



Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla
Centro Interdisciplinario de Posgrados
Investigación y Consultoría



MEDIDAS DE CONFORT EN EL PACIENTE CRÍTICO

**PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALIDAD**

Presenta:

LIC. ENF.ROCIO SANTIAGO CUERVO

México. D.F

2014



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

**Éste documento recepcional fue presentado ante el comité de revisor
conformado por los maestros.**

MPTyO Carlos Ortega Leal

Docente y Consultor

Universidad Popular Autónoma del Estado de Puebla

Centro Interdisciplinario de Posgrados

Departamento de Artes, Humanidades

DEDICATORIA

Este protocolo se lo dedico a mi padre Rodolfo Santiago que por desgracia me dejo a mitad del camino, gracias por darme esa fuerza, ese apoyo para poder estar a donde estoy, sin tu comprensión y apoyo no hubiera logrado terminar este capítulo más en mi vida profesional.

A mi hijo Alan Méndez por su amor, y a mi angelito que está en el cielo, porque siempre serán el motivo más grande de mi vida y los que me impulsaran para lograr todas mis metas.

A mi prometido Alfredo Ramos por ser una parte importante en mi vida por su comprensión, paciencia y apoyo que me tuvo y tiene, siempre estaré agradecida con Dios por todo el amor que me ha brindado.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor Carlos Ortega por su tolerancia y participación, por brindarme sus conocimientos y su amistad durante este proyecto.

A mis compañeros de la especialidad, por compartir malos y buenos momentos, por brindarme sus conocimiento, experiencias y sobre todo por su amistad.

A mi amiga incondicional Vicky Doquis por su amistad, y apoyo que me brindo durante este protocolo.

ÍNDICE GENERAL

CAPITULO: 1

ANTECEDENTES.....	1
TEORIA DEL CONFOR KATHARINE	
KOLCABA.....	1
ESTUDIO DE CASO CON UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO DE KATHARINE KOLCABA	
TEORÍA.....	1
EXISTEN EVIDENCIAS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS DE CONFORT EN CUIDADOS	
PALIATIVOS EN EL	
HOSPITAL.....	2
PROBLEMA DE	
INVESTIGACIÓN.....	4
PREGUNTA DE	
INVESTIGACIÓN.....	6
OBJETIVO	
GENERAL.....	6
OBJETIVO	
ESPECIFICO.....	6
JUSTIFICACIÓN.....	6
ALCANCES Y	
LIMITACIONES.....	8

CAPITULO 2

MARCO TEÓRICO Y TEÓRICA.....	10
-------------------------------------	-----------

MEDIDAS DE

<i>CONFORT.....</i>	10
----------------------------	-----------

CARTA DE DERECHOS DEL NIÑO

<i>HOSPITALIZADO.....</i>	17
----------------------------------	-----------

TEORIA DEL CONFORT KATHARINE

<i>KOLCABA.....</i>	18
----------------------------	-----------

CAPITULO 3

METODOLOGIA.....	23
-------------------------	-----------

ALCANSE Y ENFOQUE.....	23
-------------------------------	-----------

DISEÑO DE LA

INVESTIGACION.....	23
---------------------------	-----------

SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO.....	23
---------------------------------------	-----------

HIPOTESIS.....	24
-----------------------	-----------

VARIABLES.....	24
-----------------------	-----------

SELECCIÓN DE MUESTRA.....	25
----------------------------------	-----------

ANEXOS.....	26
--------------------	-----------

REFERENCIA

BIBLIOGRAFICA.....	28
---------------------------	-----------

INTRODUCCIÓN

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el trabajador de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Es importante que durante la estancia hospitalaria de un paciente, se brinde medidas de confort para su pronta recuperación, por lo que la palabra de origen inglés (confort) que significa literalmente comodidad, bienestar. Generalmente cuando se dice que «se está a gusto» se manifiesta que uno se encuentra bien en una determinada posición o circunstancia. EL confort es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para 3 tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físicos, psico-espiritual, sociales y ambientales). La comodidad del paciente era el primero y el último objetivo de la enfermera. Harmer (1926) afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un ambiente general de comodidad y en prestar atención a la felicidad la comodidad y la tranquilidad tanto física como mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico, la comodidad es algo positivo y se consigue con la ayuda de las enfermeras.

ANTECEDENTES.

El confort es aquello que produce bienestar y comodidad. Cualquier sensación agradable o desagradable que sienta el ser humano .A continuación se presentaran unas investigaciones referente al protocolo, donde durante su elaboración no se encontraron muchas investigaciones, pero las pocas que se encontraron coinciden con la teórica kolcaba, donde las medidas de confort ayudan al bienestar del paciente ya sea en estado crítico o no.

TEORIA DEL CONFOR KATHARINE KOLCABA

Kolcaba inicio su trabajo teórico elaborando un diagrama de la práctica enfermería para sus estudios de doctorado. ¿Ha analizado el concepto de comodidad? Esa pregunta fue el principio de su larga investigación del concepto de confort. Kolcaba aprendió que la definición original de comodidad era reconfortar enormemente. A partir de la revisión de la bibliografía de enfermería se obtuvieron cuatro contextos son: físicos, psicoespiritual, sociocultural y ambiental, se crea una estructura taxonómica a partir de la que se consideran las complejidades del confort como un resultado, la estructura taxonómica ofrece un mapa del dominio de los contenidos del confort. TIPO DE CONFOR Alivio: estado de un paciente que ha visto satisfecha una necesidad específica. Tranquilidad: estado de calma o satisfacción. Trascendencia: estado en el que se está por encima de los problemas o el dolor propio.

ESTUDIO DE CASO CON UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO DE KATHARINE KOLCABA TEORÍA

RESUMEN

El estudio de caso; determina el grado de comodidad de la persona hospitalizada y cómo la familia aplica medidas necesarias para que esta se lleve a cabo en el Servicio de Neurocirugía del Instituto Nacional de Neurología y Neurocirugía (INNN) para que

el paciente con daño neurológico tenga confort, la muestra está constituida por una persona con diagnóstico de meningioma grado I. Se utilizó instrumento validado de la teoría de mediano rango, cuestionario general de comodidad (GCQ), desarrollado por la doctora Katharine Kolcaba, se determinaron las necesidades después de la intervención de la familia, quiénes fueron orientado hacia las medidas que podían realizar sin poner en peligro la vida del PE. Altos grados de comodidad fueron encontrados, después de la intervención. Material y métodos: proceso enfermero. Estos hallazgos sugieren que la familia está en capacidad de asumir determinadas responsabilidad en el cuidado del paciente, ayudándolo a afrontar su crisis de enfermedad y favoreciendo de esta manera un cuidado más humano y holístico en los hospitales, siendo un apoyo indispensable para fortalecer el cuidado y mejor evolución del tratamiento.

Palabras clave: estudio de caso, confort, comodidad.

EXISTEN EVIDENCIAS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS DE CONFORT EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL

Un estudio está realizado en una unidad de atención a pacientes diagnosticados de demencia tipo Alzheimer (1). En el estudio se compararon la atención recibida en los pacientes ingresados en una unidad especial de Atención a la Demencia, que trabajaba con una filosofía de cuidados paliativos, versus una unidad tradicional de larga estancia. Los niveles de falta de confort fueron menores en la unidad especial. Los costes de los medicamentos, radiología y procedimientos de laboratorio fueron más bajos en la unidad especial que en la tradicional. También fueron trasladados, desde la unidad especial, con menor frecuencia a otra unidad hospitalaria. Sin embargo los pacientes con una severidad más baja presentaron una mortalidad más elevada en la unidad especial que en la tradicional.

El otro estudio fue un ensayo de intervención - antes y después- realizado para evaluar la efectividad de introducir medidas basadas en las mejores prácticas de los "home hospice" para la atención de pacientes terminales, pero en pacientes ingresados en un hospital de agudos (2). Se realizó entre 2001 y el 2003 en una unidad de cuidados intensivos (UCI), con un total de 203 pacientes que murieron ó 6 meses antes de la intervención ó 6 meses después. La intervención de cuidados paliativos consistió en tres grupos de medidas: formación de los profesionales de la plantilla, identificación de pacientes que van a entrar en el proceso de morir y un conjunto de medidas orientadas al confort del paciente ("ComfortCareOrder Set"). Tras la intervención se incrementó el número de síntomas registrados y el número de planes de cuidados recogidos en la Historia Clínica. También aumentó el empleo de opiáceos y la indicación de no realizar la resucitación. No hubo cambios significativos, ni en la mortalidad ni en el empleo de sonda nasogástrica.

Conclusión:

Así mismo recomienda que el plan de tratamiento debe tener en cuenta los objetivos individuales del paciente y de su familia. Este plan de tratamiento debe ser accesible desde cualquier punto de atención (emergencias, unidades de ingreso, en el domicilio o en "hospices"). El plan de tratamiento debe ser sólido médicamente y concordante con los deseos de los pacientes y sus valores. La atención a los síntomas adecuados alivia los temores y hace posible sentir confort durante el proceso de morir. El plan de tratamiento incluye atención física, psicológica, social y espiritual. Contar con un conjunto de instrucciones estructuradas para la mejora del confort en los pacientes con muerte inminente puede ser beneficioso para los médicos.

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

La enfermería es el cuidado de la salud del ser humano. También recibe ese nombre la profesión que, fundamentado en dicha ciencia, se dedica básicamente al diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud reales o potenciales. El singular enfoque enfermero se centra en el estudio de la respuesta del individuo o del grupo a un problema de salud real o potencial, y, desde otra perspectiva, como complemento o suplencia de la necesidad de todo ser humano de cuidarse a sí mismo desde los puntos de vista biopsicosocial y holístico. Es el sistema de la práctica de enfermería, en el sentido de que proporciona el mecanismo por el que el trabajador de enfermería utiliza sus opiniones, conocimientos y habilidades para diagnosticar y tratar la respuesta del cliente a los problemas reales o potenciales de la salud.

Es importante que durante la estancia hospitalaria de un paciente, se brinde medidas de confort para su pronta recuperación, por lo que la palabra de origen inglés (confort) que significa literalmente comodidad, bienestar. Generalmente cuando se dice que «se está a gusto» se manifiesta que uno se encuentra bien en una determinada posición o circunstancia. EL confort es la experiencia inmediata y holística de fortalecerse cuando se abordan las necesidades para 3 tipos de confort (alivio, tranquilidad y trascendencia) en cuatro contextos (físicos, psico-espiritual, sociales y ambientales). La comodidad del paciente era el primero y el último objetivo de la enfermera. Harmer (1926) afirmó que el cuidado enfermero consistía en proporcionar un ambiente general de comodidad y en prestar atención a la felicidad la comodidad y la tranquilidad tanto física como mental, y la responsabilidad de la enfermera va más allá del cuidado físico, la comodidad es algo positivo y se consigue con la ayuda de las enfermeras.



UPAEP – Secretaría General

Dirección General de Apoyos Académicos

Dirección del Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación.

Biblioteca Central - **Karol Wojtyla**

Tesis Digitales Restricciones de uso:

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de textos, imágenes, gráficas, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente de donde la obtuvo mencionando el autor o autores involucrados en el documento.

Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

El proceso de hospitalización genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada, este confort traspasa la dimensión física y afecta el aspecto, psico-espiritual, ambiental y social. La hospitalización origina en la persona un gran estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad.

La identificación del tipo de confort según la clasificación en sus contextos permite conocer la situación actual de comodidad de en los pacientes hospitalizados se caracterizan por tener una estancia prolongada que afecta la percepción de confort. El entorno físico y social, tiene una influencia directa e indirecta en el desarrollo de los niños hospitalizados. La adaptación del paciente al ambiente diferente de la unidad, puede ser facilitada, si se comprenden las necesidades para su desarrollo y si se modifican las condiciones ambientales de acuerdo con ellas. Los programas de desarrollo que incluyen modificaciones ambientales sensibles, han encontrado que los niños tienen una actividad motora más organizada, mayor estabilidad fisiológica y estados de despertar más estables.

Se ha observado que durante mi experiencia laboral como personal de salud, varias enfermeras dejan a un lado las medidas de confort, a veces por la carga de trabajo es muy difícil brindar estos cuidados pero hay que recordar que toda medida de confort, son importantes para nuestros pacientes pediátricos, sin duda alguna para que se sientan bien pero sobre todo para su pronta recuperación, y más en pacientes que no tienen la capacidad de hacerlo como es un baño, dado a su edad, diagnostico o gravedad del mismo. Por lo que la enfermera tiene la función de cubrir las necesidades primordiales de un paciente hospitalizado y más cuando está en estado crítico.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿El personal de enfermería realiza medidas de confort, en pacientes en estado crítico, en el servicio de pediatría 3 y 4 en el turno matutino y vespertino del hospital infantil de México Federico Gómez 2013?

OBJETIVO GENERAL

- Valorar la eficiencia de la aplicación de las medidas de confort que posteriormente permita apuntalar la prevención de lesiones en pacientes en estado crítico

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Elaborar una guía de seguimiento para valorar la eficiencia de la aplicación de las medidas de confort.
- Verificar la implementación de la aplicación de las medidas de confort
- Concientizar al personal de enfermería.

JUSTIFICACIÓN

El confort se define como el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la satisfacción de las necesidades de los tres tipos de cómo de comodidad y los cuatro contextos de la experiencia.

El niño en cuidados críticos es extremadamente vulnerable a factores medioambientales, como la luz, el ruido, las manipulaciones, aspiraciones, etc., los

cuales pueden alterar su estabilidad fisiológica con consecuencias sobre su estado de salud. Como se ha mencionado antes las medidas de confort son muy importantes para los pacientes durante su hospitalización, cabe mencionar que existe una teoría basada en este tema por la Teórica Kolcaba, donde nos menciona el concepto y tres tipos de comodidad (alivio, tranquilidad, la trascendencia) y cuatro contextos de la experiencia humana integral en diferentes aspectos de contextos terapéuticos fueron introducidas (físico, psicoespiritual social y ambiental.)

El alivio se elaboró a partir del trabajo de Orlando (1961) quien afirmaba que las enfermeras satisfacían las necesidades de los pacientes. Para la tranquilidad, se utilizó el trabajo de Henderson (1966), que describía las trece funciones básicas de los seres humanos que debían mantenerse en la homeóstasis. La trascendencia se redactó a partir de la obra de Paterson y Zderad (1975), quienes creían que podían superar las dificultades con la ayuda de las enfermeras. En su teoría del cuidado, Watson (1979) declaró que el entorno de los pacientes era muy importante para su bienestar mental y físico. Por tanto, siempre que fuera posible, las enfermeras debían proporcionar comodidad a través de intervenciones ambientales.

La enfermera incluye la valoración de las necesidades de comodidad, el diseño de las medidas de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas.

La valoración y la revaloración pueden ser intuitivas y/o subjetivas, como cuando una enfermera le pregunta al paciente si esta cómodo, u objetivas, como cuando se observa la curación de una herida, cambios en los valores analíticos o en la conducta. La valoración puede realizarse mediante la administración de escalas analógicas visuales o cuestionarios tradicionales ambos sistemas desarrollados por Kolcaba.

En los tres años que llevo elaborando en el hospital Federico Gómez he observado que es mucha la carga de trabajo hacia el personal de enfermera, por lo que algunas no pueden llegar a cubrir esas medidas de confort, y las pocas enfermeras que lo realizan no lo realizan en su totalidad, dejando a un lado estas medidas de gran importancia para el bienestar y recuperación del paciente hospitalizado y mas en paciente en estado crítico. Todo paciente hospitalizado necesita de estas medidas, pero aun más en un paciente en estado crítico ya que por su gravedad es imposible que colabore con el personal de enfermería.

Durante la elaboración de este protocolo de investigación no se encontró mucha información ni protocolos de investigación del mismo, por lo que se me hizo importante llevar a cabo este protocolo, La finalidad de esta investigación es dar a conocer con estadísticas el número de personal de enfermería que realiza medidas de confort, y concientizar al personal de la importancia de cubrir estas medidas, para el beneficio del paciente en estado crítico a pesar de la carga de trabajo.

ALCANCES Y LIMITACIONES

Diagnostico de la situación actual de la implementación de una técnica sobre un paciente.

Limitaciones: Tiempo, permisos, personal, dinero, etc.

CRONOGRAMA

ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SELECCIÓN DEL TEMA																																								
DELIMITACIÓN DEL TEMA																																								
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN																																								
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN JUSTIFICACIÓN																																								
HIPOTESIS																																								
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN																																								
CRONOGRAMA																																								
CORRECCIONES																																								
MARCO TEORICO																																								
DISEÑO DE INSTRUMENTO																																								
TRABAJO DE CAMPO																																								
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN																																								
CORRECCIONES																																								
1° ENTREGA DE INVESTIGACIÓN																																								
CORRECCIONES																																								
2° ENTREGA DE INVESTIGACIÓN																																								
CORRECCIONES																																								
COLOQUIO																																								

CAPITULO: 2

MARCO TEÓRICO Y TEÓRICA

MEDIDAS DE CONFORT

El aseo del niño en estado crítico es uno de los pilares fundamentales para la prevención de infecciones, confort y prevención de erosiones y úlceras, tanto de piel como de mucosas.

HIGIENE DE LA PIEL

Se elegirá el momento de mayor estabilidad hemodinámica para realizar la higiene y cuidados respetando los períodos de reposo-sueño del niño, disminuyendo así el número de manipulaciones.

OBJETIVOS

Mantener limpieza corporal

- Valorar nivel de movilidad (estimular el tono muscular con movilizaciones pasivas)
- Valorar el estado de la piel y mucosas
- Activar circulación sistémica o local
- Proporcionar bienestar y relajación al niño
- Evitar la proliferación de microorganismos

CUIDADOS DE PIEL Y MUCOSAS

El niño en estado crítico, en muchas ocasiones estará conectado a un respirador sedoanalgesiado y relajado por lo que habrá que extremar al máximo los cuidados de la

piel y mucosas para evitar úlceras e infecciones. Estos cuidados podrán hacerse conjuntamente con el aseo diario evitando así el número de manipulaciones. Muy importante a tener en cuenta es el lavado de manos, que es la principal medida para prevenir infecciones.

- Mantener al niño sobre colchón antiescaras (silicona o aire)
- Mantener la piel seca e hidratada
- Cambios posturales cada 2 – 3 horas, siempre y cuando no estén contraindicados
- Fisioterapia si es posible realizarla con la hidratación
- Curas de accesos vasculares centrales y periféricos, así como drenajes cada 48 - 72 horas según protocolo de la unidad.
- Protección con apósitos hidrocoloides de zonas de roces (espalda, cabeza, orejas, etc.)
- Fijación adecuada de las sondas (gástrica, traspilórica, vesical) y de tubos (TET y drenajes) protegiendo puntos de apoyo con apósitos hidrocoloides.
- Cambio de sitio de sonda de saturímetro una vez por turno para evitar quemaduras.
- Lavado de ojos con suero salino isotónico una vez por turno, así como hidratarlos y protegerlos con pomada lubricante.
- Lavado de fosas nasales y boca una vez por turno y aspiración de secreciones si fuera necesario.
- Hidratación de labios. (*María José Herruzco*)

MOVILIZACIONES PARA EL MANEJO ADECUADO DE UN NIÑO EN ESTADO CRÍTICO

El manejo del niño ha de ser una forma de guiar y darle soporte para que sus movimientos sean más normales, ya que un buen manejo relaja y le da apoyo emocional a un niño en estado crítico.

- Manejo de la Cabeza.

Hay que evitar que su cabeza empuje hacia atrás, para lo que está recomendado presionar sus hombros hacia abajo e inclinar su cabeza hacia delante.

- Manejo del Cuerpo.

Hay que evitar que el cuerpo del niño empuje hacia atrás, en el caso de que no lo controle. Para ello es recomendable girar su cuerpo de un lado a otro. Ayúdale a rodar adelante y atrás, sujetándole y moviéndole su pierna y su brazo de abajo.

- Manejo de Brazos y Manos.

Hay que evitar que los brazos del niño puedan estar doblados y atrás y sus manos siempre cerradas. Si sus músculos estuviesen muy espásticos nunca hay que tirar de los dedos afuera, ya que provocaríamos cerrar más la mano. Para todo ello observar las siguientes recomendaciones:

- Para estirar sus brazos: sujetarle por los codos y llevar los brazos hacia fuera y hacia delante a la misma vez. Luego llevarlos hacia adentro.
- Para abrir sus manos: sacudir suavemente su brazo rítmicamente mientras sujetas hombro y codo. Golpea muy ligeramente el dorso de su mano, por el lado de su dedo pequeño, cuando se abra su mano frotar ligeramente sobre la piel o lana para que se acostumbre a tocar diferentes objetos.

- Posteriormente está recomendado poner una almohada o hacer un rulo con una sábana debajo de la cabeza y los hombros para elevarlos y adelantarlos.
- Manejo de las Piernas.

Hay que evitar las posiciones extremas, es decir, que las piernas estén muy separadas o que estén muy juntas y cruzadas. Para conseguir esta correcta posición hay que sujetar las rodillas y doblar las piernas hacia arriba. De esta forma se relaja la musculatura y se van separando los miembros inferiores. *(José Abad Querol)*

APLICACIÓN Y REMOCIÓN DE ADHESIVOS

En el recién nacido aumentan las pérdidas por evaporación después de retirar cintas adhesivas. Los pegamentos se hacen más agresivos con el tiempo. Este es el factor de riesgo primario para la herida traumática en el recién nacido.

Con el uso de solventes se produce irritación química.

Recomendaciones

- Limitar el uso de adhesivos en la piel a lo estrictamente necesario
- Utilizar preferentemente métodos de fijación alternativos, pero seguros (ex. Cintas de velcro o de espuma).
- Utilizar solamente adhesivos adecuados a la piel sensible del recién nacido, utilizando la mínima cantidad para fijar vías venosas.
- Para fijaciones de larga duración (ejemplo: TET) y si optamos por adhesivos, colocar primero sobre la piel limpia, cintas adhesivas semi-permeables (Opsite®, Bioclusive®, Tegaderm®), sobre la cual se coloca la cinta más fuerte.

- En los prematuros menores de 1000g debemos usar protectores o barreras cutáneas a base de pectinas como segunda piel para evitar la retirada de la epidermis
- No usar agentes ligantes (tintura de benjuí), pues agrava el peligro de que se desprenda la epidermis al retirar el adhesivo.
- Para la retirada de los adhesivos utilizar toda la paciencia posible, la tracción paralela a la piel y gasa embebida en agua templada, aceite mineral, vaselina líquida u otro emoliente. No utilizar nunca solventes para la remoción de los adhesivos.
- Usar hidrogel para los electrodos.
- Retirar los electrodos sólo en caso de no precisar más de ellos.

PROTECCIÓN DE LA PIEL A NIVEL NASAL

Hay enfermedades asociadas a la solución de continuidad de la piel a nivel nasal que incluye infección, cicatrización, reintubación y tiempo prolongado de intubación. Para algunos autores la forma de mejorar la calidad de la atención es disminuir la presión sobre la piel y el tabique nasal, debido al uso de todo tipo de cánulas nasales (NCPAP, TET, SNG, sonda oxígeno,):

- Ajustar la altura y el nivel de las cunas de procedimientos o incubadora al circuito de NCPAP, para mantenerlo directo a la cánula ubicada en las narinas, conforme a evitar la presión sobre las narinas y proporcionar un mejor drenaje del agua hacia el exterior, disminuyendo la necesidad de aspiración.
- Para la fijación de tubo endotraqueal, sondas gástricas y vías, utilizar telas muy pequeñas.

- Usar pautas de chequeo en la unidad del niño que incluyen: posición, evaluación de la piel y colocación del gorro NCPAP, así como la manera de fijación de las cánulas.
- Utilizar cánulas de tamaño adecuado
- No crear el sello presionando sobre las fosas nasales.
- Inspección de la piel cada 4 horas

MODIFICACIONES AMBIENTALES

El entorno físico y social, tiene una influencia directa e indirecta en el desarrollo de los niños. Los programas de desarrollo que incluyen modificaciones ambientales sensibles, han encontrado que los niños tienen una actividad motora más organizada, mayor estabilidad fisiológica y estados de despertar más estables.

Luz

Algunos estudios refieren que la exposición a la luz muy intensa puede producir daño al ojo.

Otros estudios demuestran que la disminución de la intensidad de luz facilita el descanso, mejora los patrones de comportamiento, aumenta los periodos de sueño, disminuye la actividad motora, la frecuencia cardiaca, las fluctuaciones de la tensión arterial y aumenta la ganancia de peso.

Recomendaciones

- Utilizar de preferencia la luz natural, gradual con una transición suave, en ciclos de oscuridad;
- Emplear luces individuales, para observaciones y procedimientos;
- Utilizar luces progresivas que permitan un paso gradual, oscuridad/luz, para reducir el estrés potencial causado en el niño, por el cambio súbito en la iluminación ambiental;

- Evitar luces intensas y brillantes:
- Utilizar cortinas o persianas para reducir la exposición a la luz directa del sol;
- No tapar los ojos más del tiempo necesario.

Ruido

Las unidades de cuidado intensivo se caracterizan por ambientes ruidosos, sin ritmo diurno y con actividad intensa por parte de los profesionales.

El niño tiene una sensibilidad al ruido. El ruido excesivo o los ruidos fuertes y agudos pueden dañar las delicadas estructuras auditivas, con riesgo de pérdida auditiva neurosensorial, irreversible.

Recomendaciones:

- Cerrar las puertas y ventanillas con suavidad;
- No apoyar objetos ni golpear con los dedos sobre las camas
- Cambiar el tono de voz e instalar señales de advertencia cerca de la unidad para recordar al personal ser cuidadoso;
- Bajar volumen de las alarmas;
- Reparar equipos ruidosos;
- No despertarlo bruscamente y no interrumpir el sueño profundo, facilitando la transición gradual del sueño a la vigilia, hablándole antes de iniciar alguna intervención;
- Hablarle con voz suave;
- Disminuir el sonido del teléfono, impresoras y retirar radios;
- Colocar a los niños más lábiles en el lugar más tranquilo de la sala.

- Pero no todos los sonidos son perjudiciales para el niño en estado crítico. Hay algunos, como la voz humana suave (en especial la voz de los padres), que son beneficiosos. (*Lidia María Marques*)

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES.

La aspiración de secreciones en un paciente intubado ayuda a eliminar las secreciones que obstruye total o parcial la vía aérea, de igual manera a que nuestro paciente tenga una tranquilidad y un estado de confort.

CARTA DE DERECHOS DEL NIÑO HOSPITALIZADO

1-Los niños serán internados en el Hospital sólo si el cuidado que requieren no puede ser igualmente provisto en su hogar o en un tratamiento ambulatorio.

2-Los niños en el hospital tienen el derecho de estar junto a sus padres o a un sustituto de los padres, todo el tiempo que permanezcan internados.

3-Los padres deben ser ayudados y alentados para que compartan el cuidado de sus hijos, y deben ser informados acerca de la rutina de la sala.

4-Los niños y sus padres deben tener el derecho de estar informados de manera apropiada para su edad y entendimiento.

5-Deben ser tomadas todas las precauciones posibles para evitar en los niños el stress físico y emocional.

6-Los niños y sus padres tienen derecho a la participación informada en todas las decisiones que tengan que ver con el cuidado de su salud.

7-Cada niño debe ser protegido del dolor, de tratamientos y procedimientos innecesarios.

8-En caso de ser invitados a participar en ensayos clínicos o pruebas, los padres deben ser informados detalladamente sobre el procedimiento y, una vez comprendido, deberán autorizarlo por escrito (consentimiento informado).

Si el niño tiene capacidad de comprensión, deberá decidir por sí mismo si quiere participar de dichas pruebas.

9-El niño tiene derecho a compartir su internación con otros niños que tengan las mismas necesidades de desarrollo y, salvo en casos de necesidad extrema, no deben ser internados en sala de adultos.

10-Los niños deben tener oportunidad de jugar, recrearse y educarse de acuerdo con su edad y condiciones de salud y posibilidades del hospital.

TEORIA DEL CONFORT KATHARINE KOLCABA

Se realizó esta investigación sobre las medidas de confort, tomando como teórica a Katharine kolcaba que nos habla sobre la teoría de confort.

Tomey (2003) define a la “enfermera” incluye la valoración de las necesidades de la comodidad, el diseño de las medidas de comodidad para satisfacer esas necesidades y la revaloración de los niveles de comodidad después de la implantación de dichas medidas en comparación con la situación anterior. La valoración y la revaloración pueden ser intuitivas y/o subjetivas, como cuando una enfermera le pregunta al paciente si esta cómodo, u objetivas, cuando observa la curación de una herida, cambios en los valores analíticos o en la conducta. La valoración puede realizarse mediante la administración de escalas analógicas visuales o cuestionarios tradicionales, ambos sistemas desarrollados por kolcaba.

La enfermera es punto clave para la recuperación de todo paciente hospitalizado, tiene la responsabilidad de cubrir las necesidades y más en un paciente estado crítico,

dentro de estas necesidades podemos encontrar las medidas de confort como son: el baño diario, tendido de cama, aspiración de secreciones, cambios de posiciones etc. Tomey (2003) define “medidas de confort” como intervenciones de enfermería diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas receptoras de cuidados: por ejemplo, necesidades fisiológicas, sociales, económicas, psicológicas, espirituales, ambientales y físicas. Hay que recordar que la enfermera no solo debe ver al paciente en una sola esfera, sino debe verlo en forma holística. Kolcaba no solo se preocupaba por que el personal de enfermería cubriera las necesidades físicas del paciente, sino también le importaba que cubriera las demás necesidades que para ella eran importantes, ya que ella mencionaba que el paciente tenía una mejor y rápida recuperación.

Tomey (2003) Kolcaba ha continuado el desarrollo de la teoría desde su concepción como el origen de la práctica, hasta el análisis conceptual que proporcionó una estructura taxonómica del confort, también hasta el desarrollo de los sistemas de medición del concepto y, actualmente en uso de la práctica, la educación y la investigación. Ha utilizado multitud de planteamientos para desarrollar su concepto. Mediante el trabajo cualitativo, Kolcaba identificó el uso histórico del concepto en enfermería y en ella basó sus razones para reivindicarlo como punto central de la enfermera. Los tres tipos de comodidad que sintetizó a partir de la obra de Orlando (alivio), de Herdenson (tranquilidad) y Paterson y Zderad (trascendencia) forman parte integrante de la teoría y se validaron por medio del análisis factorial del instrumento desarrollado con la orientación de la estructura taxonómica. El desarrollo metódico del concepto dio lugar a una teoría sólida, claramente organizada y lógica, que puede aplicarse en una gran variedad de ambientes para la formación, la práctica y la investigación. Kolcaba ha elaborado plantillas para desarrollar instrumentos de modo que los individuos puedan medir el concepto en nuevos ámbitos. Asimismo, también

ha proporcionado plantilla para administrar cuidados del confort en ambientes de prácticas. Los estudiantes han identificado lo útil que les resulta el concepto en la práctica. Los resultados de la investigación han demostrado la educación de este concepto para medir los cambios globales en la persona que son difíciles de observar a partir de las medidas estándar y restringidas, como las medidas para la IU.

Hasta el momento, la primera parte de la teoría del confort ha podido demostrarse empíricamente. Cuando una medida de comodidad (Intervención) está destinada a satisfacer las necesidades holísticas de comodidad de los pacientes en situaciones específicas de cuidado de la salud, puede aumentarse esta comodidad a partir de la medición de una línea basal previa (datos un diseño coherente del estudio y unos instrumentos de comodidad cuidadosamente adaptados). Asimismo, la mejora de la comodidad se ha relacionado con la implicación en las conductas de búsqueda de la salud. En la actualidad, Kolcaba está desarrollando sistemas para probar la última parte de la teoría, es decir, demostrando si existe una relación entre la comodidad del paciente en un ambiente institucional o comunitario, su compromiso con las conductas de búsquedas de la salud y el alcance de la satisfacción del paciente con el cuidado, haciendo una encuesta después del alta. Se postula que existe un énfasis especial y un apoyo al cuidado de la comodidad por parte de una institución o comunidad que será recompensado por una aumento de la satisfacción, ya que las personas se curan, ganan fuerza y están motivadas para estar más sanas. Si puede demostrarse la teoría en este ambiente, las instituciones y las comunidades tendrán más pruebas para solventar los problemas del cuidado de la comodidad, no solo para los receptores del cuidado, sino también para la viabilidad de esas instituciones.

La teoría del confort también ha realizado contribuciones significativas a la enfermería y es útil para ampliar el uso de la disciplina. La energía de Kolcaba para difundir la teoría por medio de las presentaciones las publicaciones y los sitios web es

tan grande como su energía para desarrollar y aplicar la teoría. Esta devota teorista es un modelo de excelencia para comunidad enfermera en su intento por profundizar en el dominio del conocimiento de la disciplina y en la promoción del cuidado centrado en el paciente.

Durante la elaboración del instrumento de esta investigación se tomaron en cuenta los cuatro contextos y los tipos de comodidad de Kolcaba que utilizó en su teoría, estos datos son muy importantes ya que en algunas ocasiones el personal de enfermería los desconoce, y durante su elaboración como trabajador no los aplica sabiendo que el paciente se debe ver holísticamente, muchas enfermeras desconocen el concepto de confort y las medidas de estas por tal motivo se realizó esta investigación para demostrar con porcentajes reales la aplicación de esta teoría dentro del hospital enfocado a un paciente pediátrico en estado crítico. Tomey (2003) define “confort” como: el estado que experimentan los receptores de las medidas para proporcionarles comodidad. Consiste en la experiencia inmediata y holística de fortalecerse gracias a la situación de las necesidades de los tres tipos de comodidad (alivio, tranquilidad y trascendencia) en los cuatro contextos que son físicos, psicoespiritual, sociocultural y ambiental. Los tipos de comodidad pueden definirse como:

Alivio: El estado de un receptor que ha visto cumplida una necesidad específica.

Tranquilidad: El estado de calma o satisfacción.

Trascendencia: El estado en el cual un individuo está por encima de sus problemas o de dolor.

Kolcaba escribió los contextos en los que se experimentaba la comodidad a partir de la bibliografía sobre el holismo y los definió como:

Físico: perteneciente a las sensaciones corporales.

Psicoespiritual: Perteneciente a la conciencia interna del yo, como la autoestima, el autoconcepto la sexualidad y el significado de la vida; la relación con un orden o estado superior.

Ambiental: Perteneciente al entorno, las condiciones y las influencias externas.

Social: se refiere las relaciones interpersonales, familiares y sociales.

CAPÍTULO: 3

METODOLOGÍA.

Se observara a las enfermeras por medio de un estudio sombra para no alterar los resultados, posteriormente se llenara el instrumento.

ALCANCE Y ENFOQUE.

No hay modificación del fenómeno y se enfoca en proveer de una descripción del fenómeno en la actualidad en un escenario concreto.

DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

Tipo:

-  Descriptivo
-  Cuantitativo
-  Observacional

SELECCIÓN DEL INSTRUMENTO

Se elaborara un cuestionario tomando como referencia los cuatro contextos de la teoría de kolcaba: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental, donde nos apoyaremos para valorar las realizaciones de las medidas de confort, posteriormente se vaciaran los resultados obtenidos mediante el estudio de sombra.

HIPÓTESIS

El personal de enfermería, realiza las medidas de confort en los dos turnos, tanto turno matutino como el vespertino. Tienen conciencia de la importancia que tiene el brindar estos cuidados a un paciente pediátrico en estado crítico.

VARIABLES:

DEFINICIÓN OPERACIONAL:

CONFORT:

Intervenciones diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas.

NIÑO EN ESTADO CRÍTICO:

Situación clínica en la cual se ve alterada de alguna forma una o varias constantes vitales ó es susceptible que se puedan alterar por diversas causas clínicas que pueden llevar a un compromiso serio para la continuación de la vida.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL

CONFORT:

Intervenciones de enfermería que utiliza para dar comodidad a un paciente

NIÑO EN ESTADO CRÍTICO.

Alteraciones de sus signos vitales que pueden ser por parias causas hasta llevarlo a la muerte.

SELECCIÓN DE LA MUESTRA.

Aleatorio.

Universo. Todo el personal de enfermería del hospital Infantil de México Federico Gómez.

Población. Solo personal de enfermería del servicio de pediatría 3y4

Muestra. Personal de enfermería del servicio de pediatría 3 y 4 del turno matutino y vespertino.

ANEXOS

• INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

FISICO:

1- ¿La enfermera realiza baño diario?

SI NO

2- ¿Realiza cambio de ropa diario?

SI NO

3- ¿Realiza cambios de posiciones?

SI NO

4- ¿Lubrica la piel del paciente con alguna crema corporal?

SI NO

5- ¿Realiza aspiración de secreciones cuando sea necesario?

SI NO

6- ¿Realiza al paciente aseo bucal?

SI NO

PSICOESPIRITUAL:

7- ¿La enfermera permite que le coloquen objetos religiosos al paciente?

SI NO

8- ¿Permite que los familiares le recen al paciente?

SI NO

AMBIENTAL:

9- ¿la enfermera escucha música cuando está realizando alguna intervención al paciente?

SI NO

10-¿Baja el volumen de las alarmas?

SI NO

11-¿Apaga al momento las alarmas?

SI NO

12-¿Apaga la luz cuando no está realizando alguna intervención?

SI NO

13-¿Habla con voz moderada?

SI NO

14-¿Mantiene en orden las cosas personales del paciente?

SI NO

Social:

15-¿Trata al paciente con cortesía?

SI NO

16-¿Trata al paciente con respeto?

SI NO

17-¿Hace más agradable la estancia del paciente?

SI NO

18-¿Le brinda palabras de aliento al paciente?

SI NO

REFERENCIAS

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Pacheco, A. y Cruz, M. A. (2006). Metodología crítica de la investigación. México: CECSA.
- http://www.murciasalud.es/preevid.php?op=mostrar_pregunta&id=5714&idsec=453
- Modelos y teorías en enfermería, 5a. ed. MarrinerTomey, A Elsevier
Código: MTE05 Año de publicación: 2003
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
- REFERENCIA: Martínez Tomey ,A, Roile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, séptima edición, Madrid, Elsiever España,2011.
- Carta de derechos del niño hospitalizado
<http://www.muerte.bioetica.org/mono/mono34.htm>
- María José Herruzo Grande, Aseo del niño en estado crítico.
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo6/capitulo6.htm>
- José Abad Querol, Técnicas de movilización,
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo7/capitulo7.htm>

- Lidia María Marques Dos Sanos Videira, Medidas de seguridad, protección y confort,
<http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion1/capitulo12/capitulo12.htm>.

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE PUEBLA
CENTRO INTERDISCIPLINARIO DE POSGRADOS
ESPECIALIDAD: ENFERMERA PEDIATRICA



MEDIDAS DE CONFORT EN EL PACEINTE EN ESTADO CRÍTICO

PROTOCOLO DE INVESTIGACIÓN

ASESOR METODOLÓGICO
MTRO. CARLOS ORTEGA LEAL

ASESOR DE CONTENIDO:
MTRA: FOLRENTINA SALAZAR MENDOZA

ELABORO:
LIC.ENF.ROCIO SANTIAGO CUERVO

INTRODUCCIÓN

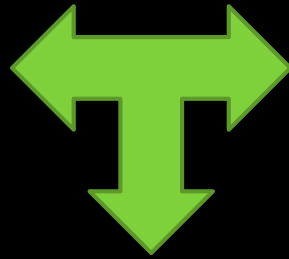
- La Enfermería es el cuidado de la salud del ser humano.
- Es importante que durante la estancia hospitalaria se brinden medidas de confort.



ANTECEDENTES

- **TEORIA DEL CONFORT KATHARINE KOLCABA.**
- **ESTUDIO DE CASO CON UTILIZACIÓN DEL INSTRUMENTO DE KOLCABA**
- **EXISTEN EVIDENCIAS SOBRE LA EFECTIVIDAD DE MEDIDAS DE CONFORT EN CUIDADOS PALIATIVOS EN EL HOSPITAL**

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN



PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

- ¿El personal de enfermería realiza medidas de confort, en pacientes en estado crítico, en el servicio de pediatría 3 y 4 en el turno matutino y vespertino del hospital infantil de México Federico Gómez 2013?



OBJETIVO GENERAL

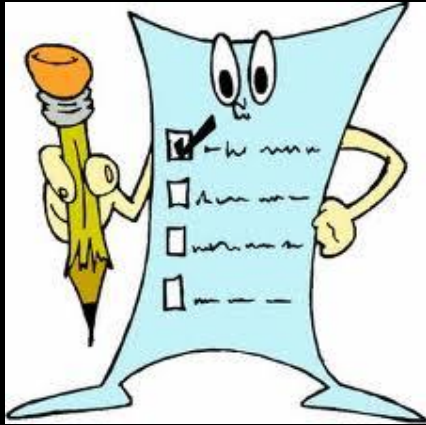


❑ VALORAR LA EFICIENCIA



❑ PREVENIR LESIONES

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



■ GUÍA DE SEGUIMIENTO



■ VERIFICAR LA
IMPLEMENTACIÓN



■ CONCIENTIZAR

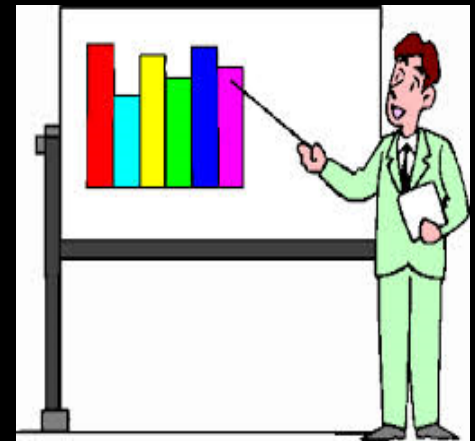
JUSTIFICACIÓN



□ Se ha observado deficiencia de estas medidas



□ Pocas investigaciones



□ Finalidad dar a conocer

ALCANCES Y LIMITACIONES



□ Diagnóstico de la situación actual de la implementación .

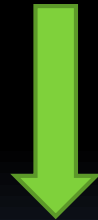


MARCO TEÓRICO

■ TEORIA DEL CONFOR KATHARINE KOLCABA



TIPOS DE CONFORT



- ☐ Alivio
- ☐ Tranquilidad
- ☐ Trascendencia

4 CONTEXTOS



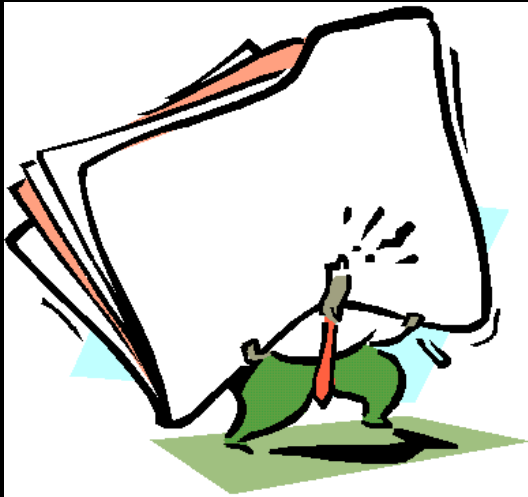
- ☐ Físico
- ☐ Psicoespiritual
- ☐ Ambiental
- ☐ Social

HIPOTESIS

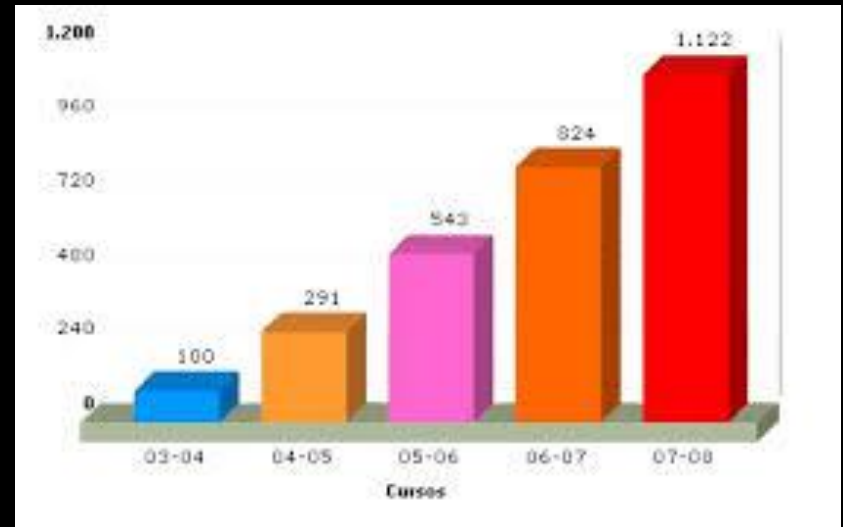
- El personal de enfermería, realiza las medidas de confort en los dos turnos. Tienen conciencia de la importancia que tiene el brindar estos cuidados a un paciente pediátrico en estado crítico.



DISEÑO DE INVESTIGACIÓN



□ Descriptivo



□ Cuantitativo

SELECCIÓN DE MUESTRA



➤ Universo



➤ Población

➤ Muestra



METODOLOGÍA



REFERECIA BIBLIOFAFICA

- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación (4ª ed.). México: Mc Graw-Hill.
- Pacheco, A. y Cruz, M. A. (2006). Metodología crítica de la investigación. México: CECSA.
- <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2010/ene102j.pdf>
- REFERENCIA: Martinez Tomey ,A, Roile Alligood, Modelos y teorías en enfermería, séptima edición, madrid, Elsevier España, 2011.
- <http://www.muerte.bioetica.org/mono/mono34.htm>

¡ ¡ GRACIAS !!



SOLICITUD DE REGISTRO DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DEL GRADO DE ESPECIALIDAD EN ENFERMERÍA PEDIÁTRICA.

1. DATOS GENERALES DEL PROYECTO

FECHA: 9-04-14

DEPARTAMENTO	Centro Interdisciplinario de Posgrados	
ESPECIALIDAD	Enfermería Pediátrica	
Título del proyecto :	Medidas de confort en el paciente en estado crítico	
Subtítulo	(Subtítulo tentativo del proyecto de investigación, es importante que refleje el contenido del trabajo)	
Responsable :	Nombre:	Rocío Santiago Cuervo
	Teléfono: Celular:	0445514952327
	e-mail :	rocio.santiago@upaep.edu.mx
Asesor de Contenidos	Nombre:	Mtra. Florentina Salazar Mendoza.
	Teléfono :	0442222121643
	e-mail :	florentina.salazar@upaep.mx
Asesor Metodológico	Nombre:	Mtro. Carlos Ortega Leal
	Teléfono :	0442221360577
	e-mail :	carlos.ortega@upaep.mx

Línea de
Investigación:

Seleccione la línea de investigación a la que se vincula su proyecto

- ☐ Políticas sociales, enfermería y salud de la población
☐ Calidad y gerencia del cuidado de enfermería
☐ Promoción y el Autocuidado de la salud

2. PROTOCOLO DEL PROYECTO

Antecedentes y justificación

En los tres años que llevo elaborando en el hospital Federico Gómez he observado que es mucha la carga de trabajo hacia el personal de enfermera, por lo que algunas no pueden llegar a cubrir esas medidas de confort, y las pocas enfermeras que lo realizan no lo realizan en su totalidad, dejando a un lado estas medidas de gran importancia para el bienestar y recuperación del paciente hospitalizado y mas en paciente en estado crítico. Todo paciente hospitalizado necesita de estas medidas, pero aun más en un paciente en estado crítico ya que por su gravedad es imposible que colabore con el personal de enfermería.

Durante la elaboración de este protocolo de investigación no se encontró mucha información ni protocolos de investigación del mismo, por lo que se me hizo importante llevar a cabo este protocolo, La finalidad de esta investigación es dar a conocer con estadísticas el número de personal de enfermería que realiza medidas de confort, y concientizar al personal de la importancia de cubrir estas medidas, para el beneficio del paciente en estado crítico a pesar de la carga de trabajo.

Planteamiento del Problema

El proceso de hospitalización genera alteraciones en el confort relacionadas directa e indirectamente con la enfermedad diagnosticada, este confort traspasa la dimensión física y afecta el aspecto, psico-espiritual, ambiental y social. La hospitalización origina en la persona un gran estrés, además del ya existente por causa de la enfermedad.

*Hipótesis Principal (y Secundaria) y Definición de Variables

HIPOTESIS

El personal de enfermería, realiza las medidas de confort en los dos turnos, tanto turno matutino como el vespertino. Tienen conciencia de la importancia que tiene el brindar estos cuidados a un paciente pediátrico en estado crítico.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

CONFORT:

Intervenciones diseñadas para satisfacer necesidades específicas de comodidad de las personas.

NIÑO EN ESTADO CRÍTICO:

Situación clínica en la cual se ve alterada de alguna forma una o varias constantes vitales ó es susceptible que se puedan alterar por diversas causas clínicas que pueden llevar a un compromiso serio para la continuación de la vida.

** Este recuadro se llena si el método está planteado desde una metodología cuantitativa.*

Formulación hipotética

(Si el método es cualitativo, adecuar esta formulación a los objetivos y diseño de la investigación elegida)

Objetivos del Proyecto.

- **OBJETIVO GENERAL.**

- Valorar la eficiencia de la aplicación de las medidas de confort que posteriormente permita apuntalar la prevención de lesiones en pacientes en estado crítico

- **OBJETIVO ESPECÍFICOS.**

- Elaborar una guía de seguimiento para valorar la eficiencia de la aplicación de las medidas de confort.
- Verificar la implementación de la aplicación de las medidas de confort
- Concientizar al personal de enfermería.

Fundamentos Teóricos

Se tomara la Teoría del Confort de Katharine Kolcaba

Tipo de Investigación (Paradigma metodológico)

Descriptivo, cuantitativo y observacional

Sujetos (Población), muestra y tipo de muestreo

Aleatorio.

Universo. Todo el personal de enfermería del hospital Infantil de México Federico Gómez.

Población. Solo personal de enfermería del servicio de pediatría 3y4.

Muestra. Personal de enfermería de pediatría 3 y 4 turno matutino y vespertino.

Instrumentos

Se elaborara un cuestionario tomando como referencia los cuatro contextos de la teoría de kolcaba: físico, psicoespiritual, sociocultural y ambiental, donde nos apoyaremos para valorar las realizaciones de las medidas de confort, posteriormente se vaciaran los resultados obtenidos mediante el estudio de sombra.

Comprobación (de acuerdo al paradigma metodológico)

-
- Duración estimada de este proyecto meses
 - Alcance del Proyecto: **Obtención del Grado de Especialista en Pediatría.**

Viabilidad en recursos materiales y humanos:

Este protocolo se financiara por el propio investigador

Calendario de actividades:

ACTIVIDADES	MARZO				ABRIL				MAYO				JUNIO				JULIO				AGOSTO				SEP				OCTUBRE				NOVIEMBRE				DICIEMBRE			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
SELECCIÓN DEL TEMA																																								
DELIMITACIÓN DEL TEMA																																								
PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN																																								
OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN JUSTIFICACIÓN																																								
HIPOTESIS																																								
DISEÑO DE INVESTIGACIÓN																																								
CRONOGRAMA																																								
CORRECCIONES																																								
MARCO TEORICO																																								
DISEÑO DE INSTRUMENTO																																								
TRABAJO DE CAMPO																																								
ANÁLISIS DE INFORMACIÓN																																								
CORRECCIONES																																								
1° ENTREGA DE INVESTIGACIÓN																																								
CORRECCIONES																																								
2° ENTREGA DE INVESTIGACIÓN																																								
CORRECCIONES																																								
COLOQUIO																																								

Observaciones

SEGUIMIENTO DEL PROYECTO

Nombre del proyecto : _____

Clave : _____

Fecha de autorización: _____

Autorizado por : _____

Fecha de evaluación : _____

% de avance : _____

Observaciones : _____

Fecha de evaluación : _____

% de avance : _____

Observaciones : _____

¿El personal de enfermería realiza medidas de confort, en pacientes en estado crítico, en el servicio de pediatría 3 y 4 en el turno matutino y vespertino del Hospital Infantil de México Federico Gómez 2013?

OBJETIVO GENERAL

❑ Valorar la eficiencia de la aplicación de las medidas de confort, que posteriormente permita apuntarla la prevención.

OBJETIVO ESPECIFICOS

❑ Elaborar una guía de seguimiento para valorar la eficiencia de la aplicación de las medidas de confort.

❑ Verificar la implementación de la aplicación de las medidas de confort

❑ Concientizar al personal de enfermería

JUSTIFICACIÓN

En el hospital Federico Gómez he observado que es mucha la carga de trabajo hacia el personal de enfermera, por lo que algunas no pueden llegar a cubrir esas medidas de confort, y las pocas enfermeras que lo realizan no lo realizan en su totalidad, dejando a un lado estas medidas de gran importancia para el bienestar y recuperación del paciente hospitalizado y mas en paciente en estado crítico.



ALCANCES Y LIMITACIONES

Diagnostico de la situación actual de la implementación de una técnica sobre un paciente.

Limitaciones: Tiempo, permisos, personal, dinero, etc.



HIPOTESIS

El personal de enfermería, realiza las medidas de confort en los dos turnos. Tienen conciencia de la importancia que tiene el brindar estos cuidados a un paciente en estado crítico.

MARCO TEÓRICO

TEORIA DEL CONFOR KATHARINE KOLCABA

TIPOS DE CONFOR

- ❑ Alivio
- ❑ Tranquilidad
- ❑ Trascendencia

4 CONTEXTOS

- ❑ Físico
- ❑ Psicoespiritual
- ❑ Ambiental
- ❑ Social

METODOLOGIA

