servicio de enfermedades infecciosas y tropicales.

Entre las funciones asistenciales se aplica el proceso de atención de enfermería PAE basándonos en la satisfacción de las necesidades principales del paciente con comodidad, confort con atención oportuna y personalizada.

Las funciones del profesional de enfermería En el Servicio de Medicina son los siguientes:

- Realizar reporte de Enfermería.
- Preparar el coche de visita médica con los materiales correspondientes.

- Actualizar el kárdex. (Tratamiento Médico, cuidados de Enfermería, dietas etc.)
- Controlar y graficar las funciones vitales.
- Hacer entrega de recetas, ordenes de exámenes a los familiares de los pacientes, orientándolos adecuadamente.
- Participar en procedimientos especiales (paracentesis, toracentesis, etc.).
- Apoyar a los especialistas durante la interconsulta.
- Brindar cuidado integral a los pacientes en general. (físico, psicológico y espiritual)
- Realizar cuidados especiales a los pacientes seniles.
- Realizar el ingreso, altas y transferencia de pacientes.
- Recepcionar, registrar y controlar los medicamentos y/o materiales para exámenes de los pacientes hospitalizados.
- Enviar la relación de pacientes hospitalizados a portería por duplicado.
- Controlar el stock de medicamentos, materiales y equipos de stock.
- Aplicar medidas de Bioseguridad en todas sus acciones de Enfermería.
- Informar, orientar y brindar apoyo emocional al paciente y familia.
- Supervisar y controlar la ejecución de las actividades al personal técnico.
- Participar en actividades educativas del Servicio.
- Cumplir y hacer cumplir las normas vigentes de la institución y del Servicio.
- Realizar la estadística de los pacientes en la hoja de censo diario.
- Cumplir con la administración de medicamentos oral y parenteral.
- Coordinar permanentemente con el Servicio Social sobre pacientes con problemas sociales y económicos.
- Monitorizar a pacientes delicados y registrar su evolución en las hojas de Enfermería.

- Aplicar procedimientos especiales (colocación de sonda foley, sonda naso gástrica, etc.).
- Apoyar en las transferencias.
- Enviar la orden de dieta al Servicio de Nutrición.
- Orientar y guiar al personal técnico en el cumplimiento de sus labores y responsabilidades.
- Orientar al paciente y familiares durante el alta para los cuidados posteriores.
- Captar y registrar al paciente sintomático respiratorio
- Realizar curaciones (heridas, úlceras por decúbito, celulitis, etc.)
- Supervisar la desinfección de ambientes según demanda de pacientes.
- Supervisar la preparación de materiales en general.
- Participar en la supervisión de todos los Servicios.
- Participar activamente en las reuniones técnicas del Servicio.
- Actualizar el periódico mural.
- Realizar el consolidado mensual del parte diario del Enfermero.
- Desarrollar labor docente y promover estudio e investigación en el marco de los Convenios Interinstitucionales.
- Velar por la integridad y buen funcionamiento de los equipos, materiales, insumos y enseres del servicio, responsabilizándose por su deterioro o uso indebido.
- Cumplir con la normatividad vigente relacionada al área de su competencia.
- Conocer y socializar el Plan Hospitalario de Evacuación y Comportamiento en caso de Desastres.
- Las demás funciones que le asigne su jefe inmediato.

En el servicio de medicina, pabellón Julián Arce, como enfermera asistencial observe una gran cantidad de pacientes geriátricos hospitalizados por diferentes patologías propias de la edad, varios de

ellos tenían catéter vesical, siendo una de mis funciones la colocación del mismo mediante las técnicas basada en la guía de procedimiento cateterismo vesical del hospital Dos De mayo-2012.

El cateterismo vesical es un procedimiento muy común de la enfermera asistencial que comprende la inserción de La sonda a través del meato urinario hacia la vejiga para la evacuación del contenido vesical, la sonda más utilizada es la sonda Foley, con el tiempo de cambio de siete días, siendo responsable del mismo.

Innovaciones y aportes.- como enfermera asistencial mi principal preocupación es el bienestar del paciente, en este caso el paciente geriátrico con catéter vesical, proporcionando una atención con calidad y calidez basándome en conocimientos científicos como son las medidas de bioseguridad en los procedimientos.

Actualmente los profesionales de enfermería en conjunto con la jefatura estamos elaborando la nueva guía de procedimientos de enfermería que incluye el cateterismo vesical.

Limitaciones para el desempeño profesional.- Entre las limitaciones que se encontraron fueron los siguientes:

- Insuficiente cantidad de insumos y materiales para la colocación y cambio oportuno de catéter vesical.
- Ausentismo laboral por faltas y descanso médico que sobrecargan las labores en la enfermera asistencial que queda a cargo.
- Desconocimiento de parte de algunos profesionales de enfermería acerca de una guía de procedimientos para catéter vesical.

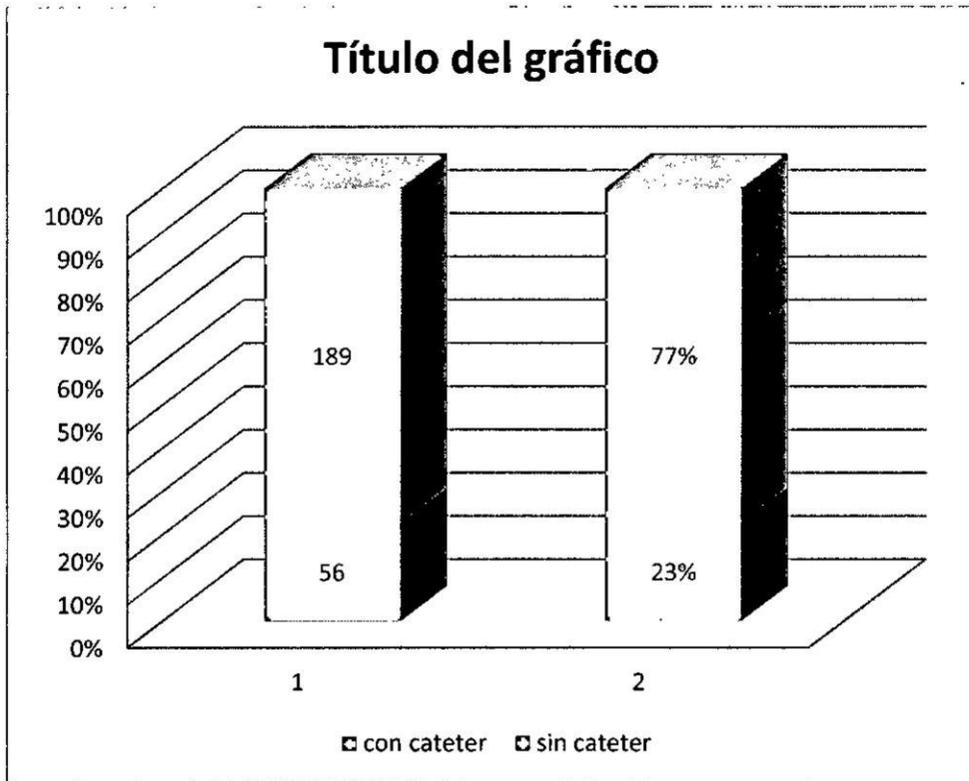
IV. RESULTADOS

TABLA N° 4.1
PACIENTES GERIÁTRICOS CON CATÉTER VESICAL
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE JULIÁN ARCE- 2016

PACIENTES GERIÁTRICOS HOSPITALIZADOS	N	%
CON CATÉTER VESICAL	56	23%
SIN CATÉTER VESICAL	189	77%
TOTAL	245	100%

Fuente: libro de ingresos y egresos del servicio de Julián Arce

GRAFICO N° 4.2
PACIENTES GERIÁTRICOS CON CATÉTER VESICAL
HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE JULIÁN ARCE-2016



Interpretación.- En el servicio de Julián Arce durante el año 2016 se hospitalizaron 245 pacientes geriátricos que representa el 100%, 56 de ellos que representa el 23% tenían catéter vesical.

TABLA N° 4.3

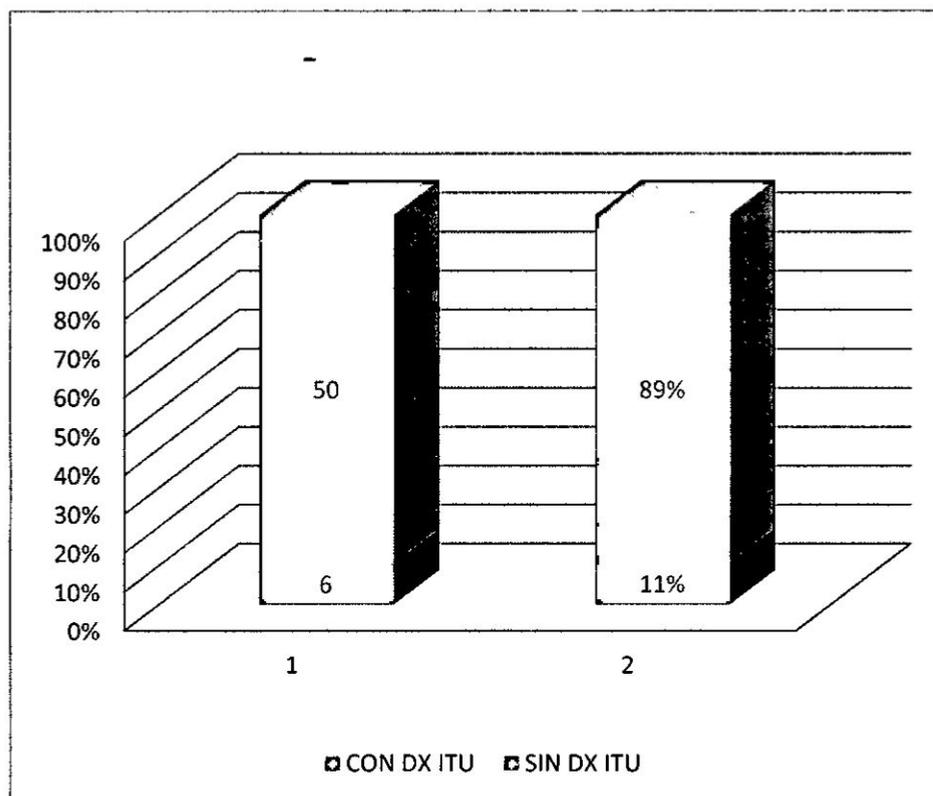
PACIENTES GERIÁTRICOS CON CATÉTER VESICAL Y DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN URINARIA HOSPITALIZADOS EN EL SERVICIO DE JULIÁN ARCE- 2016

PACIENTES GERIÁTRICOS CON CATÉTER VESICAL	N	%
DX ITU	6	11%
SIN DX ITU	50	89%
Total	56	100%

Fuente: libro de ingresos y egresos del servicio Julián Arce

GRAFICO N° 4.4

PACIENTES GERIÁTRICOS CON CATÉTER VESICAL Y DIAGNOSTICO DE INFECCIÓN URINARIA EN EL SERVICIO JULIÁN ARCE-2016



Interpretación.-En el servicio Julián Arce en el año 2016, 56 pacientes que representa el 100% tenían catéter vesical, 6 de ellos que representa el 11% tenían el diagnostico de infección urinaria.

V. CONCLUSIONES

Al término del informe se concluye lo siguiente:

- En el año 2016 se hospitalizaron 245 pacientes geriátricos de los cuales 56 tuvieron catéter vesical.
- De los 56 pacientes con catéter vesical se identificaron que 6 de ellos que representa el 11% tenían el diagnóstico de infección urinaria.

VI. RECOMENDACIONES

1. Proporcionar material e insumos adecuados al profesional de enfermería encargado de dicho procedimiento
2. Actualizar las guías de procedimiento en cuanto a la colocación de catéter vesical en el paciente geriátrico.
3. Facilitar las guías de procedimiento al personal profesional
4. Concientizar al profesional encargado del procedimiento a conservar las medidas de bioseguridad en la realización de dicho procedimiento.
5. Realizar capacitaciones constantes sobre procedimientos vinculados a la colocación de catéter vesical.

VII. REFERENCIALES

1. Comité IAAS EU. Normas de prevención de infecciones urinarias asociadas al catéter urinario permanente e instalación de catéter urinario. Chile-2015
2. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Guía de buena práctica clínica en geriatría. primera edición: Zambón 2005
3. Remigio Vela Navarrete, Francisco Soriano, Carmen González Enguita, Leticia Ponte, María del Carmen López, Cristina Martín Vivas. Infecciones del aparato urinario motivadas por la sonda permanente. vol.60 no.9. España. 2007
4. Farmacéuticos sin fronteras. Infección urinaria asociada al sondaje vesical. España 2010.
5. Ministerio de salud. Norma técnica de prevención y control de infecciones intrahospitalarias. Lima-Perú. 2004
6. Hospital nacional Dos De Mayo. Guía de procedimientos de enfermería, Lima-Perú. 2012.
7. https://es.wikipedia.org/wiki/Infecci%C3%B3n_urinaria
8. <https://encolombia.com/medicina/revistas-medicas/enfermeria/ve-104/trabajoslibres1/>

ANEXOS

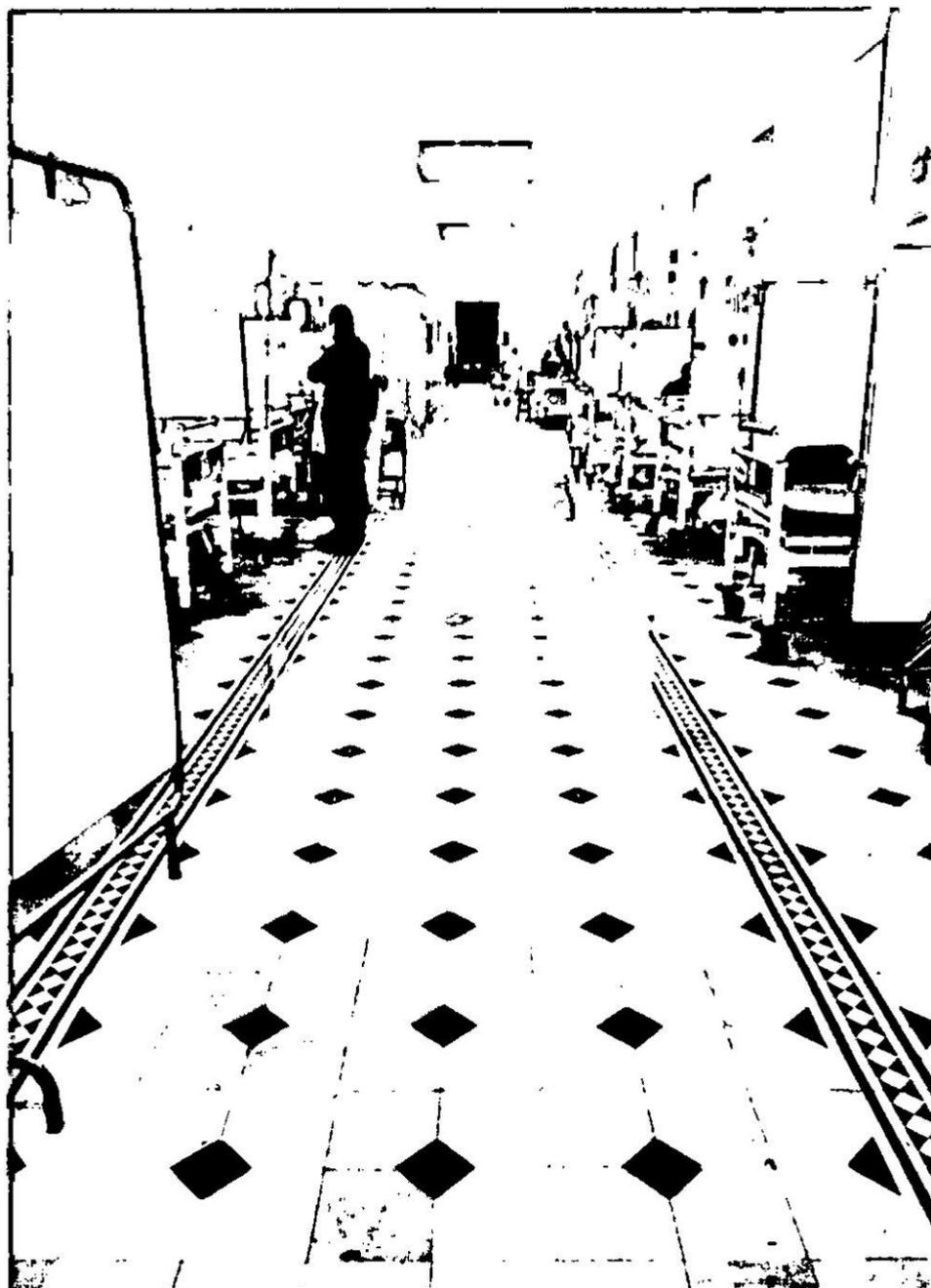
HOSPITAL NACIONAL DOS DE MAYO



FRONTIS DEL SERVICIO DE MEDICINA JULIÁN ARCE



INTERIOR DE LA SALA DE MEDICINA JULIÁN ARCE



**LICENCIADA DE ENFERMERIA DE LA SALA SALA DE
MEDICINA JULIAN ARCE**







CAPÍTULO IV

Estructura Orgánica y Organigramas Estructural y Funcional Del Departamento de Enfermería

4.1 Estructura Orgánica

El Departamento de Enfermería es la unidad orgánica encargada de ejecutar las acciones y procedimientos de enfermería que aseguren la atención integral e individualizada del paciente de acuerdo a su grado de dependencia, diagnóstico y tratamiento médico, proyectando sus acciones a la familia y a la comunidad; depende de la Dirección General.

El Departamento de Enfermería tiene la siguiente estructura orgánica:

- Servicio de Enfermería de Consulta Externa.
- Servicio de Enfermería de Medicina.
- Servicio de Enfermería de Cirugía
- Servicio de Enfermería de Pediatría
- Servicio de Centro Quirúrgico.
- Servicio de Central de Esterilización
- Servicio de Central de Hotelería
- Servicio de Enfermería de Emergencia
- Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos

a. Servicio de Enfermería de Consulta Externa:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería de los consultorios externos, campañas de atención integral y de los programas de salud.

b. Servicio de Enfermería de Medicina:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes hospitalizados en las salas de medicina.

c. Servicio de Enfermería de Cirugía:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes quirúrgicos en pre y post operatorio en los servicios de Cirugía.

d. Servicio de Enfermería de Pediatría:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los niños hospitalizados y en atención ambulatoria.

e. Servicio de Centro Quirúrgico:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes antes y durante el acto quirúrgico, en la recuperación post anestésica inmediata.

f. Servicio de Central de Esterilización:

Es la unidad orgánica encargada de proporcionar a todos los servicios del hospital, material, insumos y equipos quirúrgicos en las condiciones idóneas de esterilidad para ser utilizados.

g. Servicio de Central de Hotelería

Es la unidad orgánica encargada de ofrecer confort a los usuarios, relativo a prendas y mobiliario hospitalario, en los distintos ambientes del Hospital.





h. Servicio de Enfermería de Emergencia:

Es una unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes adultos que lleguen al servicio de emergencia y que han sufrido un mal súbito con o sin riesgo inminente de muerte.

i. Servicio de Enfermería de Cuidados Críticos:

Es la unidad orgánica encargada de ejecutar y evaluar las acciones de enfermería a los pacientes que llegan al servicio de cuidados críticos.





Organigrama Estructural:

