

INVESTIGACIÓN

PROTOCOLO DE CUIDADOS ENFERMEROS PARA PACIENTES CON AFECCIONES NEUROLÓGICAS

PROTOCOL OF NURSING CARE FOR PATIENTS WITH NEUROLOGICAL CONDITIONS

POR **Rosmary Rivas Rondón⁽¹⁾,**
Alba Fernández⁽²⁾

(1) Licenciada en Enfermería. Especialista en Enfermería en Cuidados al Paciente en Estado Crítico. Intensivista en el Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA). Profesora Instructora de la Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA), Mérida, Venezuela.

(2) Profesora Titular, Escuela de Enfermería, Universidad de Los Andes (ULA). Mérida-Venezuela. Magíster en Gerencia Educacional. Doctora en Enfermería, Universidad Nacional de Colombia (UN). Postdoctora en Gerencia para el Desarrollo Humano (ULA). Grupo de Investigación Historia y Pensamiento Enfermero (ULA).
revistaehi@gmail.com

RESUMEN

Objetivo. Diseñar un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas en la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de Mérida. **Métodos.** Se trató de un estudio tipo documental con diseño de proyecto factible. Se basó en el cuidado de las actividades de la vida diaria (AVD) en los pacientes con afecciones neurológicas. El proyecto cumplió con las etapas de diagnóstico, fundamentación teórica (revisión documental y teoría del autocuidado de Dorothea Orem), factibilidad de la propuesta, validación y ejecución. **Resultados.** El protocolo quedó conformado por introducción, justificación, misión, visión, objetivos, campo de aplicación, población objeto, alcance y contenido. Se caracterizó por la descripción de procedimientos concernientes al lavado de manos, cuidados de enfermería o del familiar en la alimentación, movilización-deambulaci3n, higiene personal-vestido y eliminaci3n, seg3n el nivel de dependencia del paciente. En cada procedimiento se desglos3 el equipo, pasos y fundamento de cada actividad, codificados con n3meros y letras para mayor facilidad en su manejo. Se integr3 en el protocolo al familiar, siendo este quien recibir3 las orientaciones por parte del profesional de enfermer3a, haci3ndolo part3cipe en los cuidados del paciente una vez que 3ste egrese de la unidad. **Conclusi3n.** El protocolo fue un instrumento innovador que cumplió con las etapas de un proyecto factible. De importancia y de consulta tanto para el personal de enfermer3a que labora en la UCI como para los estudiantes de pregrado, postgrado y para quienes realicen el rol de cuidador familiar.

PALABRAS CLAVE: protocolo, afecciones neurol3gicas, actividades de la vida diaria, enfermer3a, Orem.

ABSTRACT

Objective. To design a protocol egress for the care of patients with neurological conditions in the Intensive Care Unit (ICU) of the Instituto Aut3nomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) of Merida. **Methods.** It was a documentary study design feasible project. It was based on care activities of daily living (ADLs) in patients with neurological conditions. The project met the stages of diagnosis, theoretical foundation (document review and self-care theory of Dorothea Orem), feasibility of the proposal, validation and implementation. **Results.** The protocol was made up of introduction, justification, mission, vision, objectives, scope, target population, scope and content. It was characterized by the description of procedures regarding hand washing, nursing care or family in food, mobilization-ambulation, hygiene and disposal staff- dress, depending on the level of patient dependency. In each procedure was broken equipment, steps and foundation of each activity, coded with numbers and letters for ease in handling. He joined the family protocol and this who receive guidance from the nurse, making him share in patient care once he graduates from the unit. **Conclusion.** The protocol was an innovative instrument that met the stages of a feasible project. Important and consultation for both nurses working in the ICU and students of undergraduate, graduate and those who perform the role of family caregiver.

KEY WORDS: protocol, neurological conditions, activities of daily living, nursing, Orem.

— INTRODUCCIÓN

Las afecciones neurológicas en las personas constituyen el motivo más frecuente de ingreso a las áreas hospitalarias y pueden causar la pérdida parcial o completa de la función sensitiva y motora voluntaria, así como la alteración de la regulación normal de la inervación nerviosa intrínseca que resulta en la modificación del flujo sanguíneo en algunos órganos ⁽¹⁾.

Dentro de las afecciones que causan estragos en la sociedad está la enfermedad cerebrovascular que constituye la primera causa de discapacidad y ocupa el segundo lugar como causa de muerte a nivel mundial ⁽²⁾; sin embargo, en América Latina, existen pocos estudios epidemiológicos con base poblacional y la mayor parte de la información disponible proviene de registros hospitalarios ⁽³⁾. Otros estudios y análisis al respecto han declarado que el Traumatismo Cráneo Encefálico (TEC) es actualmente una de las principales causas de discapacidad. Sustentando lo expuesto, para el año 2004, la Organización Mundial de la Salud (OMS), detectó que los accidentes de tránsito representaron la novena causa de muerte, y se estima que para el año 2030 sea la tercera en el mundo ⁽⁴⁾; además la misma organización, califica que el impacto es mayor en países en vías de desarrollo o emergentes, y genera al menos el 80–90 % de las muertes ⁽⁴⁾.

Estas estadísticas aportan datos importantes, ya que si un gran número de personas fallecen, el otro porcentaje sobrevive ya sea con independencia para sus propios cuidados o con dependencia total, severa, moderada o escasa, conllevando a efectos contundentes sobre el grupo familiar, ya que este será quien cumplirá el rol principal de cuidador luego que la persona dependiente de cuidado egrese de una institución hospitalaria.

Lo anteriormente descrito va de la mano con un estudio realizado en el 2012 que concluyó que al medir el nivel de dependencia, determinado con el Índice de Barthel (IB), con la que egresaron los pacientes con afecciones neurológicas de una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI), el 36,7 % egresó con dependencia total del cuidado de sus familiares, el 30 % con dependencia severa, el 16,7 % con dependencia moderada, el 10 % con dependencia escasa y tan solo el 6,7 % fueron independientes para realizar actividades de la vida diaria (AVD); siendo alarmante el rango de edad de estos pacientes, que estuvo entre 10 a 20 años ⁽⁵⁾.

Se destaca que las AVD son acciones dirigidas a satisfacer las necesidades básicas en una persona ⁽⁶⁾, de tal forma que a mayor dependencia del paciente, mayor cuidado demandará del personal de enfermería o de los familiares. Es por ello que, a partir de la preocupación en satisfacer estas necesidades, se tomó la iniciativa de crear un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas tomando en consideración las AVD. El diseño de este protocolo persigue la posibilidad de mejorar la seguridad, la efectividad y unificar los cuidados de enfermería, contribuyendo de esta manera al bienestar de las personas enfermas al egresar de la UCI, así como la tranqui-

lidad de la familia, como cuidador informal en los servicios de cuidados intermedios de salud y en el hogar luego del alta médica.

El objetivo de estudio fue diseñar un protocolo de egreso para el cuidado de pacientes con afecciones neurológicas, el cual se enfocó en cuatro AVD:

- 1. La alimentación:** es un acto voluntario, que requiere la selección de alimentos para componer su ración diaria, esta selección va a depender de la disponibilidad y aprendizaje de cada individuo (7). Para las personas que dependen de cuidado esta actividad podría ser un acto complejo que va desde la ingesta de alimentos a través de la boca hasta el uso de dispositivos especiales en otras partes de tracto gastrointestinal para la administración de nutrientes.
- 2. La deambulaci3n:** se define como la acci3n de caminar solo o con ayuda de una persona manteniendo el dinamismo diario (8), por ello es importante mantener o fomentar la fuerza muscular para lograr incorporar al paciente a esta actividad. Cuidar de la movilizaci3n de una persona previene complicaciones como espasticidad muscular, úlceras por presi3n, atonía muscular, entre otras.
- 3. La higiene:** es la suma de procesos que permite una mejor defensa de la piel contra enfermedades (9). Mantener la limpieza, hidrataci3n y turgencia de la piel es una de las actividades más estéticas en el rol de cuidador así como también representa la calidad de cuidados que una persona recibe.
- 4. La eliminaci3n:** consiste en excretar productos de desecho del cuerpo ya sea por defecaci3n o micci3n (10). El rol de cuidador en este aspecto persigue lograr técnicas adecuadas para los cuidados de la regi3n perianal, ya que es otra de las acciones de envergadura correspondientes a las AVD debido a que las personas con dependencia total, severa o moderada de cuidados deben permanecer limpios y secos para así sentirse cómodos y sin riesgos de lesionar la piel como consecuencia de la predisposici3n a sustancias de desecho.

Para el enfoque del estudio, se tomó la modalidad de protocolo ya que rige una técnica estandarizada a quienes ejerzan el rol de cuidador. El protocolo, en algunas literaturas lo definen como un conjunto de recomendaciones o normas desarrolladas de forma sistemática que tiene la finalidad de facilitar la toma de decisiones adecuadas en una situaci3n clínica específica (11). Otro autor lo define como una actividad que lleva un orden lógico, jurídico y social con la misi3n de establecer pautas para la organizaci3n y desarrollo (12).

Tal como lo describe estos autores, el presente protocolo se rigió por la lógica en cuanto a acciones de enfermería, con fundamento teórico, ya que se pretende lograr un impacto social integrando a la familia en el rol de cuidador. Si bien esto es cierto, para puntualizar el orden del protocolo con relaci3n a los cuidados que se debe brindar en un momento determinado, se tomó como guía para la estructura del mismo, la teoría

del autocuidado de Dorothea Orem, la cual se basa en tres sistemas para proporcionar cuidado:

- 1. Sistema de apoyo educativo:** está dirigido a pacientes capaces que solo necesitan reforzar las acciones de autocuidado ⁽¹³⁾. Esto quiere decir que corresponde a personas independientes de cuidados. De tal forma, si el paciente está apto, puede o debería aprender o realizar las medidas requeridas de autocuidado ⁽¹⁴⁾. De acuerdo con los autores lo que pretende este sistema es orientar las acciones con relación al autocuidado.
- 2. Sistema parcialmente compensatorio:** en este la enfermera o el agente de autocuidado que sería el familiar, compensará las acciones de las limitaciones que presente el paciente ⁽¹³⁾. Este se relaciona con personas semiindependientes del cuidado.
- 3. Sistema totalmente compensatorio:** se utiliza cuando la agencia de autocuidado del paciente es tan limitada que el bienestar del mismo depende completamente de las acciones que le proporcione otra persona ⁽¹³⁾.

El protocolo diseñado, utilizó los tres sistemas, ya que los cuidados que se brinden en un momento determinado haciendo uso del protocolo, serán según el nivel de dependencia que presente la persona con afecciones neurológicas.

— MATERIALES Y MÉTODOS

Se trató de una investigación de tipo documental, con diseño de proyecto factible. De tipo documental porque es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores en diversas fuentes documentales ⁽¹⁵⁾. Como proyecto factible ya que es una modalidad de investigación que permite elaborar y ejecutar acciones futuras, a través de una serie de etapas ⁽¹⁶⁾, que permite resolver un problema práctico o satisfacer una necesidad ⁽¹⁵⁾.

En tal sentido, este tipo y diseño de investigación como se mencionó anteriormente fue precedido por otro trabajo de investigación descriptivo con diseño de campo, donde se realizó el diagnóstico del problema, evidenciándose que el 36,7 % de pacientes egresaron con dependencia total de los cuidados de sus familiares ⁽⁵⁾. Es a partir de este resultado que surgió la iniciativa de la creación del protocolo para el cuidado según el nivel de dependencia; justificado por el hecho de que a mayor nivel de dependencia, mayores son los cuidados.

Es importante especificar que para la creación de este proyecto factible fue necesario el análisis de la factibilidad del mismo, que se realizó considerando lo siguiente: la factibilidad técnica, referida al acceso a material documental como textos, investi-

gaciones relacionadas con la temática, ubicadas en la biblioteca de la Universidad de Los Andes (ULA) y sus dependencias, así como el recurso profesoral y asistencial para la revisión exhaustiva y posterior validación del protocolo. La factibilidad económica, dada por los bajos costos del proyecto.

La factibilidad administrativa e institucional, correspondió a la inexistencia para el momento de protocolos y manuales de procedimientos en la UCI del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes (IAHULA) de Mérida, por tal motivo al presentar la iniciativa fue aceptada satisfactoriamente por la directiva; además que esta unidad ha sido catalogada como el área de mayor productividad y responsabilidad del hospital, donde el personal de salud está dispuesto a brindar cuidados de calidad.

En cuanto a la factibilidad social, se destacó que la presencia de enfermeros especialistas en cuidados intensivos, contribuyó a lograr un enfoque integral en cuanto a atención se refiere, permitiendo incorporar al familiar en el rol de cuidador una vez que se decidiera el egreso de la persona hospitalizada. En el mismo orden de ideas, la factibilidad teórica, se enfocó en el diagnóstico situacional anteriormente mencionado en conjunto con la teoría del autocuidado de Dorothea Orem, como guía conceptual que siguió el diseño del protocolo.

Con relación a la validación del protocolo, se mencionó anteriormente que profesionales expertos en temática (panel de expertos), realizaron valiosas sugerencias al mismo, lo que permitió, la posterior presentación final.

— RESULTADOS

En el diseño del protocolo se establecieron estos elementos: aspectos introductorios, justificación, misión, visión, objetivos, campo de aplicación, población objeto, alcance del protocolo y el contenido del protocolo. Los aspectos introductorios, establecen que el protocolo es una guía para profesionales de enfermería interesados en la realización de procedimientos que se llevan a cabo para satisfacer las necesidades de las AVD. La justificación, implica el hecho de que se incluye al familiar haciéndolo sentir útil y necesario en el rol de cuidador, ya que una vez que egrese el paciente del hospital, los cuidados deberán ser satisfechos por el familiar.

La misión consiste en que los profesionales de enfermería cuenten con un instrumento de trabajo relacionado con las AVD del paciente con afecciones neurológicas, enfocado en los tres sistemas de la teoría de Dorothea Orem. La visión se define por el hecho de que este protocolo será un documento de referencia para estandarizar los cuidados de enfermería y del familiar del paciente con este tipo de alteraciones que egrese de la UCI. Los objetivos, se enfocaron en aplicar el sistema de apoyo educativo al familiar así como un sistema parcial o totalmente compensatorio de cuidados con el propósito de evitar complicaciones futuras en este tipo de paciente.

Con relación al campo de aplicación, la población objeto y el alcance del protocolo, estuvo dirigido a los profesionales de enfermería de la UCI y puede ser utilizado como guía por cualquier cuidador; asimismo, se estableció que la muestra eran personas con alteraciones neurológicas, dependientes para satisfacer AVD, pero puede ser extensivo a otros que por diversas enfermedades necesitan hacer uso de este protocolo.

Antes de aplicar el protocolo, se debe tomar en cuenta una serie de normas generales, entre ellas: aplicar los principios de autonomía, equidad, no maleficencia, beneficencia; respetar la privacidad del paciente e informar sobre cada una de las actividades a realizar, especificando claramente los procedimientos y permitiendo su participación hasta donde su condición de salud lo permita; incorporar al familiar guiando y educando en cuanto a los cuidados del paciente en la realización de las AVD; seleccionar el sistema de autocuidado correspondiente a cada paciente según la teoría de Dorothea Orem; realizar el lavado de manos antes y después de cada actividad planificada con el paciente; disponer del equipo necesario para el desarrollo de cada actividad. Destacando que, la persona que brinda cuidados debe adoptar una alineación corporal adecuada, para no lesionarse; establecer un horario para la realización de las acciones y brindar apoyo emocional tanto al paciente como al familiar.

En cuanto al contenido del protocolo, se caracterizó por la descripción de procedimientos concernientes al lavado de manos, cuidados de enfermería o del familiar en la alimentación, movilización y deambulación, higiene personal, vestido y eliminación, según el nivel de dependencia del paciente. Cada procedimiento cuenta con un código general, así mismo, cada cuidado presenta un código específico, todo con la finalidad de facilitar su identificación cuando sea aplicado, ejemplo: 01PA, es el código general del procedimiento para la alimentación del paciente y 011PAOSAE representa el código específico del sistema de apoyo educativo para los pacientes que reciben alimentación oral.

A continuación, en la **TABLA 1**, se representa lo mencionado, específicamente, lo correspondiente al protocolo acerca de los cuidados en la alimentación que debería recibir una persona con dispositivos o sonda de nutrición enteral.

TABLA 1. 01PA. PROCEDIMIENTO PARA LA ALIMENTACIÓN DEL PACIENTE.

EQUIPO	013PADSTC: Sistema totalmente compensatorio para pacientes que reciben alimentación a través de dispositivos o sondas de nutrición enteral.	FUNDAMENTO DEL PROCEDIMIENTO (4, 5, 6, 7, 8)
Gasas, solución antiséptica, adhesivo antialérgico, sondas o dispositivos de alimentación, jeringas y agua.	1. Verificar el cumplimiento del lavado de manos del cuidador.	Evita el paso de bacterias a través de la boca del paciente al sistema gastrointestinal, disminuyendo el riesgo de infecciones.
	2. Colocar al paciente en posición Fowler o elevar la cabecera hasta donde su condición lo permita, al mismo tiempo se le informa que es hora de comer y compruebe que acepta.	Esta posición favorece la deglución y el cierre de la glotis disminuyendo el riesgo de asfixia. Es necesario que la persona esté consciente para recibir alimentación oral. El recordar la hora le ayuda al paciente a relacionar el tipo de alimentos que va a recibir y su aceptación.
	3. Verificar ubicación del dispositivo o sonda de alimentación.	Las sondas nasogástricas podrían no estar en el estómago, aumentando el riesgo de broncoaspiración.
	4. Verificar la fecha de cambio del dispositivo.	Existen dispositivos que se deben cambiar cada siete días mientras que otros se cambian mensualmente.
	5. Con una jeringa de 20 cc o 50 cc aspirar a través del puerto de entrada del dispositivo o sonda.	La ausencia de residuo gástrico al aspirar antes de la próxima dieta, indica que el paciente tolerará el tipo de dieta administrada.
	6. Lavar con 20 cc de agua a través del puerto de entrada del dispositivo o sonda.	Permite comprobar la permeabilidad del dispositivo y prevenir infecciones.

FUENTE: LAS INVESTIGADORAS

Se observa en la **TABLA 1**, que el procedimiento para la alimentación del paciente a través de dispositivos o sondas de nutrición enteral, se ubica en el sistema totalmente compensatorio de Orem, para lo que se requiere de un equipo o materiales, los pasos a seguir y el fundamento o el razonamiento de cada acción. Los números que aparecen en superíndice en el fundamento, indican las referencias bibliográficas que el profesional de enfermería puede revisar para ampliar o aclarar dudas sobre la técnica, las cuales aparecen al final del protocolo diseñado. En definitiva, este diseño quedó conformado por veintitrés (23) procedimientos que involucran las cinco AVD.

— DISCUSIÓN

El resultado obtenido fue una guía con amplia información acerca de cómo brindar un cuidado específico para satisfacer AVD según el nivel de dependencia de cuidados, esto contribuye a facilitar los procedimientos de quienes ejerzan el rol de cuidador, permitiendo en el caso del familiar, que se sienta más seguro a la hora de satisfacer una necesidad y pueda comprender el beneficio que le garantiza a la persona que demanda cuidado aplicar el paso a paso de cada actividad. Lo anterior, es confirmado por diversos autores^{17,18} al referir que el protocolo es una herramienta o documento diseñado para que permanezca en los servicios de las instituciones de salud, permitiendo a enfermería tomar decisiones en momentos de duda, como también, ayudando a normalizar la práctica, aportando valiosa información tanto al profesional experto como al de reciente ingreso. En otras palabras, la finalidad del protocolo es disminuir la variabilidad en el cuidado, por lo tanto, su estructura debería estar normalizada, al menos en la misma unidad o servicio.

Tal como lo destaca Marcano en su investigación existe un 36,7 % de personas con dependencia total de cuidados⁽⁵⁾, de tal forma que es necesario y de gran importancia que el cuidador principal reciba un entrenamiento minucioso con relación a los cuidados que amerite la persona. Este entrenamiento, deberá estar enfocado en todo momento en la fundamentación teórica de Dorothea Orem, mediante la cual se desarrolló el protocolo según el sistema de cuidado que la persona amerite, sin embargo, la relevancia la mantiene el sistema totalmente compensatorio que se define como la limitación de la agencia de autocuidado ya que esta depende de otra persona o cuidador⁽¹³⁾.

Pero más allá de este enfoque, en el protocolo se desarrollaron las otras agencias de cuidado, con el propósito de que una vez la persona dependiente de cuidado adquiera autonomía e independencia, cuente con una guía útil que facilite su autocuidado. Este protocolo resulta innovador, ya que, a pesar de que existe un abanico de literatura al respecto, no existe un documento que sirva de guía para la réplica de los mismos, aunado al hecho de que cada protocolo tiene una finalidad específica; asimismo, es importante destacar el uso de una teoría propia de enfermería en el diseño del mismo.

Atendiendo a lo planteado anteriormente, el protocolo por ser un documento escrito, debería permanecer en la UCI del IAHULA, generando un canal de comunicación, en primer lugar, entre los diferentes turnos de enfermería, y en segundo lugar, con el resto del equipo de salud. Para ello, se plantean las siguientes recomendaciones: que sea utilizado como material de enseñanza en los diversos grupos de pre y postgrado que cumplen con sus prácticas en estas unidades, verificando la actuación realizada, identificando debilidades y determinando las correcciones, con el propósito de asegurar la calidad en la atención del paciente; difundir a todos los profesionales de enfermería que laboran en esta unidad, el protocolo para que se unifiquen los criterios de cuidado en cuanto a las AVD; aplicar el ÍB al momento de ingreso y de egreso del pa-

ciente para identificar el nivel de dependencia y así seleccionar el sistema de cuidado que corresponde; durante el alta, entregar al familiar un folleto de apoyo, posterior a la orientación que reciba para que refuerce los cuidados del paciente en el hogar, disminuyendo así el estado de ansiedad del mismo ante el desconocimiento de la atención y previniendo el riesgo de complicaciones que conllevarían al reingreso del paciente a la institución de salud. Igualmente, sería de gran importancia, que algún investigador interesado en la temática, continúe con las últimas etapas de este proyecto factible, es decir, con la aplicación y evaluación del protocolo.

— CONCLUSIÓN

Enseñar a las personas a ser agentes de autocuidado puede ser una tarea difícil cuando no se cuenta con herramientas prácticas y de fácil comprensión, es importante resaltar que no es igual brindar cuidados en función de promoción de salud, que cuidados en función de recuperación de la salud, de forma tal que los protocolos son instrumentos importantes para educar tanto al personal de salud, en este caso, a los profesionales de enfermería, así como a quienes realicen el rol de cuidador familiar.

— REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Brunner L. Manual de Enfermería. 4a ed. México: McGraw-Hill Interamericana; 1986. p. 888.
2. Murria C, López A. Mortality by cause for eight regions of the world: Global burden of disease study. Lancet [revista en internet] 1997 May [Consultado 13 de abril de 2013]; 349 (9061): 1269-76. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9142060>.
3. Feigin V. Stroke epidemiology in the developing world. Lancet [revista en internet] 2005 June [Consultado 10 de abril de 2013]; 365 (9478): 2160-1. Disponible en: [http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(05\)66755-4.pdf](http://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(05)66755-4.pdf)
4. Aboutares M, Arreola R, Rodes E, Mock C. Implantación y desarrollo de sistemas de atención en trauma en América Latina. 2a ed. España: Trilce; 2009. p. 13.
5. Marcano I. Nivel de dependencia de pacientes con trastornos neurológicos egresados de la unidad de cuidados intensivos del Instituto Autónomo Hospital Universitario de Los Andes. Mérida. Diciembre 2011-Octubre 2012. [Trabajo de Especialista en Cuidado de Enfermería al paciente en estado crítico]. Mérida: Universidad de Los Andes. Escuela de Enfermería; 2012.
6. Brunner L, Smith D. Enfermería Médico Quirúrgica. 10a ed. México: Mc Graw Hill Interamericana; 2005. pp. 19, 21, 204, 207, 891, 2.228, 2.243.
7. Domingo F, Jerez P, Núñez J, Castillo L, Santos J, Millán C. et al. Nutrición y salud. Tomo 2. México: Grupo cultural; 2006. p. 30.

8. Moruno P, Romero D. Actividades de la vida diaria. España: Elsevier; 2006. pp. 3-4.
9. Silva L, Gómez D, Piña D, Muñóz D, Caballero A, Alés M. et. al. Auxiliar de enfermería del servicio gallego de salud. Tomo 1. España: MAD; 2006. p.12.
10. Pollo R. Apoyo en la organización de intervenciones en el ámbito institucional. España: Ideas propias; 2009. p. 119.
11. Llor B, Saturno P, Gascón J, Saura J, López M, Sánchez M. et. al. ¿Los protocolos de enfermería siguen los requisitos de calidad estructural?: resultados de una evaluación multicéntrica en atención primaria de salud. *Enferm Clin.* [revista en internet] 2002 [Consultado 10 de abril de 2013]; 12(1): 22-8. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistaenfermeria-clinica-35/los-protocolos-enfermeria-siguen-los-requisitos-calidad-13027066-originales-2002>.
12. Gómez C, Gómez A. Gerencia de relaciones públicas y protocolo. Caracas: CEC; 2003. p. 67.
13. Alfaro R. Aplicación del proceso enfermero: paso a paso. 4a ed. Filadelfia: Lippincott-Raven Publisher; 1999. p. 117.
14. Fernández, A. Efecto de una intervención educativa de enfermería en el fortalecimiento de la capacidad de agencia de autocuidado del adulto mayor hipertenso ambulatorio de Tunja-Boyacá, Colombia. [Tesis de Doctorado en Enfermería]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia. Facultad de Enfermería; 2010.
15. Arias F. El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica. 5a ed. Caracas: Episteme; 2006. p. 27, 134.
16. Dubs de Moya R. El proyecto factible: una modalidad de investigación. *SAPIENS Revista Universitaria de Investigación* [revista en internet] 2002 Diciembre [Consultado 8 de junio de 2013]; 3(2). Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/410/41030203>.
17. Sánchez Y, González F, Molina O, Guil M. Guía para la elaboración de protocolos. Biblioteca Las casas [revista en internet] 2011 [Consultado 3 de julio de 2013]; 7(1). Disponible en: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0565.php>.
18. Cobo F, Frades de la Viuda M, Martín B, Guisado R, Vázquez I, García C. et. al. Manual de intervenciones enfermeras. Protocolo de procedimientos enfermeros. Servicio Andaluz de Salud. Área Hospitalaria Juan Ramón Jiménez Huelva, España: Artes Gráficas Bonanza; 2009.