

The background of the cover is a photograph of a hospital building with a yellow facade and a black metal fence. In the foreground, a person is riding a bicycle on a paved path. The text is overlaid on this image.

**Manual de Procedimientos
Generales de Enfermería**

**Hospital Público de Nivel 1 B
“Santa Elena”
De la ciudad de Santa Elena,
Entre ríos**

2020

“AUNQUE NO PUEDAS ELEGIR EL TRABAJO,
SIEMPRE PUEDES ELEGIR CÓMO LO HARÁS”

STEPHEN C. LUNDIN

Jefa del servicio de Enfermería

LIC. y PROF. BONOMI SILVIA LUJÁN

Sub-jefa del servicio de Enfermería

Presentación

El Hospital “Santa Elena” se encuentra ubicado sobre la costa este del Río Paraná; hacia el oeste limita la calle Eva Perón; hacia el norte, donde se encuentra la entrada principal de la guardia y un poco más adelante de las ambulancias, transita la calle Córdoba; y por último, hacia el sur, limita la Avenida Mitre.

El Hospital “Santa Elena” pertenece en la actualidad a la categoría de un Nivel 1B según Res. N° 2425, es de Autogestión y corresponde a la prestación de servicios de adulto, clínica médica mujeres y varones, atiende agudos y crónicos y es de derivación. El Hospital de “Santa Elena” no es un hospital sectorizado por el nivel de complejidad al que pertenece.

A partir del 2 de febrero de 2013 se anexó el servicio de obstetricia y ginecología. Durante ese año se practicaban cirugías menores: colecistectomía, apendicetomía y algunas traumatológicas sin complicaciones; en un mínimo número de alrededor de 3 o 4 mensuales, sin contar que surgieron las cesáreas programadas, el número de cirugías se elevó alrededor de un promedio de 6 por semanas. Actualmente, el número de cirugías menores volvió a disminuir, siendo una de las causas principales la falta de acuerdo remunerativo entre el profesional y la institución; y además, el óbito del único médico anestesiólogo con residencia en dicha ciudad, por lo que el traslado de anestesiólogos de otra ciudad dificulta la llegada a tiempo de los mismos. Por consiguiente se decide la derivación a un centro de mayor complejidad.

El número de camas útiles (según lo reconocido por Salud Pública) es de 35 camas; a saber: 12 habitaciones con 2 camas cada una que son utilizadas por los mutualizados con preferencia; una sala asignada para obstetricia que cuenta con 4 camas; Clínica de hombres que es una sala con 3 camas; y por último, clínica de mujeres con 4 camas. Pero que a su vez quirófano cuenta con 6 camas que son cubiertas por las tres primeras habitaciones, ya contabilizadas.

En noviembre de 2018 se cerraron 7 camas (2 habitaciones), quedando 28 camas útiles por utilización de habitaciones para el Servicio de Densitometría y Electroencefalograma, que hoy en día no está vigente ya que no contamos con un Técnico que realice los Electroencefalogramas y por otro lado, el Densitómetro no funciona momentáneamente.

El hospital cuenta con una guardia y tres consultorios externos donde atienden los siguientes especialistas: ginecología y obstetricia, traumatología, cardiología, oftalmología, cirugía y clínicos.

Este hospital cuenta con un plantel de 28 enfermeros, incluidas Jefa y Sub-jefa de Servicios de Enfermería.

Introducción

En la actualidad, es indispensable la protocolización de los cuidados de enfermería, ya que es una herramienta fundamental para unificar los cuidados. Cabe destacar que, una de sus ventajas es reducir la diversidad inapropiada, para proporcionar una atención más justa y equitativa a nuestros pacientes; pudiendo unificar criterios de actuación como punto de partida.

Los procesos clínicos protocolizados son instrumentos que definen la secuencia pormenorizada en una situación dada de las acciones que se han de llevar a cabo, tratando de sistematizar cuáles son y cuándo hay que proporcionar los cuidados.

Los procedimientos tienen un carácter normativo que vincula las acciones con el profesional constituyendo un aspecto legal.

Este manual de procedimientos se desprende del Manual de Procedimientos Generales que editó el Departamento de Enfermería Central de la Provincia de Entre Ríos; fundada a partir de las Normas Provinciales de Organización de Servicios de Enfermería que fue aprobado por la Secretaría de Salud, por Resolución N° 1384/90, dentro de un marco conceptual, operativo y flexible, que permite la adecuación a diversos niveles de complejidad y a situaciones regionales o locales específicas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en el 2005; lanzó la Alianza Mundial para la Seguridad del Paciente con el objetivo de coordinar, impulsar y crear compromiso en el desarrollo y puesta en marcha de líneas de acción orientadas a la mejora en la seguridad del paciente a nivel mundial. Uno de los campos de acción de la Alianza es el desarrollo de "Soluciones para la seguridad del paciente" definidas como: "Todo diseño o intervención de sistema que haya demostrado la capacidad de prevenir o mitigar el daño al paciente, proveniente de los procesos de atención sanitaria".

En el año 1984, la OMS definió la calidad asistencial como: *"Asegurar que cada paciente reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y los conocimientos del enfermo y del servicio médico, y lograr el mejor resultado con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y la máxima satisfacción del enfermo con el proceso"*.

En el año 2007, el Ministerio de salud de la Nación dicta una Resolución 1616/2007, cuyo objetivo es Promover la seguridad del Paciente como una de las políticas de mejora de la calidad del Cuidado.

A nivel Provincial, se redacta el Modulo de Guía para la elaboración de normas institucionales bajo N° de expediente 923972 iniciado en el año 2008, el cual cuenta con el dictamen 002421/09, de la Dirección de Asuntos Jurídicos del Ministerio de Salud de la Provincia de Entre Ríos. En el párrafo tercero expresa: *"Corresponde resaltar la valiosa recopilación que de las normas emanadas del Programa Nacional de Garantía de Calidad a las cuales ha adherido la Provincia de Entre Ríos mediante Decreto N° 6785/94 MSAS, ha efectuado el Departamento Enfermería.*

Que el plexo normativo existe y por lo tanto los efectores de Salud de la Provincia, están obligados a someter su accionar a las pautas fijadas en dichas normas, en pos de regular aspectos esenciales y comunes.

En tanto, se han considerado los puntos críticos de seguridad del paciente que corresponden a los procesos operativos de "Estrategia para la seguridad del paciente", *para la protección de la salud y seguridad de las personas*". [Programa Nacional de Garantía de Calidad: www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos.](http://www.msal.gov.ar/index.php/programas-y-planos)

Índice

Procedimientos:

A. ATENCIÓN AL PACIENTE

A.1. Admisión del Paciente al Hospital	9
A.2. Traslado Interno del Paciente	11
A.3. Traslado del Paciente a otro Centro	14
A.4. Alta del Paciente	17
A.5. Alta Voluntaria del Paciente	19

Procedimientos:

B. CUIDADOS BÁSICOS

B.1. Baño del Paciente en cama	21
B.2. Higiene de Boca	26
B.3. Higiene de Ojos	30
B.4. Movilización del Paciente	33
B.5. Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados	43
B.6. Contención Física o Inmovilización del Paciente	49
B.7. Actuación en Paciente que sufre caída	52
B.8. Preparación del Paciente Quirúrgico	54
B.9. Cuidados Post Mortem	57

Procedimientos:

C. INSERCIÓN, CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE DISPOSITIVOS

C.1. Elección, inserción y cuidados de la vena en la canalización de una vía periférica (Abbocath)	60
C.2. Elección del Calibre del Ábbocath para el Acceso Venoso Periférico	66
C.3. Retirada del Acceso Venoso Periférico	68
C.4. Inserción, Cuidados, Mantenimiento y Retirada de Sonda Nasogástrica.	71
C.5. Alimentación por Sonda Nasogástrica	75
C.6. Inserción, Cuidados, Mantenimiento y Retirada de Sonda Vesical	78
C.7. Cambio y Mantenimiento de Cánula de Traqueotomía	81

Procedimientos:

D. MEDICIÓN DE CONSTANTES VITALES

D.1. Medición de la Frecuencia Cardíaca	85
D.2. Medición de la Frecuencia Respiratoria	89

D.3. Medición de la Tensión Arterial	92
D.4. Medición de la Temperatura Corporal	96
D.5. Medición de saturación de oxígeno, a través de saturómetros	100
D.6. Medición de glucosa en sangre, a través de hemoglucotest	104

Procedimientos:

E. PREPARACIÓN Y MANTENIMIENTO DE TRATAMIENTO

E.1. Preparación y Administración de Fármacos Vía Oral	107
E.2. Preparación y Administración de Fármacos Vía Sublingual	109
E.3. Preparación y Administración de Fármacos por Sonda Nasogástrica	111
E.4. Preparación y Administración de Fármacos Vía Intramuscular	115
E.5. Preparación y Administración de Fármacos Vía Endovenosa	118
E.6. Preparación y Administración de Fármacos Vía Subcutánea	122
E.7. Preparación y Administración de Fármacos Vía Intradérmica	125
E.8. Administración de Enemas	128
E.9. Administración de Fármacos Vía Cutánea	132
E.10. Administración de Fármacos Vía Inhalatoria- Aerosoles	134
E.11. Administración de Fármacos Vía Inhalatoria- Nebulizadores	138
E.12. Administración de Fármacos Vía Oftálmica	141
E.13. Administración de Fármacos Vía Ótica	144
E.14. Administración de Fármacos Vía Rectal	146
E.15. Administración de Hemoderivados	148
E.16. Administración de Oxigenoterapia	151
E.17. Administración de Heparina de Bajo Peso Molecular	153

Procedimientos:

F. TÉCNICAS REALIZADAS AL PACIENTE

F.1. Aspiración de Secreciones Oro-faríngeas y Nasofaríngeas	155
F.2. Aspiración de Secreciones por Tubo Endotraqueal o Traqueotomía	157
F.3. Fisioterapia Respiratoria	159
F.4. Lavado gástrico	163
F.5. Paracentesis	166
F.6. Vendajes Colocación y Cuidados	169
F.7. Realización de Electrocardiograma	174
F.8. Cuidados De Enfermería En Afecciones Del Sistema Tegumentario	177

Procedimientos:

G. PROCEDIMIENTOS INDIRECTOS

G.1. Normas Básicas de Mecánica Corporal	190
--	-----

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Admisión del Paciente	Procedimiento N° P.G. - A.1.

Definición: Acciones de enfermería relacionadas con la admisión del paciente en las Unidades de Hospitalización.

Objetivos:

- Homogeneizar acciones del personal de enfermería en la admisión del paciente.
- Facilitar la integración del paciente en el medio hospitalario.
- Establecer canales de comunicación e información adecuados.
- Reducir el estado de ansiedad.
- Valorar la situación del paciente a su ingreso en la Unidad.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermero
- Auxiliar de Enfermería

Material:

- Cama limpia y hecha.
- Recipiente para prótesis dental.
- Toalla de aseo, pijama o camisón, de su pertenencia.
- Carpeta para la historia Clínica.

Ejecución:

- Preparación del material.
- Recibir y presentarse al paciente utilizando preferentemente el usted.
- Acompañar al paciente a la habitación e instruir al paciente y/o a la familia sobre las normas de funcionamiento en la Unidad, horario de comidas, horas de visita, manejo de las instalaciones de la habitación, etc.
- Presentar al paciente si procede a los compañeros de habitación.
- Entregar al paciente la ropa a utilizar en el hospital, en caso de cirugía.
- Aconsejar que el familiar se lleve los objetos de valor.

- Ayudar al paciente a cambiarse de ropa si lo necesita.
- Bañar al paciente si es necesario y explicarle los medios para la higiene habitual.
- Avisar al médico.
- Armar Historia Clínica.
- Establecer toda la documentación según Manual de Historias Clínicas.
- Valorar, planificar y ejecutar las acciones de enfermería según Necesidades.
- Informar al servicio de Nutrición (cocina), sobre la dieta del paciente.
- Aplicar medidas de seguridad según protocolo en pacientes que lo precisen.

Consideraciones especiales:

- Presentarse al paciente tratándolo de usted.
- Valorar al paciente.
- Registrar grupo sanguíneo y si fuera alérgico a algún medicamento en Historia Clínica. .

Registro:

- Anotar en el registro correspondiente:
- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Valoración de ingreso según normas

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Traslado Interno del Paciente	Procedimiento N° P.G. - A.2.

Definición:

Desplazar al paciente desde la unidad en que se encuentra ingresado a otra unidad del Hospital para completar el tratamiento médico o para la realización de pruebas complementarias.

Objetivos:

- Realización de pruebas complementarias y/o completar el tratamiento médico por necesidades específicas.
- Realizar el traslado del paciente a otra unidad del Hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camillero

Material:

- Silla de ruedas, camilla, cama, incubadora o cuna, según precise el paciente.
- Ropa para cubrir y abrigar al enfermo.
- Guantes no estériles.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Valorar si debe ser acompañado por personal sanitario o no sanitario y que el número de personas que efectúa el traslado es el adecuado.
- Procurar los medios necesarios para mantener una vigilancia continua en los pacientes que así lo requieran.

- Asegurarse de que en el traslado no se interrumpe el tratamiento.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Instruir al paciente sobre la posición correcta durante el traslado.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Notificar el traslado al área receptora.
- Preparar al paciente para su traslado.
- Planificar y verificar las vías e itinerarios del traslado.
- Vestir al enfermo según las necesidades (pijama, bata, etc.).
- Colocar la silla o camilla paralela a la cama.
- Asegurar frenos de cama, incubadora, silla o camilla.
- Proceder a la movilización de la forma más cómoda y segura para el enfermo y para el equipo de enfermería, realizando las técnicas de movilización conocidas.
- Acomodar al paciente en la silla de ruedas, camilla, cama, cuna o incubadora para su traslado.
- Verificar la correcta posición de apósitos, drenajes, sondas, etc. así como la comodidad del paciente, una vez realizada la movilización.
- Cubrir al paciente correctamente.
- Despedir al paciente y su familia.
- Adjuntar Historia Clínica y Pruebas complementarias.
- El camillero trasladará al paciente acompañado por el personal de enfermería.
- Entregar Historia Clínica en la Unidad receptora.
- No dejar al paciente sólo en ningún momento hasta que haya sido recibido por el personal en la nueva unidad donde ha sido trasladado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

En el caso en que el paciente sea trasladado definitivamente a otra unidad del Hospital:

- Etiquetar las pertenencias del paciente.
- Recoger el material que ha utilizado el paciente y avisar al Servicio de Limpieza para limpiar la habitación.

- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Avisar al Servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.
- Ante alguna prueba complementaria pendiente, comunicar la nueva ubicación del paciente.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Traslado del Paciente a otro Centro	Procedimiento N° P.G. - A.3.

Definición:

Transferir al paciente a otro centro por prescripción facultativa.

Objetivos:

Realizar el traslado del paciente a otro centro en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camillero.

Material:

- Silla de ruedas, camilla, cama, cuna o incubadora, según precise el paciente.
- Ropa para cubrir y abrigar al paciente.
- Ropa de cama.
- Guantes no estériles.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Valorar si debe ser acompañado por personal sanitario o no sanitario.
- Procurar los medios necesarios para mantener una vigilancia continua en los enfermos que así lo requieran.
- Asegurarse de que en el traslado no se interrumpe el tratamiento.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Instruir al paciente sobre la posición correcta durante el traslado.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

Notificar el traslado al área receptora.

- Preparar al paciente para su traslado.
- Etiquetar las pertenencias del paciente y asegurarse de que lo acompañan en el traslado.
- En caso de pacientes pediátricos, colocar pulsera identificativa con nombre, fecha de nacimiento y sexo, acompañado con Historia Clínica pediátrica.
- Vestir al enfermo según las necesidades (pijama, bata, etc.).
- Colocar la silla o camilla paralela a la cama.
- Asegurar frenos de cama, incubadora, silla o camilla.
- Proceder a la movilización de la forma más cómoda y segura para el enfermo y para el equipo de enfermería, realizando las técnicas de movilización conocidas.
- Acomodar al paciente en la silla de ruedas, camilla, cama, cuna o incubadora para su traslado.
- Verificar la correcta posición de apósitos, drenajes, sondas, etc. así como la comodidad del paciente, una vez realizada la movilización.
- Cubrir al paciente correctamente.
- Entregar informe de continuidad de cuidados de enfermería, y demás documentos que sean necesarios para la continuidad asistencial.
- Despedir al paciente y su familia.
- El camillero trasladará al paciente acompañado por el personal de enfermería, si procede.
- Recoger el material que ha utilizado el paciente y avisar al Servicio de Limpieza para limpiar la habitación.
- Realizar procedimiento de cama cerrada.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Recoger la historia clínica para que sea enviada al Archivo de Historias Clínicas.
- Avisar al Servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

Consideraciones especiales:

En los casos en los que el paciente sea trasladado a otro centro para la realización de pruebas complementarias y regrese de nuevo, se mantendrá la habitación asignada.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- La respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Alta del Paciente	Procedimiento N° P.G. - A.4.

Definición:

Reincorporación del paciente a su medio habitual, favoreciendo la continuidad de los cuidados.

Objetivos:

Reincorporar al paciente a su medio habitual, aportándole las herramientas necesarias para la continuidad de sus cuidados, así como la documentación clínica legal pertinente para su salida del centro hospitalario.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camillero.

Material:

- Informe y/o recomendaciones al alta.
- Silla de ruedas, camilla o cama, según precise el paciente.
- Guantes no estériles.

Ejecución:

Preparación del personal

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.

Procedimiento:

- Entregar al paciente o familiares el Informe y/o recomendaciones al alta según proceda.
- Reforzar las recomendaciones escritas sobre los hábitos de higiene, alimentación que debe seguir el paciente, dieta permitida y no permitida, etc.
- Explicar detalladamente las vías de administración de medicamentos, horarios y frecuencia.
- Recordar al paciente y familia la conveniencia de asistir a consulta externa para el control, después de la hospitalización, según cita establecida.
- Ayudar al paciente a colocarse su ropa de calle y en el traslado.
- Despedir al paciente y su familia.
- Recoger la historia clínica para que sea enviada al Archivo de Historias Clínicas.
- Recoger el material que ha utilizado el paciente y avisar al Servicio de Limpieza para limpiar la habitación.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Avisar al Servicio que corresponda de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Alta Voluntaria del Paciente	Procedimiento N° P.G. - A.5.

Definición:

Solicitud expresa que realiza un paciente o persona responsable del paciente para abandonar el centro hospitalario.

Objetivos:

Facilitar el deseo del paciente y/o familia de abandonar el Hospital de forma voluntaria.

Personal:

- Médico.
- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camillero.

Material:

- Registro de Alta Voluntaria.
- Material sanitario, si es necesario.
- Silla de ruedas, camilla o cama, según precise el paciente.
- Guantes no estériles.
- Dos bolsas (material desechable y ropa sucia).

Ejecución:

Preparación del personal

- Colocación Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

Informar al paciente y familia de la responsabilidad legal resultante de cualquier problema que pueda surgir de su salida del hospital.

Procedimiento:

- Informar al médico responsable del paciente.
- Identificación del paciente.
- Cumplimentar el registro de Alta Voluntaria para que el paciente o persona responsable del paciente lo firme. Se emitirá por duplicado, quedando un ejemplar archivado en su historia clínica y otro se proporcionará al usuario.
- Retirar cualquier material sanitario que pudiera portar el paciente y que, sin ser imprescindible para su vida, pudiera resultar peligroso sin la vigilancia y cuidados del personal sanitario.
- Recoger el material que ha utilizado el paciente y avisar al Servicio de Limpieza para limpiar la habitación.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Recoger la historia clínica para que sea enviada al Archivo de Historias Clínicas.
- Avisar al Servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Baño del Paciente en cama	Procedimiento N° P.G. - B.1.

Definición:

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar el aseo corporal y la comodidad del paciente. Incluye los procedimientos de higiene y limpieza de la superficie corporal y mucosas externas.

Objetivos:

Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

Material:

- Esponjas jabonosas desechables.
- Hule protector
- Agua caliente (37 – 38°C) en jarra.
- Guantes no estériles
- Toallas
- Crema Hidratante
- Colonia
- Champú
- Lava cabezas
- Peine o cepillo
- Cepillo de dientes, pasta o colutorio
- Hisopos
- Gasas
- Tijeras o cortaúñas
- Jeringas

- Suero fisiológico
- Equipo de aspiración (pacientes inconscientes)
- Productos personales del paciente, si lo prefiere
- Pijama o camisolín
- Ropa de cama
- Palangana.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.
- Conocer e informarse sobre el estado de salud del paciente y el tratamiento que está recibiendo.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Fomentar la presencia y/o colaboración de la familia si el paciente así lo desea.
- Preservar la intimidad y confidencialidad. Tener la precaución de cerrar la puerta mientras se realizan los cuidados y sólo descubrir la zona que tenga que asear.
- Colocar al paciente en una posición adecuada.

Procedimiento:

- Asegurar que la temperatura ambiente de la habitación es adecuada evitando las corrientes de aire.
- Desnudar al paciente. Procurar dejar expuesta sólo la parte del cuerpo que se vaya a lavar, volviéndola a tapar inmediatamente después, para preservar su intimidad.
- En todas las zonas excepto en los ojos y la cara se empleará jabón.
- Realizar el lavado siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias, comenzando por:
 - Retirar la prótesis limpiando ésta con antiséptico antes de volver a colocársela.
 - Afeitado; en el caso de los varones. Cambiar el agua.
 - Ojos.
 - Boca.

- Fosas nasales, si es necesario.
- Orejas y cuello.
- Cabello, verificar que no haya contraindicaciones.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Extremidades superiores y axilas, secar bien los dedos y pliegues interdigitales
- Tórax y abdomen, incidiendo con especial atención en zona sub-mamaria en mujeres, área umbilical e inguinal y pliegues.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Extremidades inferiores, con especial atención a los espacios interdigitales y prominencias óseas y siempre en sentido descendente.
- Aclarar y secar cuidadosamente.
- Cambiar el agua y la esponja.
- Genitales y periné: lavar desde el pubis hacia el periné, sin retroceder:

Técnica del aseo de genitales y periné en la mujer:

- Colocar la chata.
- Lavar la zona con la esponja jabonosa, de arriba a abajo, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario.
- Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar.
- Cambiar el agua y la esponja.

Técnica del aseo de genitales y periné en el hombre:

- Colocar la chata.
- Lavar los genitales con esponja jabonosa, retirando el prepucio para garantizar un lavado minucioso de glande y surco balanoprepucial.
- Aclarar, eliminando completamente los restos de jabón y secar.
- Colocar el prepucio, para evitar edema de glande o para-fimosis.
- Cambiar el agua y la esponja.
- Movilizamos al paciente con ayuda del celador y/o enfermera dependiendo de la gravedad y el estado del paciente.
- Continuar por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal.
- Secar cuidadosamente, utilizando toallas limpias y poner especial cuidado en pliegues cutáneos.
- Con el paciente en decúbito lateral, enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo progresivamente por la limpia.
- Aplicar una pequeña cantidad de crema hidratante con un ligero masaje hasta su total absorción, en las zonas eritematosas o prominencias óseas colocar apósito de hidrocoloide.

- Terminar de hacer la cama con ropa limpia, poner al paciente el pijama o camisón limpio y peinarle.
- Evitar que queden arrugas en la ropa de cama.
- Control de la capacidad funcional durante el baño.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Es importante recordar que existen varios factores personales y socioculturales que influyen en las prácticas higiénicas. Se han de tener en cuenta las limitaciones físicas específicas, las creencias, los valores y las costumbres de la persona para asegurar su intimidad y fomentar el bienestar.
- En ocasiones puede ser necesario frotar la piel para eliminar restos de suciedad; evitar provocar excoriaciones de la piel.
- No utilizar alcohol.
- No masajear las prominencias óseas.
- Tener especial precaución en el manejo de pacientes portadores de sistemas intravenosos u otros dispositivos.
- En los pacientes con vía venosa periférica, al quitar el pijama o camisón, sacar primero la manga que no tiene la vía y al ponerlo, al contrario, comenzar por la manga que tenga canalizada la vía.
- En pacientes con inmovilización terapéutica, movilizar al paciente en bloque para el aseo (Normas básicas de mecánica corporal).

Si el paciente es portador de sonda nasogástrica:

- Pinzar sonda nasogástrica.
- Retirar cinta de fijación de la sonda.
- Limpiar la fosa nasal con hisopo o torunda impregnada en suero salino con ligeros movimientos de dentro afuera. Limpiar también la superficie externa de la sonda con gasa.
- Secar con gasas la zona peri-nasal y la superficie externa de la sonda.
- Volver a fijar la sonda con la cinta adhesiva, rotando el punto de fijación.

Si el paciente es portador de sonda vesical:

- Lavar los genitales con solución antiséptica, haciendo mayor hincapié en el meato.
- Mantener el circuito cerrado, evitando desconexiones innecesarias que faciliten la infección, pinzando el circuito o manteniendo la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.
- Mantener la fijación de la sonda al muslo para evitar tracciones involuntarias que puedan provocar traumatismos.

- Cambiar la fijación de una pierna a otra cada 24 horas.
- Evitar acodamiento del circuito.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Higiene de Boca	Procedimiento N° P.G. - B.2.

Definición:

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene adecuada de la boca.

Objetivos:

- Evitar caries e infecciones o el agravamiento de otras lesiones al eliminar la placa bacteriana y restos alimentarios.
- Evitar la halitosis.
- Evitar sequedad de boca y aparición de grietas, proporcionando confortabilidad.
- Fomentar la autoimagen y la autoestima.
- Proporcionar higiene y bienestar al paciente.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

Material:

- Vaso con agua.
- Cepillo de dientes.
- Antiséptico bucal.
- Vaselina.
- Gasas.
- Pinza o Kocher para hacer torundas.
- Baja Lengua.
- Palangana.
- Toalla.
- Guantes.
- Sonda de aspiración conectada al aspirador.
- Jeringa de 10ml y de 20ml.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

1. Paciente autónomo

- Si está en cama colocarlo en posición adecuada (decúbito supino y medio incorporado) siempre que fuese posible por patología o estado del paciente y colocarle una toalla en el tórax y en la almohada para protegerlo de salpicaduras de agua.
- Higiene de manos del paciente.
- Proveer el material necesario al paciente (cepillo, dentífrico, vaso con agua o enjuague bucal, recipiente para desechos) para la realización de su propia limpieza bucal.

Si el paciente lleva prótesis extraíble:

- Retirar la prótesis limpiando ésta con antiséptico antes de volver a colocársela.
- Evitar maniobras que puedan provocar náusea al paciente.

2. Paciente dependiente consciente:

- Cepillar los dientes desde la encía hasta la corona realizando barrido para eliminar residuos.
- Limpiar la cara externa, interna, superior e inferior de los dientes y muelas en ambas mandíbulas así como la lengua.
- Facilitar un vaso con agua o antiséptico bucal para el aclarado de la boca.
- Aplicar vaselina en los labios para que queden protegidos e hidratados.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

3. Paciente dependiente inconsciente:

- Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado, si está indicado.
- Mojar torunda en la solución antiséptica y lavar paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes.
- Si existen secreciones secas y pegadas untar de vaselina líquida ya que es difícil de despegar sin ocasionar ulceraciones en las mucosas.
- Cambiar de torunda tantas veces como sea necesario.
- Mantener la boca abierta mediante depresor lingual, introducir agua con una jeringa de 10ml, aspirando al mismo tiempo con una sonda corta y de bordes redondeados. Repetir esta operación con una solución antiséptica oral.
- Lavar los labios y zona peri bucal con gasas húmedas.
- Secar bien los labios y aplicar vaselina.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Repetir la técnica, al menos una vez por turno.

4. Limpieza de prótesis dental extraíble:

- Lavar utilizando un cepillo adecuado.
- Desinfectar, sumergiéndolas durante 10-15 minutos en una solución de clorhexidina acuosa (si el paciente utiliza en su domicilio productos preparados específicos para las dentaduras, los utilizaremos siempre que nos los proporcione el propio paciente o familiar).
- Aclarar con agua antes de su colocación.
- Si no se le coloca al paciente, secar y guardar en el contenedor de prótesis dental.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- En pacientes intubados, el procedimiento será el mismo que para el paciente inconsciente.
- Valorar la existencia de ulceración provocada por herida o por roce de tubo oro-traqueal si lo hubiere, heridas traumáticas, quirúrgicas, etc.
- En pacientes con ulceraciones y/o heridas quirúrgicas, valorar la técnica indicada a realizar.
- En pacientes con sobre-dentadura, utilizar hilo dental, si es posible.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Higiene de Ojos	Procedimiento N° P.G. - B.3.

Definición:

Conjunto de actividades dirigidas a proporcionar una higiene adecuada de los ojos y los párpados.

Objetivos:

- Mantener la integridad de la superficie ocular.
- Prevenir complicaciones tales como infecciones o lesiones.
- Mantener húmedo el interior del ojo.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

Material:

- Jeringa.
- Agua estéril y/o suero fisiológico en envase plástico monodosis.
- Otra solución prescrita (pomada epitelizante, etc.) por el médico.
- Gasas estériles y/o apósito oftálmico.
- Guantes.
- Toalla.
- Bolsa de desechos.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento

- Colocar al paciente en decúbito supino o en posición de Fowler, si su estado lo permite.
- Colocar toalla alrededor de la cara (opcional) y cuello del paciente.
- Sujetar los párpados con los dedos índice y pulgar, lavar con agua estéril y/o suero fisiológico desde el lado interno hacia el externo del ojo.
- Observar zonas enrojecidas y/o secreciones lagrimales anormales.
- Asegurar que no existen cuerpos extraños en el ojo.
- Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
- Cerrar y abrir los párpados suavemente y repetir el lavado las veces necesarias.
- Ayudarse de una gasa si es preciso, para eliminar secreciones y suciedad en bordes y ángulos palpebrales.
- Secar la región peri ocular con una gasa, teniendo en cuenta el utilizar una para cada ojo.
- Siempre que sea necesario se le untará pomada epitelizante o colirios para mantener húmedo el interior del ojo.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Retirar todo el material empleado.
- Desechar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

En los pacientes en coma o sin reflejo palpebral, asegurar que los párpados no permanezcan abiertos, para evitar sequedad de la conjuntiva y prevenir úlceras corneales, utilizando, si es preciso, una gasa impregnada en suero fisiológico, cambiándola cada 2 o 3 horas. También se puede utilizar pomada epitelizante o lágrimas artificiales, aplicándolas como mínimo una vez por turno.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.

- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Movilización del Paciente	Procedimiento N° P.G. - B.4.

Definición:

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente con limitación del movimiento.

Objetivos:

- Mantener la comodidad del paciente.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.).
- Colocar al paciente en la posición adecuada según la prueba diagnóstica (realizar una óptima higiene postural).
- Potenciar la autonomía del paciente, asistiéndolo de forma pasiva solo cuando sea necesario (en las transferencias de una posición a otra).

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

Material:

- Guantes.
- Ropa de cama (sábana y salea).
- Sábanas y toallas para fabricar rodillos, etc.
- Almohadas, según precise.
- Sistemas mecánicos para movilizar pacientes.
- Trapecio.
- Sillón.
- Arco.
- férulas posturales.

Ejecución:

Preparación del personal

- Conocimientos de mecánica corporal. Formación específica en ergonomía adaptada al tipo de paciente con el que se va a trabajar.
- Realización de estiramientos concretos adaptados a la actividad que vamos a desarrollar.
- Planificar la actuación. Tener en cuenta si son necesarios uno o dos operadores y si es necesario el uso de ayudas técnicas (grúas, en caso de obesidad).
- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

Normas generales en la movilización del paciente

- Tener en cuenta las posibles limitaciones del paciente en la higiene postural del mismo y guardar, siempre que sea posible la máxima simetría, respetando las posiciones articulares anatómicas.
- Colocar la cama en posición horizontal y frenada.
- Tener al alcance las almohadas y/o dispositivos específicos a utilizar.
- Proteger vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
- Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas bruscas.
- Vigilar el estado general del paciente.
- Dejar al paciente en una postura cómoda y con acceso al timbre y sus objetos personales.
- Colocar barandas, si las hubiera.
- Colocar la silla de ruedas en la posición más apropiada para facilitar la transferencia en el caso que se pase al paciente de la cama al sillón o viceversa.
- Frenar la silla e intentar evitar los posibles obstáculos (reposabrazos, reposapiés, etc.).
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.

- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Normas generales de higiene postural para el trabajador:

- Las lesiones músculo-esqueléticas que derivan de un sobre-esfuerzo, en la mayor parte de los casos, están originadas por una mala praxis, por desconocimiento del método o por no seguir unas normas básicas, por ello:
- Al sujetar, levantar y transportar cargas o cuerpos se deben mantener lo más cerca posible del centro de gravedad de la persona que realiza la carga, manteniendo unas presas firmes y cómodas. De esta forma, las tensiones a las que son sometidas las estructuras anatómicas (músculos, ligamentos, etc.) a nivel de la columna, son mucho menores.
- Mantener las curvas anatómicas de la espalda, respetando el eje longitudinal, sin realizar flexiones excesivas del tronco hacia delante, flexionando siempre las rodillas.
- La postura de los pies es importante, se deben tener separados a la altura de los hombros, con el fin de lograr mayor estabilidad y equilibrio. Cuando se realiza desplazamiento de carga es necesario que los pies estén orientados hacia la dirección del desplazamiento que daremos a la carga.
- Evitar realizar giros del tronco manteniendo los pies estáticos cuando estamos soportando la carga, se deberá girar mediante pequeños pasos.
- Solicitar ayuda en los momentos difíciles. Siempre es mejor planificar la intervención para determinar si necesitamos la ayuda de otra persona antes de realizar la ejecución.

Movilización del paciente:

1. Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del trabajador.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- En casos específicos en que no existan contraindicaciones se puede colocar la cama en posición Trendelemburg para facilitar por gravedad el desplazamiento.

Pacientes que puedan colaborar (se necesita una sola persona):

1º. Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.

2º. Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama(entonces colocamos nuestros brazos por debajo de las caderas del paciente).

3º. Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.

Pacientes que no puedan colaborar (se necesitan dos personas):

1º. Colocarse cada persona a un lado de la cama (cambiar de lado frecuentemente para evitar sobrecargar siempre los mismos músculos), frente al paciente.

2º. Colocar los pies separados así como las rodillas ligeramente flexionadas (el apoyo de las rodillas sobre el lateral de la cama puede descargar un poco la espalda; es importante desplazar el peso de un pie a otro en el sentido del movimiento).

3º. Colocar una sábana doblada o entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos.

4º. El personal se situará a cada lado del paciente y con la ayuda de la sábana o entremetida, desplazar al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando los movimientos de fricción (sí es necesario una tercera persona suspendería los miembros inferiores del paciente).

5º. Subir la cabecera de la cama según necesidad (sobre todo cuando existen problemas respiratorios) y comodidad del paciente.

2. Movilización del paciente hacia un lado de la cama:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del trabajador.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- Colocarse en el lateral de la cama hacia donde se deslizará al paciente.
- Enrollar el extremo de la entremetida del lado hacia donde se deslizará al paciente y sujetarlo lo más próximo al paciente.
- Tirar del paciente hacia el lado de la cama, que se quiera deslizar.
- Puede ayudar a realizar la técnica apoyar la rodilla del profesional sobre la cama cuando el paciente aún se encuentra muy alejado del mismo.

3. Movilización del paciente desde la cama a otra cama o camilla:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del profesional.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada. Si es posible adaptar las alturas de las camas es necesario hacerlo.
- Una de las dos personas se coloca en el lado externo de la camilla, en el centro, y tira de la entremetida hacia sí, mientras la otra se coloca en la cabecera sujetando al paciente por los hombros, levantándolos y acercándole

hacia la camilla. Si es posible quitar el cabecero de la cama para adoptar una postura más ergonómica usando la técnica de arrastre más que la de levantamiento. Si el paciente presenta una zona más vulnerable (inmovilización de fractura, etc.), el segundo operador puede colocarse de forma que proteja esta zona.

- Enrollar los extremos de la sábana de abajo lo más cerca posible del paciente para que al tirar la palanca sea menor y se realice un menor esfuerzo.
- Desplazar al paciente para situarlo en el borde de la cama.
- Colocar la cama o camilla paralelamente a la cama del paciente.
- A la señal convenida elevar ligeramente al paciente a la vez que se desplaza hacia la camilla o cama.
- Dejar al paciente en una posición cómoda. Seguir las normas de higiene postural en base a la patología que presente el paciente.

4. Sentar al paciente al borde de la cama:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del trabajador.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- Situarse en el lateral de la cama hacia donde se va a sentar el paciente.
- Llevar al paciente de la posición supina al decúbito lateral sobre el lado hacia el que se levantará.
- Colocar los pies y las piernas del paciente en el borde de la cama.
- Colocar un brazo rodeando los hombros del paciente y el otro sobre el muslo que no está apoyado, cerca de la rodilla. Cargar peso sobre el muslo del paciente mientras movilizamos y ayudamos a levantar lentamente el tronco hacia la vertical (si el paciente puede ayudarnos este paso se puede dividir en dos, apoyando el paciente el antebrazo para después continuar hasta el apoyo sólo de la mano).
- Sostener al paciente hasta que guarde bien el equilibrio y se encuentre cómodo.
- Realizar pequeñas movilizaciones laterales para que el peso se reparta simétricamente entre las dos hemipelvis y la sedestación sea más estable.

5. Movilización del paciente hacia el sillón o silla de rueda:

1ª Técnica:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del trabajador.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.

- Aproximar el sillón o silla de ruedas a la cama en posición ligeramente diagonal respecto a la cama; la rueda y la parte anterior del asiento de la silla deben tocar la cama y fijar las ruedas.
- Cubrir el sillón o silla con una sábana. Es importante almohadillar la zona de la rueda para que no suponga un obstáculo para el paciente y se deslice mejor. Se pueden usar tablas de transferencias.
- Retirar las almohadas y reposabrazos de la silla más próximo a la cama.
- Ayudar al paciente a sentarse en el borde de la cama.
- Ayudar al paciente a ponerse unas zapatillas o zapatos antideslizantes.
- Colocarse justo enfrente del paciente.
- Tomar al paciente por debajo de los brazos. Esta maniobra no siempre es aconsejable, lo importante es que flexionemos el tronco del paciente invitándole a cargar el peso en sus pies, movilizándolo lateralmente la pelvis en descarga en dirección a la silla. Sería más aconsejable una presa a nivel de las escápulas o cintura escapular.
- Tirar del paciente hacia sí flexionando las rodillas para sujetar con ellas las piernas del paciente.
- Girar con el paciente hasta sentarlo en la silla. Se puede hacer en pequeños pasos, pivotando sobre los pies del paciente, prestando especial atención al pequeño hueco que pueda quedar entre cama y silla.
- Colocar la pelvis del paciente lo más próxima al respaldo para que tenga un buen apoyo lumbar, evitando las algias lumbares por una sedestación prolongada.
- Bajar las plataformas de los pies y colocar en ellas los pies del paciente.
- Colocar elementos de protección y almohadas de apoyo si fuera preciso.
- Frenar la silla de ruedas.

2ª Técnica:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del trabajador.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- Para pacientes con dificultad en la movilidad se necesitarán más de una persona.
- Aproximar el sillón o silla de ruedas a la cama en posición ligeramente diagonal y fijar las ruedas.
- Cubrir el sillón o silla con una sábana.
- Retirar las almohadas.
- Incorporar al paciente y colocar los brazos cruzados encima del tórax.

- Ambas personas se colocarán a los lados del paciente y usando una sábana sobre la que el paciente está sentado lo invitan a flexionarse mientras se ayudan de la sábana para movilizar la zona de apoyo de los isquiones que ahora se encontrará soportando un peso menor. Es importante que con el otro brazo los asistentes eviten que el paciente extienda el tronco lanzándose hacia atrás durante la maniobra.
- A la señal convenida levantar al paciente y sentarlo en el sillón.
- Colocar elementos de protección y almohadas de apoyo si fuera preciso.

Posiciones de los pacientes en cama:

Decúbito supino:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Seguir normas generales de higiene postural del trabajador.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que está frenada.
- Colocar al paciente tendido sobre su espalda, con las piernas extendidas y los brazos al lado del cuerpo, guardando el eje longitudinal.
- Levantar con suavidad la cabeza y poner una almohada bajo ella; la barbilla debe quedar ligeramente inclinada hacia delante (evitar que el mentón se eleve) y la almohada debe llegar a la altura de los hombros.
- Extender los brazos a los costados un poco separados del cuerpo y apoyados sobre la cama; Si el paciente tiene flaccidez o espasticidad muscular, puede ayudar a mantener la postura de los brazos una almohada colocada debajo de cada uno de ellos. Estas posiciones también pueden ayudar a evitar el edema. Alternar las posiciones de la palma sobre la cama y dirigida hacia el techo.
- Valorar la necesidad de poner un rollo en las manos para mantener los dedos en semiflexión.
- Comprobar que las caderas están rectas y colocar una almohada debajo del hueco poplíteo, más dirigida hacia los pies para evitar el aumento de la presión en esta zona con el riesgo circulatorio que podría implicar. Si la cama es articulada, se puede prescindir de esa almohada arqueando ligeramente la cama para que la parte posterior de las rodillas quede apoyada. Alternar esta posición con la extensión completa de las rodillas.
- Si las caderas tienden a la aducción, colocar una almohada de abducción entre las dos piernas; si por el contrario, tienden a la rotación externa, colocar un rollo a cada lado del paciente, a nivel de la cadera en forma de cuña.
- Colocar una almohada pequeña a la altura de los tobillos para que los talones no se apoyen, y otra almohada doblada contra las plantas de los pies de modo que estos queden flexionados con los dedos apuntando hacia arriba.
- Si los pies tienden a la rotación interna o externa, cubrirlos con unas botas de estructura rígida o semirrígida por fuera y almohadilladas por dentro, para

mantenerlos en posición de flexión, en cuyo caso podemos prescindir de la almohada en los tobillos. Atención a los casos de espasticidad acentuada para no aumentarla. Si la rotación de la pierna viene desde la cadera, colocar un rodillo en la parte externa de los muslos para corregir a ese nivel.

- Elevar la cabecera de la cama, hasta la altura más cómoda y apropiada para el paciente.
- Cuando el paciente se desplace hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera según el procedimiento desplazamientos de los pacientes, dejando la cama horizontal para la maniobra.
- Vigilar las zonas del occipucio, omóplatos, codos, sacro, coxis, talones y dedos de los pies.

Decúbito prono:

- Seguir normas generales de movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose que está frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre tórax y abdomen.
- Descansar la cabeza sobre una almohada pequeña, evitando una excesiva distensión de la columna vertebral. Cambiar el apoyo sobre uno y otro lado de la cara. Se puede colocar también una pequeña almohada bajo la frente para que la cabeza mantenga una posición más simétrica.
- Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen por debajo del diafragma (evitar hiperlordosis lumbar).
- Separar los brazos del cuerpo y levantarlos a la altura de los hombros con los codos flexionados; deben quedar perfectamente apoyados en la cama y con las palmas de las manos hacia abajo.
- Colocar una almohada debajo de las piernas, de forma que los pies queden en posición de extensión con el empeine apoyado. También se puede dejar que los pies sobresalgan de manera natural sobre el borde inferior del colchón.
- Vigilar los dedos de los pies, rodillas, genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos.

Decúbito lateral:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo.
- Separar del cuerpo el brazo del lado sobre el que se apoya, flexionar el codo en un ángulo de 90° y apoyarlo sobre la cama (se deberá alternar con la posición en extensión del codo). Ampliar la base de apoyo, para que no apoye solamente en un punto del hombro.

- Colocar una almohada debajo de la cabeza y otra delante del paciente para apoyar sobre ella el otro brazo con el codo semi-flexionado.
- Colocar una almohada en la espalda del paciente para que le sea más fácil mantener la posición y pueda descansar sobre ella.
- Las manos quedarán abiertas con los dedos semi-flexionados, utilizar un rollo si es necesario para mantenerlas así.
- Separar un poco las piernas, extender la inferior y flexionar ligeramente la superiora nivel de la rodilla; poner una almohada debajo de esta última, de manera que el peso recaiga sobre la almohada y no sobre la pierna que queda debajo, equilibrando así la pelvis. Comprobar que las caderas están rectas.
- Elevar la cabecera de la cama según las necesidades y seguridad del paciente.
- Vigilar las zonas de las orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maléolos.

Posición de Fowler y semi-fowler:

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Elevar la cabecera de la cama entre 45° y 60°.
- Retirar almohada de la cabeza.
- Colocar una pequeña almohada en la zona lumbar (si apoya correctamente la zona no es necesario), otra bajo los muslos y una almohada pequeña bajo los tobillos.
- Vigilar las zonas del sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.
- La posición de semi-fowler tiene un grado de inclinación menor de 30°.
- Flexionar al paciente a la altura de sus caderas, no de la zona dorsal, para ello, es preciso subir caudalmente al paciente en la cama con anterioridad.

Posición de Trendelenburg:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose que está frenada.
- Colocar al paciente en decúbito supino inclinando el plano de la cama de tal forma que la cabeza del paciente queda en un plano inferior al de los miembros inferiores.
- En la posición anti-Trendelenburg se inclina el plano de la cama de tal forma que la cabeza queda por encima de los miembros inferiores. Colocar una almohada en la planta de los pies, para favorecer el apoyo precoz en esta posición.
- Vigilar omóplatos, sacro, coxis, talones, dedos de los pies, codos y protección de la cabeza.

- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar aspiraciones en caso de tener vómitos.

Consideraciones especiales:

- Utilizar técnicas preventivas de mecánica corporal para movilizar al paciente.
- Conocer las patologías para evitar movilizaciones que estén contraindicadas.
- En caso de movilización de la cama a una silla, no es aconsejable que el paciente se ponga de pie, evitando así el riesgo de caídas.
- Evitar el dolor.
- Evitar mantener la presión prolongada sobre la misma zona.

Cuando el paciente es portador de tracción mecánica:

1º. En las movilizaciones de pacientes en cama, una persona debe vigilar los elementos de la tracción para controlar la tensión, evitar desplazamientos, evitar contracciones musculares y mantener el alineamiento del eje de tracción.

2º. Vigilar alteraciones locales de la zona afectada: enrojecimiento, edema, supuración, etc.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- La respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Prevención de Caídas en Pacientes Hospitalizados	Procedimiento N° P.G. - B.5.

Definición:

Medidas adoptadas para disminuir la incidencia de caídas de los pacientes hospitalizados, mediante intervenciones dirigidas a disminuir los factores de riesgo asociados a las caídas hospitalarias.

La Organización Mundial de la Salud define: “La Caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad”. Considerando la caída como uno de los Eventos Adversos Hospitalarios (EAH).

Son considerados pacientes con alto riesgo de caídas:

- Adultos mayores de 65 y/o adultos frágiles, se valora el alto riesgo de caídas, utilizando escala de Down-ton. Anexo 1.
- Menores de 6 años.
- Pacientes que van a ser sometidos a intervención quirúrgica y se les ha administrado tratamiento pre anestésico, así como pacientes en el post-operatorio-inmediato.
- En pacientes pluripatológicos y en tratamiento con más de cuatro fármacos aumenta el riesgo de caídas.

Objetivos:

- Evitar la caída en pacientes hospitalizados y los daños severos que pueda ocasionar.
- Disminuir EAH (Eventos Adversos Hospitalarios).
- Aumentar la seguridad del paciente.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camillero.

Material:

- Cama articulada.
- Mesa de noche movable.
- Timbre de alarma.
- Sillón.
- Barandas.
- Material de contención: muñequeras, tobilleras, chalecos, cinturones...
- Dispositivos de ayuda: andador, bastones, muletas.
- Accesorios de baño adecuados.
- Camillas con laterales abatibles.

Ejecución:

Preparación del personal

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.
- Disponer de los dispositivos de seguridad necesarios y próximos al paciente.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia de las medidas de seguridad para evitar las caídas.
- Informar al paciente y/o familia de la necesidad de cumplir las medidas de prevención.
- Informar al paciente y/o familia del riesgo de sufrir caída y de las consecuencias de las mismas (reconocer factores intrínsecos y extrínsecos).
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Revalorar el riesgo de caída del paciente, utilizando escala de Down-ton, según tabla 1.
- Acondicionar la habitación según necesidades del paciente, proporcionando mobiliario adecuado para la comodidad y seguridad del paciente y evitando obstáculos que favorezcan el riesgo de caídas:
- Colocar la mesilla de noche de manera que el acceso a ella no presente dificultad.
- Comprobar que la cama esté frenada, y en posición baja.
- Proporcionar luz adecuada y que no deslumbre al paciente.
- Mantener una luz difusa en la habitación por la noche.
- Situar el timbre de alarma fijo en un sitio donde el paciente pueda acceder sin dificultad.
- En pacientes que pueden deambular, recomendar el uso de calzado adecuado (antideslizante y ajustado al pie para que no se salga) y ropa ajustada al cuerpo para evitar que se enganche en algún saliente si es demasiado holgada o le está larga o se la pisa.
- Poner a su alcance las pertenencias y los dispositivos de ayuda personales (andador, bastones, muletas).
- Colocar barandas laterales para los pacientes seniles con bajo nivel de conciencia, deterioro cognitivo y/o agitado. Vigilando la posibilidad de riesgo de que el paciente salte por encima de la barandilla, en estos casos realizar procedimiento de contención mecánica hasta disminuir o controlar situación.
- Monitorizar y observar frecuentemente a los pacientes con riesgo.

En caso de traslado de pacientes:

- Valorar mediante escala Dow-ton la situación clínica del paciente y las precauciones a adoptar para el traslado.
- Acompañar siempre por personal del hospital al paciente.
- Asegurar la correcta posición de los laterales abatibles de las camillas.

Actuaciones en pacientes con riesgo de caídas:

- Responder cuanto antes a la llamada del paciente para limitar el nº de ocasiones que abandone la cama sin ayuda.
- Enseñar al paciente con riesgo de caída a realizar los cambios de posición lentamente.
- Mantener al paciente inconsciente en posición anatómica adecuada.
- Favorecer el acceso al baño a los pacientes que toman diuréticos y/o laxantes.

- Mantener la orientación tempero-espacial del paciente en el entorno hospitalario: T.V, radio, prensa,...
- Evaluar periódicamente el cumplimiento de las recomendaciones de prevención de caídas.
- Comprobar los factores de riesgo en cada turno.
- En pacientes que precisan de una contención física, proceder a su inmovilización en coordinación con el médico y la familia según Procedimiento "Contención física o inmovilización del Paciente"
- Reevaluar el riesgo de caídas ante el cambio de situación del paciente.

Medidas preventivas generales en el paciente infantil:

Neonatología:

- Realizar siempre en cuna todos los traslados intrahospitalarios del R.N.
- Traslado desde el área de Partos a Neonatología.
- Traslado de Neonatología, Pediatría o Ginecología para cualquier prueba complementaria.

Pediatría:

- Cuando el niño esté en la cuna, mantener siempre los laterales elevados.
- Instruir a los familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados.
- Cuando sea necesario realizar una técnica que requiera ser transportado fuera de la cuna, el niño debe permanecer acompañado por personal de la unidad o por el familiar.

Medidas preventivas generales en el área quirúrgica:

- Las barandas de la cama deben estar siempre elevadas durante la estancia del paciente en el área quirúrgica.
- Asegurar convenientemente al paciente antes de realizar cualquier cambio de cama camilla, de cama a mesa quirúrgica o viceversa.
- Asegurar convenientemente al paciente antes de realizar cualquier movimiento de cambio de posición del paciente o de la mesa quirúrgica.
- Acompañar siempre al paciente cuando esté en la mesa quirúrgica.
- Realizar sujeción física del paciente en la mesa quirúrgica en posiciones que disminuyan el riesgo de caída.

Tabla 1

ESCALA DE RIESGO DE CAÍDAS (J. H. DOWNTON)		
Alto riesgo > 2 puntos		
CAÍDAS PREVIAS	NO	0
	SÍ	1
MEDICAMENTOS	NINGUNO	0
	TRANQUILIZANTES-SEDANTES	1
	DIURÉTICOS	1
	HIPOTENSORES (NO DIURÉTICOS)	1
	ANTIPARKINSONIANOS	1
	ANTIDEPRESIVOS	1
	OTROS MEDICAMENTOS	1
DÉFICIT SENSORIALES	NINGUNO	0
	ALTERACIONES VISUALES	1
	ALTERACIONES AUDITIVAS	1
	EXTREMIDADES (ICTUS)	1
ESTADO MENTAL	ORIENTADO	0
	CONFUSO	1
DEAMBULACIÓN	NORMAL	0
	SEGURA CON AYUDA	1
	INSEGURA CON AYUDA/ SIN AYUDA	1
	IMPOSIBLE	1

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Anotar la valoración del riesgo de caídas según la escala.
- Activar el diagnóstico de enfermería “Riesgo de caídas” y evolucionar.
- Anotar las medidas adoptadas.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Contención Física o Inmovilización del Paciente	Procedimiento N° P.G. - B.6.

Definición:

Acciones encaminadas a disminuir el riesgo de caídas en pacientes mediante contención física y/o inmovilización.

Contención física y/o inmovilización: Uso de un dispositivo físico y/o mecánico para restringir los movimientos de una parte del cuerpo, o impedirlos en su totalidad, con el objetivo de prevenir aquellas actividades físicas que pueden poner en situación de riesgo o en peligro de lesión al enfermo o a otras personas de su entorno.

Objetivos:

Limitar la movilidad física del paciente y garantizar su seguridad.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camillero.
- Servicio de seguridad del hospital. Interviene caso de riesgo de agresión para garantizar la seguridad del paciente, otros pacientes, familiares y personal del hospital.

Material:

- Guantes.
- Cinturón ancho abdominal (Semi-inmovilizador).
- Chaleco (Semi-inmovilizador).
- Cintas de muñecas.
- Cintas para hombros.
- Cinturón estrecho de piernas.
- Cintas para tobillo.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Explicar a la familia los riesgos y beneficios de la sujeción en caso de ser necesaria.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento y de la razón por la que se han adoptado medidas de contención.
- Fomentar la colaboración del paciente y/o familia en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Tranquilizar al paciente.
- Entregar y explicar a la familia el consentimiento informado.

Procedimiento:

- Las restricciones sólo deben usarse cuando otras alternativas han demostrado su ineficacia.
- La decisión de inmovilizar al paciente debe tomarse tras su valoración por el equipo multidisciplinar, usando herramientas de valoración apropiadas y monitorizando su uso.
- Indicación médica de inmovilización.
- Tener en cuenta los factores que pueden contribuir a aumentar el riesgo de muerte en pacientes inmovilizados:
- Inmovilización en posición supina, predispone al riesgo de bronco aspiración.
- Inmovilización en decúbito prono, predispone al riesgo de asfixia.
- Inmovilización de pacientes con deformidades.
- Inmovilización de pacientes que se encuentran solos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Informar a las personas que se encuentran acompañando al/a la paciente que estén vinculadas por razones familiares o de hecho, acerca de la adopción de la medida.
- Las inmovilizaciones se realizarán con ayuda y usando las técnicas menos restrictivas posibles para evitar lesionar al paciente.
- Colocar al paciente en posición anatómica correcta.
- Mantener la cabeza del paciente ligeramente levantada (ángulo de la cabecera de la cama 35 a 45 grados), para evitar el riesgo de aspiración.
- Manejar al paciente con firmeza.
- Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada.

- Fijar las sujeciones al marco o a la cama (nunca a la baranda) y fuera del alcance del paciente.
- Comprobar que el paciente tenga cierta libertad de movimientos, pero que en ningún caso puedan producirle lesiones.
- Vigilar la respuesta del paciente al procedimiento.
- Valorar al paciente al menos dos veces por turno, aumentando vigilancia según situación clínica y evolución, teniendo en cuenta:
 - Respiración, estado psicomotor y nivel de conciencia.
 - Comprobar el estado de la piel, el pulso, color, temperatura y sensibilidad del lugar de la sujeción.
 - Actitud de la persona contenida y estado de ánimo.
 - Postura inadecuada.
 - Compresión de algún miembro.
 - Rigidez muscular.
 - Temperatura de manos y pies.
- La frecuencia de control de los signos vitales dependerá de la situación clínica del paciente, realizándose al menos cada 8 horas.
- Establecer Protocolo de prevención de UPP.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- La supresión se realizará tras la valoración del equipo multidisciplinar cuando la necesidad haya cesado.
- La retirada de la sujeción debe realizarse siempre de forma progresiva, a medida que aumente el autocontrol. Debiendo extremarse la vigilancia al paciente en las horas posteriores hasta que se normalice su conducta.

Consideraciones especiales:

La enfermera puede realizar la contención física en situación de emergencia, con el personal suficiente y evitando el riesgo de autolesión en el paciente.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Motivo de la contención.
- Procedimiento realizado.
- Duración de la contención.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Actuación en Paciente que Sufre caída	Procedimiento N° P.G. - B.7.

Definición:

Medidas a adoptar después de producirse una caída que favorecen la disminución de la morbi-mortalidad.

La Organización Mundial de la Salud define: “La Caída es la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad”.

Objetivos:

- Atención inmediata al paciente que ha sufrido una caída.
- Disminuir el riesgo de morbi-mortalidad.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

Material:

- Material adecuado según lesiones.
- Guantes.
- Registro específico de Notificación de la Incidencia de caídas (anexo 1).

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Tranquilizar al paciente tras la caída.
- Acomodar al paciente in situ.

Procedimiento:

- Valorar de forma inmediata la situación clínica del paciente.
- Solicitar ayuda en caso necesario.
- Avisar al médico responsable o médico de guardia.
- Atención clínica al paciente en el lugar de la caída: nivel de conciencia, constantes vitales, valoración del daño.
- Trasladar al paciente a la cama con precaución según grado de lesión e indicación.
- Evaluar daños producidos en la caída: apoyados en pruebas complementarias.
- Administrar los cuidados derivados de las lesiones.
- Aplicar medidas preventivas y reevaluar el riesgo de caída en el paciente.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia durante las 24 horas posteriores a la caída.
- Valorar el daño psíquico producido tras la caída con la aparición del síndrome post-caída.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Lugar de la caída.
- Motivo de la caída.
- Firma, fecha y hora de la caída.
- Consecuencias en el paciente.
- Tratamiento y cuidados administrados.
- Medidas adoptadas.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente.
- Notificar la caída mediante registro protocolizado (Registro específico)
- Notificación de la Incidencia de caídas (anexo 1).

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación del Paciente Quirúrgico	Procedimiento N° P.G. - B.8.

Definición:

Conjunto de acciones realizadas al paciente previo al acto quirúrgico.

Objetivos:

- Garantizar unas condiciones óptimas de seguridad, confort e higiene.
- Prevenir complicaciones postoperatorias.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.

Material:

- Material para el aseo del paciente (toalla, jabón, vaso).
- Solución antiséptica bucal. (según elección de la Institución)
- Solución antiséptica corporal. (según elección de la Institución)
- Material para retirada de vello (tijeras, rasuradora eléctrica).
- Ropa para paciente y cama.
- Recipiente para prótesis dental.
- Quitaesmalte.
- Guantes.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

Día previo a la intervención:

- Indicar al paciente, o ayudar/realizar si es el caso, ducha o baño, la tarde previa a la intervención, con jabón antiséptico.
- Comprobar en la Hª Clínica del paciente, la prescripción de fármacos o preparación específica según intervención.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito ya sea como pre medicación vía oral y/o como preparación intestinal u otras.
- Explicar los tratamientos individuales al paciente y/o familia, según protocolo: terapia intravenosa, inserción de un catéter urinario o sonda naso gástrica, medias antitrombóticas o drenajes.
- Administrar medicación y/o preparación pre quirúrgica según pautas.
- Explicar la necesidad de la restricción de alimentos y líquidos orales, al menos 8 horas antes de la cirugía.
- Asegurarse que la Historia del paciente esté completa.

Día de la intervención en la Unidad de hospitalización:

- Confirmar que el paciente está en ayunas.
- Indicar al paciente o ayudar/realizar si es el caso, ducha o baño, hora/s previa/s a la intervención, con jabón antiséptico.
- Administrar medicación y/o preparación pre quirúrgica si existe pauta previa a la intervención.
- Si el paciente toma pre medicación, indicarle que permanezca en cama evitando los desplazamientos por el riesgo de caídas. Se le indicará que orine previamente.
- Comprobar la ausencia de alhajas, anillos, esmalte de uñas y maquillaje.
- Indicar en relación a dispositivos de uso personal como prótesis dentales, audífonos lentes etc., que pueden conservarlas si así lo desean, no obstante han de retirarlos en la zona pre quirúrgica haciéndole entrega de los mismos a un familiar.
- Retirar el vello, sí se considera esencial, mediante corte o rasurado, éste se realizará tan cerca del momento de la intervención como sea posible.
- Aplicar solución antiséptica en la zona de rasurado.

- Facilitar ropa adecuada.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de mano.
- Asegurarse que la Historia del paciente esté completa.
- Asegurarse que este firmado el consentimiento por el paciente o familiar directo.
- Disponer tiempo para que los miembros de la familia hablen con el paciente antes del traslado al área quirúrgica.
- Informar al paciente y familia sobre el acompañamiento al área pre quirúrgico, una vez allí un familiar podrá permanecer con él hasta su paso a quirófano.
- Indicar igualmente a la familia el lugar de espera durante la intervención.

Día de la intervención en el ante quirófano:

Atención del paciente en el área pre-quirúrgica según protocolo:

- Identificación del paciente.
- Presentación del personal.
- Verificación del procedimiento quirúrgico.
- Comprobación de Historia del paciente y requisitos pre quirúrgicos.
- Comprobar la retirada de dispositivos personales (lentes, audífonos, dentaduras completas o parciales, pelucas etc.) haciendo entrega a un familiar, antes de pasar al quirófano.
- Reforzar información a la familia acerca de la sala de espera quirúrgica, así como las horas de visita de los pacientes en Unidad de recuperación post anestésica.

Consideraciones especiales:

- Medidas especiales en pacientes con alergia al látex, al yodo o a los metales.
- Confirmar que los pacientes de cirugía mayor ambulatoria (CMA) han realizado la preparación en su domicilio según las recomendaciones entregadas en la consulta de pre anestesia.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado, si procede.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Cuidados Post Mortem	Procedimiento N° P.G. - B.9.

Definición:

Proporcionar los cuidados necesarios que garanticen un aspecto digno y limpio al paciente fallecido/a para su posterior traslado.

Objetivos:

- Preservar la intimidad del difunto y familiares.
- Confortar y brindar apoyo emocional a la familia, teniendo en cuenta sus creencias religiosas y sus valores culturales.
- Facilitar a la familia, allegado o responsable, la información básica de los trámites burocráticos dentro del hospital.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería.
- Camillero para el traslado a la morgue.

Material:

- Elementos de higiene.
- Toallas.
- Sábanas.
- Batas no estériles.
- Mascarillas.
- Guantes no estériles.
- Tijeras.
- Pinzas de disección largas.
- Material de sutura.
- Algodón.
- Gasas y compresas.
- Vendas.
- Cinta Adhesiva

- Jeringas 10cc y 20cc.
- Aspirador.
- Sondas de aspiración.
- Biombo.
- Bolsas para residuos.
- Tres etiquetas identificativas (nombre, fecha, hora, habitación y cama).
- Certificado de defunción.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Procedimiento:

- Avisar al Jefe, Subjefe o encargado de turno.
- Avisar al médico para que confirme y verifique el fallecimiento.
- Identificación del paciente.
- Presentarse a la familia e Informarle del procedimiento a realizar, siempre que su estado lo permita.
- Preservar en todo momento la intimidad del paciente fallecido. Para ello procurar realizar los cuidados en habitación individual, si no es posible aislar al paciente fallecido con cortinas o biombos.
- Levantar el cabecero de la cama ligeramente, para evitar la acumulación de líquidos en la cabeza o la cara.
- Realizar la higiene del cadáver cuidadosamente y retirar sondas, drenajes, catéteres, etc.
- Aspirar cavidad oro - faríngea de secreciones, sangre, etc.
- Taponar los orificios naturales en caso necesario.
- Colocar la prótesis dental, si fuera posible.
- Cerrar los ojos y sujetar la mandíbula inferior con una venda elástica.
- Colocar un pañal de incontinencia bien sujeto debajo de las nalgas y entre las piernas.
- Mantener una alineación corporal correcta.
- Colocar apósitos limpios en las heridas.
- Colocar en decúbito supino sobre el sudario, con los brazos cruzados y pies juntos (en caso de necropsia, los brazos se mantendrán a lo largo del cuerpo).
- Colocar las tres etiquetas identificativas, en brazo, pierna y parte superior y externa del sudario. Cerrar el sudario y cubrir con una sábana hasta el nivel del cuello, por si la familia desea verlo.

- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar bata, guantes, mascarilla.
- Higiene de manos.
- Permitir a los familiares si lo desean, permanecer junto al difunto durante unos minutos, para despedirse.
- Recoger y entregar todas las pertenencias del fallecido a los familiares, si no es posible, el encargado de turno se hace cargo de los objetos, que posteriormente entregará a la familia tras la firma del documento correspondiente.
- Disponer de intimidad y proporcionar apoyo emocional a la familia y allegados en el proceso de duelo.
- Cubrir el cadáver totalmente con una sábana para su traslado.
- Simultáneamente a los cuidados realizados al paciente fallecido, el encargado de turno actuará según su protocolo.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Deberían suturarse aquellas heridas, ostomías que drenen abundantemente.
- Procurar siempre que sea posible que la familia vea al paciente fallecido antes de su traslado, si es su deseo.
- En todo el proceso se mantendrá la mayor discreción posible con todos los pacientes y en el momento del traslado se cerrarán las puertas del resto de las habitaciones y se evitará el tránsito por los pasillos.
- Si las causas del fallecimiento precisan intervención judicial, el jefe o Subjefe se encargará de tramitar la documentación por triplicado al juzgado, en el juzgado firman y sellan la documentación y devuelven dos copias, una se archiva en la Historia Clínica y la otra se envía a la unidad de cargos.
- Si el fallecido no tuviera familia, guardar sus pertenencias en una bolsa previamente identificada y comunicarlo al Jefe o Subjefe.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Identificación de la persona a quien se entrega las pertenencias del difunto.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Elección, inserción y cuidados de la Vena en la Canalización de una Vía Periférica (Ábbocath).	Procedimiento N° P.G. - C.1.

Definición:

Consiste en la inserción de un catéter de corta longitud en una vena superficial con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

La canalización percutánea de una vena mediante una aguja o catéter que permite acceder a la circulación venosa con fines terapéuticos o diagnósticos.

Existe preocupación y continua búsqueda de herramientas que fomenten la prevención de infecciones relacionadas al cuidado de la salud, lo que requiere esfuerzo y compromiso. El mismo sería en vano, si el personal de enfermería no asume un compromiso real y verdadero en la concientización de la importancia de la prevención de las infecciones intrahospitalarias.

Objetivos:

- Dotar a los profesionales de enfermería de una guía de estrategias para la canalización y mantenimiento de una vía venosa periférica, unificando los criterios de actuación.
- Disponer de una vía intravenosa para administrar agua, electrolitos, nutrientes, fármacos, sangre y/o hemoderivados.
- Disminuir la infección nosocomial y las complicaciones derivadas de la cateterización venosa periférica.
- Disminuir el índice de accidentes con punzantes de los profesionales.
- Cubrir las necesidades terapéuticas, diagnósticas y de comodidad del paciente.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería (supervisados).

Material:

- Guantes
- Gasas
- Apósitos
- Antiséptico (alcohol 70% ó Clorhexidina 2%)
- Ábbocaths N° 18, 20, 22, 24.
- Tijera

- Tegaderm, apósitos transparentes a prueba de agua, que mantienen un ambiente adecuado para la cicatrización de heridas, dejando que la piel respire, además de que protege cortes, quemaduras menores e incisiones post quirúrgicas, sellando la herida al paso del agua, la suciedad y los gérmenes. Existen Tegaderm Film e Hidrogel. Se solicita en esta ocasión el Tegaderm Film, apósito transparente de poliuretano estéril, que actúa como barrera bacteriana; indicado para la protección de piel frágil en la prevención de las úlceras por presión y como apósito de la curación húmeda de heridas. Si no hubiese en existencia, se utilizará cinta hipoalergénica.
- Soporte de goteo.
- Sistema de perfusión.
- Llave de tres pasos con alargadera (si fuese necesario).
- Frasco o bolsa con la solución a administrar.
- Contenedor para material punzante.
- Bolsa para residuos.

Opcional:

- Férula.
- Filtro intravenoso.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Lavado de las manos.
- Utilizar guantes de inspección en la canalización de catéteres periféricos (el uso de los mismos no elimina la necesidad de higienizarse las manos).

Preparación del paciente:

- Comprobar identidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Preservar su intimidad en la medida de lo posible.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda, tanto como para el propio paciente como para el profesional que va a utilizar la técnica (altura adecuada, material al alcance de la mano, etc.).

Preparación del equipo de perfusión

- Extraer el sistema de perfusión y el resto de conexiones, si las hubiese de sus envoltorios. Conectarlos entre sí manteniendo las tapas protectoras de ambos extremos del sistema para mantener su esterilidad. Cerrar la llave de paso del sistema de perfusión.
- Retirar la tapa protectora del extremo del sistema de perfusión e introducirlo en el punto de inserción de la bolsa o frasco de la solución a infundir. Q 17 EPS
- Colgar la bolsa o frasco en el soporte de goteo quedando invertido a una altura de 50 cm. por encima del corazón del paciente. Apretar la cámara de goteo del sistema de perfusión hasta que se llene una tercera parte. Retirar la tapa

protectora del extremo distal del sistema de perfusión, con cuidado de no contaminarla y abrir la llave de paso del sistema.

- Dejar fluir la solución hasta eliminar todas las burbujas de aire del sistema, cerrar la llave de paso y tapar de nuevo el extremo distal del sistema con su protector original.

Procedimientos:

- En adultos, es aconsejable realizar la elección de la vena en los miembros superiores antes que en los inferiores. En cuanto sea posible se debe cambiar un catéter insertado en las extremidades inferiores a una superior.
- Utilizar el brazo no dominante siempre que sea posible, si el paciente está despierto, según nivel de su conciencia.
- Evitar zonas lesionadas de la piel.
- Buscar una vena que se palpe fácilmente y se sienta suave y llena, que esté respaldada por un hueso y que permita una adecuada circulación alrededor del catéter insertado.
- Evitar zonas de flexión.
- Evitar la canalización de venas doloridas, nudosas, tortuosas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área de extravasación o flebitis.
- Evitar los miembros lesionados por traumatismos o comprometidos quirúrgicamente (mastectomía con extirpación de ganglios linfáticos auxiliares, etc.).
- Evitar las venas dañadas por punciones anteriores.
- En pacientes con ICTUS se aconseja la utilización del brazo pléxico o parético, con el fin de aumentar el confort y libertad de movimiento del paciente durante el tratamiento intravenoso, así como para favorecer los ejercicios de rehabilitación prescritos para el mismo.
- Evitar los miembros portadores de fístulas arteriovenosas.
- Utilizar las venas de pies y piernas sólo cuando las de los brazos sean inaccesibles, por el mayor riesgo de formación de trombos.
- Comenzar en primer lugar por las venas más distales, sobre todo en terapias prolongadas, dejando las de mayor calibre para situaciones de urgencia y volúmenes de perfusión mayores.
- Utilizar las venas mayores del antebrazo si la solución o medicamento a administrar es hipertónica, muy ácida, alcalina o irritante, y de forma lenta.
- Los tratamientos con citostáticos afectan a las estructuras de las venas.
- Colocar la liga entre unos 10-15 cm por encima de la zona elegida, interrumpiendo la circulación venosa pero permitiendo palpar el pulso. Si el paciente es una persona delgada, aplicar la liga con cuidado para evitar pellizcar la piel.
- Clocarse guantes.
- Palpar con el dedo índice y medio de la mano no dominante la vena a puncionar y comprobar que se distiende suficientemente.
- Limpiar la piel del punto de punción con unas gasas estériles empapadas en antiséptico, con movimiento en espiral. Dejar actuar el antiséptico unos 30 segundos.

- Tomar el instrumento a utilizar con la mano dominante.
- Si usa una aguja tipo “mariposa” sujetarla con los dedos índice y pulgar por las alas de plástico con el bisel hacia arriba y quitar el capuchón protector.
- Si usa un catéter ábbocath tomarlo por el cono de plástico, quitar el capuchón protector y girar hasta que el bisel de la aguja quede hacia arriba.
- Fijar la piel de la zona de punción con la mano no dominante.
- En una punción directa, situar el catéter ábbocath paralelo al curso de la vena con el bisel hacia arriba formando un ángulo entre 30° y 45°. En una punción indirecta, perforar la piel justo al lado de la vena y dirigir el catéter ábbocath hacia la pared lateral de la misma.
- Avanzar el catéter ábbocath uniformemente hasta notar resistencia, bajar entonces el catéter ábbocath hasta formar un ángulo de 15° a 20° y perforar suavemente la pared de la vena. En ese momento aparecerá reflujo de sangre en el tubo de la aguja o en el cono del catéter ábbocath.
- Si no se observa reflujo sanguíneo, retirar un poco el catéter ábbocath y girarlo suavemente.
- Si tampoco se produce reflujo, retirarlo e intentar de nuevo la punción.
- Inclinar ligeramente hacia arriba la punta de la aguja o catéter ábbocath para evitar perforar la pared opuesta de la vena.
- Si ha usado aguja tipo “mariposa”, introducirla completamente, quitar la tapa protectora del extremo distal para que la sangre penetre en el tubo.
- Cuando llegue al extremo distal, quitar la liga y conectar el sistema de perfusión.
- Si ha usado un catéter intra-aguja, retirar la liga, sostener la aguja en su lugar con la mano no dominante, mientras, con la dominante tomar el catéter ábbocath a través del plástico protector e introducir lentamente a través de la aguja hasta que el cono llegue hasta el collar de la aguja. Extraer la aguja completamente y conectar el sistema de perfusión al cono.
- Abrir la llave de paso del sistema de perfusión para que la solución comience a pasar lentamente, comprobando la permeabilidad.
- No reencapuchar en ningún caso el material punzante. Desechar la aguja del catéter utilizando para ello el contenedor para residuos cortantes y punzantes.
- Limpiar la zona de punción con unas gasas estériles empapadas en solución antiséptica.
- Fijar la aguja o catéter de forma segura con Tegaderm o cinta hipoalergénica, impidiendo su movilización en el interior de la vena.
- Si está situado encima de una articulación, inmovilizar con una férula o tablilla.
- Fijar también el sistema de perfusión para evitar desconexiones accidentales.
- No perforar el frasco o la bolsa con una aguja.
- Indicar en el sistema de perfusión la fecha y hora de instauración para asegurar que se cambie a intervalos regulares, a través de rótulos.
- Regular el ritmo de goteo.
- Retirar el material utilizado en los contenedores indicados.
- Ayudar al paciente a adoptar una postura cómoda.
- Retirar la liga.
- Retirar los guantes, el descartador con el mandril del ábbocath y algodones o apósitos.

- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- En la elección de la zona es posible que se tenga que valorar la conveniencia de cortar el pelo de la zona antes de la punción, evitando el rasurado con maquinillas manuales por la aparición de microtraumatismos que posteriormente pueden favorecer la aparición de infección.
- Hay que tener en cuenta que las zonas de flexión pueden plantear acodaduras y dobleces en los catéteres con el movimiento de los pacientes. Las venas del dorso de la mano, las de la cara radial de la muñeca y las ubicadas a nivel de codo, tienen mayor riesgo de acodadura y angulación del catéter.
- Venas de acceso periférico que se utilizan más frecuentemente para canalizar vías:

Extremidad superior:

Venas dorsales de la mano.

Vena cubital media.

Vena basílica.

Vena cefálica.

Braquial.

Axilar.

Extremidad inferior:

Safena larga.

Red venosa dorsal del pie.

Cabeza:

Yugular externa.

Frontal, angular y yugular interna en su recorrido por la zona parietal (en neonatos).

Epicraneales (en lactantes).

Complicaciones potenciales:

- Infección: derivada de la falta de asepsia en la canalización de la vía preparación de fármacos, el mantenimiento y el uso de los catéteres Ábbocaths. Es una de las principales causas de infección nosocomial, aumentando la morbimortalidad de los pacientes.
- Obstrucción: debido a acodamientos del catéter ábbocath o a un flujo de líquido excesivamente lento que permita la formación de un coágulo en la punta del mismo
- Flebitis: inflamación de la capa íntima de la vena como respuesta a un agresión externa. Se caracteriza con los síntomas de la inflamación (calor, rubor, dolor) y también con edema y cordón venoso palpable.
- Otras complicaciones: hematoma, edema del brazo...

Cuidados del catéter venoso periférico:

- Usar un catéter ábbocath nuevo en cada punción cuando su inserción sea dificultosa.
- Los guantes no necesariamente deben ser estériles.
- Evaluación en cada turno del estado del sitio de inserción
- Cambiar todo el sistema cada 96 horas, las llaves de 3 vías, el sistema de infusión y los paralelos.
- No recambiar rutinariamente los catéteres venosos o arteriales con el propósito de reducir la incidencia de infecciones.
- Cambiar los catéteres colocados en situaciones de emergencia, cuando no se respetó la técnica aséptica, dentro de las 48 horas. Y aquellos catéteres colocados en otra institución. Siempre/ valorando el estado del paciente.
- El sistema deberá ser cambiado en caso de obstrucción.
- La curación del sitio de inserción se reemplazará, junto con el sistema, cada 96 horas y/o cada vez que se observe sucia con secreción o sangre, mojado o despegado el Tegaderm.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Vena seleccionada.
- Lugar de inserción del catéter ábbocath.
- Calibre y tipo de catéter ábbocath utilizado.
- Causa por la que se cambia el lugar de punción, si es el caso.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Elección del Calibre del Ábbocath para el Acceso Venoso Periférico	Procedimiento N° P.G. – C. 2.

Definición:

Elección de un ábbocath adecuado a las necesidades diagnósticas, terapéuticas y de confort del paciente para la instauración de un acceso venoso periférico.

Objetivos:

- Cubrir las necesidades terapéuticas, diagnósticas y de comodidad del paciente.

Personal:

- Licenciados en Enfermería
- Enfermeros.
- Auxiliares en Enfermería (supervisados)

Material:

- Ábbocaths (distintos calibres).

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en una posición adecuada.

Procedimiento:

- Informarse del objetivo diagnóstico y/o terapéutico de la instauración del ábbocath.
- Estimar tiempo de la terapia intravenosa.
- Considerar la agresividad del tratamiento y tipo de solución a infundir.
- Inspeccionar el tipo y características de venas disponibles (PG_C.1. Elección de la vena en la canalización de una vía periférica).

- Valorar el grosor del ábbocath a implantar teniendo en cuenta el calibre de la vena elegida. Cuando el ábbocath es grueso comparado con el calibre de la vena produce daño en la íntima venosa, favoreciendo la aparición de flebitis mecánica y aumentando las molestias al paciente. A menor grosor del ábbocath se puede prever más tiempo de permanencia de dicho ábbocath y menor riesgo de extravasación.
- Valorar el flujo de volúmenes a infundir, a menor grosor del ábbocath más dificultad en el flujo de volúmenes hacia el interior del torrente sanguíneo.
- Valorar complicaciones conocidas anteriores (flebitis y extravasación).
- Seleccionar el ábbocath con menor riesgo de complicaciones (infecciosas y no infecciosas).

Tipos de dispositivos a elegir:

- Aguja tipo mariposa en terapias a corto plazo en personas colaboradoras y terapia de cualquier duración en lactantes, niños o ancianos con venas frágiles o esclerosadas.
- Ábbocath de diferentes calibres: 16, 18, 20, 22 y 24, según calibre de la vena a punzar y tratamiento a realizar.

Consideraciones especiales

- El calibre estándar de los Ábbocaths oscila en el mercado entre el 14G (1,62mm) y el 24G (0,40mm) (Gauges=calibre, en inglés). El grosor expresado en G es inversamente equivalente al grosor de la aguja (un menor número se corresponde con un mayor grosor).
- A mayor grosor del ábbocath mayor dureza del material y mayor longitud del ábbocath, ocupando mayor longitud de la vena, favoreciendo una lesión de la íntima venosa y una flebitis mecánica.
- Catéteres Ábbocaths de Teflón® o poliuretano siempre que sea posible. Los catéteres Ábbocaths realizados de Teflón® o poliuretano se asocian con menores tasas de complicaciones infecciosas que los de cloruro de polivinilo o polietileno.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Calibre y tipo de ábbocath elegido.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Retirada del Acceso Venoso Periférico	Procedimiento N° P.G. – C. 3.

Definición:

Retirada del catéter ábbocath con el que se mantiene el AVP.

Objetivos:

Realizar la retirada del AVP de manera cómoda y segura para el paciente.

Personal:

- Licenciados en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería (supervisados).

Material:

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Batea.
- Vendas.
- Apósitos.
- Antisépticos (Alcohol al 70 % ó Clorhexidina 2%).
- Contenedor de material desechable para residuos sanitarios peligrosos.
- Suero fisiológico.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

- Colocar al paciente en una posición adecuada.

Procedimiento:

- Cerrar los sistemas de infusión.
- Retirar el Tegaderm o la cinta hipoalergénica, procurando no producir excesivas molestias, si se encuentran muy adheridos, pueden humedecerse.
- Observar la zona de inserción.
- Limpiar la zona de punción con una gasa estéril impregnada con solución antiséptica (alcohol al 70% ó Clorhexidina 2%).
- Dejar secar el antiséptico.
- Retirar el catéter ábbocath con suavidad, sin rozar la piel y evitando movimientos bruscos, presionando con una gasa estéril impregnada en solución antiséptica en el punto de punción.
- Asegurarse de que la presión en el punto de punción se mantenga durante tres a cinco minutos aproximadamente. Si el paciente está coagulado o presenta algún problema de coagulación, presionar durante 10 minutos.
- Observar que el catéter ábbocath está íntegro, si no lo estuviera, notificar de manera inmediata al médico responsable.
- Limpiar la zona y colocar un apósito estéril.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Retirar el material utilizado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Tras la retirada valorar la aplicación de un tratamiento local en aquellos casos en los que se aprecien signos inflamatorios, extravasación, hematomas, etc.

Consideraciones especiales:

- Retirar el catéter ábbocath intravenoso:
 - Cuando no sea necesario.
 - Si se ha colocado en situación de urgencia.
 - Si se ha colocado sin las adecuadas medidas de asepsia.
 - Si se observan signos locales sistémicos (flebitis).
 - Si existe obstrucción del catéter ábbocath.
 - Si existe extravasación.
 - En pacientes pediátricos dejar los catéteres venosos periféricos hasta que la terapia intravenosa haya finalizado, a no ser que se produzcan complicaciones (flebitis o extravasación).

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.

- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Causa de la retirada del catéter.
- Estado del punto de punción.
- Complicaciones, si existieran.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Inserción, Cuidados, Mantenimiento y Retirada de Sonda Nasogástrica.	Procedimiento N° P.G. – C. 4.

Definición:

Introducción de un tubo de plástico flexible o sonda a través de la fosa nasal o boca hasta el estómago. Retirándose una vez que haya cumplido sus objetivos.

Objetivos:

- Administración de alimentación enteral.
- Administración de medicación.
- Realizar lavado gástrico.
- Aspiración o drenaje de contenido gástrico.
- Conseguir un correcto manejo y mantenimiento de estos dispositivos para favorecer su permanencia y disminuir complicaciones.

Personal:

- Licenciados en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar en Enfermería (supervisados).

Material:

- Sonda nasogástrica adecuada según motivo del sondaje y edad/tamaño del paciente.
- Tapón para la sonda.
- Pinza de Kocher.
- Lubricante hidrosoluble (lubricante en gel o agua destilada).
- Vaso con agua templada y cañita.
- Marcador permanente.
- Jeringa de 10, 20 o 50ml.
- Guantes no estériles.
- Cinta hipoalergénica
- Gasas.
- Toallas
- Bolsa colectora.
- Aspirador, si es preciso.
- Estetoscopio
- Servilletas de papel.
- Material para higiene bucal.
- Bolsa de plástico.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en una posición de Fowler (salvo contraindicaciones).
- Acordar con el paciente cómo indicar el malestar o el deseo de pausa en la colocación o en la retirada de la sonda.

Procedimiento:

Introducción de la sonda:

- Examinar los orificios nasales del paciente y seleccionar el que presenta mayor flujo de aire. En caso de fractura de base de cráneo, fractura facial y taponamiento nasal, está contraindicada la inserción de la sonda por las fosas nasales. En estos casos utilizar la vía orogástrica.
- Retirar prótesis dentales, si procede.
- Comprobar que la SNG no presenta defectos y es permeable.
- Medir la longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, apéndice xifoides) y marcar con marcador permanente.
- Colocar toallas sobre el tórax del paciente.
- Lubricar la punta de la sonda o activar el lubricante para facilitar su inserción, preferentemente con agua. No utilizar lubricante no soluble en agua.
- Introducir la sonda con una curvatura natural hacia el paciente a través del orificio nasal seleccionado.
- Inclinar la cabeza del paciente hacia delante e incitar a que realice el acto de tragar o beba pequeños sorbos de agua, haciéndola progresar suavemente aprovechando los momentos de deglución.
- Si hay resistencia en las fosas nasales, no forzar la entrada de la sonda, cambiar de fosa nasal.
- Si la resistencia persiste, probar con sonda de menor calibre.
- La perseverancia en la introducción de la sonda cuando existe resistencia puede causar traumatismo al paciente.
- Si aparecen náuseas, detenerse y animar al paciente a que respire de forma lenta y uniforme.
- Si el paciente presenta tos persistente, dificultad respiratoria y cianosis, retirar la sonda ya que indica que se encuentra en vías respiratorias.
- Continuar introduciendo la sonda hasta llegar al estómago, cuando la marca de referencia quede a nivel de la nariz.
- Si la sonda utilizada tiene guía, retirarla.
- Comprobar su correcta colocación de las siguientes formas:
 - Aspirar suavemente con la jeringa para extraer contenido gástrico.

- Introducir de 10 a 20ml de aire con la jeringa, según la edad y peso del paciente, y auscultar con el estetoscopio en epigastrio, la ausencia de ruido indica mala colocación, esta técnica es poco fiable.

- Fijar la sonda sin impedir la movilidad y visibilidad del paciente.
- Colocar placa de hidrocólido en zona de apoyo de la sonda sobre el carrillo, para evitar UPP (úlceras por presión).
- Según la finalidad del sondaje; colocar tapón, bolsa colectora, aspiración o nutrición.
- No iniciar la alimentación en volúmenes máximos. Evitar la introducción de aire con la alimentación.
- Ayudar al paciente a adoptar una postura cómoda.
- Retirar el material utilizado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Mantenimiento de la sonda:

- Observar que la marca de referencia se encuentra a nivel de la nariz y que no se ha desplazado.
- Movilizar la sonda cada 24 horas, retirándola o introduciéndola un poco.
- Cambiar diariamente la zona de fijación, para evitar decúbitos.
- Inspeccionar las fosas nasales por si se produjeran irritaciones.
- Limpiar las fosas nasales diariamente.
- Limpiar diariamente la parte externa de la sonda con agua tibia y jabón suave, aclarando y secando posteriormente.
- Aplicar lubricante en la fosa nasal, si presenta sequedad o costras.
- Higiene bucal diaria y mantener los labios hidratados.
- El cambio de sonda varía según el material de ésta: cada 7-14 días para las de polietileno, cada 2-3 meses para las de poliuretano y cada 3-6 meses para las de silicona, intercambiando los orificios nasales.
- Ayudar al paciente a adoptar una postura cómoda.
- Retirar el material utilizado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Retirada de la sonda:

- Confirmar la prescripción médica de retirada de la sonda.
- Colocar la toalla alrededor del tórax del paciente para recoger cualquier secreción mucosa o gástrica de la sonda.
- Facilitar servilleta de papel para limpiarse la nariz y la boca después de retirar la sonda.
- Desconectar la sonda del sistema de aspiración si la hay.
- Pinzar o taponar la sonda.
- Quitar fijación de la sonda.
- Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta.
- Retirar la sonda con un movimiento continuo y moderadamente rápido. No forzar la salida de la sonda.
- Colocar la sonda en la bolsa lo antes posible.

- Verificar que la sonda está intacta.
- Efectuar higiene de fosas nasales y boca.
- Ayudar al paciente a adoptar una postura cómoda. Mantener al paciente en posición de Fowler al menos durante 30 minutos, para prevenir aspiración.
- Retirar el material utilizado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- En las primeras 24 horas tras retirada de la sonda, valorar posibles alteraciones gastrointestinales como náuseas, vómitos, signos de distensión abdominal.

Consideraciones especiales:

- La disminución del nivel de conciencia es una contraindicación relativa por el incremento del riesgo de broncoaspiración. Si es necesario, se puede hacer con intubación endotraqueal previa.
- La esterilidad para todo el sistema no es imprescindible, pero sí mantener una higiene adecuada.
- Complicaciones posibles:
 - Colocación en árbol traqueobronquial.
 - Broncoaspiración.
 - Lesión traumática de fosas nasales, faringe y/o esófago.
 - Rotura de varices esofágicas.
- Examinar las fosas nasales, obstruyendo uno de los orificios y sentir el paso de aire por el otro. Si el paso del aire nasal es muy pequeño o está obstruido, puede ser más adecuada una sonda orogástrica.
- Medir la longitud de la sonda (nariz, lóbulo oreja, punto situado a media distancia entre el ombligo y apéndice xifoides) y marcar con marcador permanente.
- Si se realiza sondaje orogástrico medir la longitud de la sonda (lóbulo oreja, comisura labial, apéndice xifoides) y marcar con marcador permanente.
- El volumen de aire a introducir para la comprobación de la sonda irá en función del peso y talla del paciente.
- No hiperextender o hiperflexionar el cuello del paciente, puede ocluir las vías aéreas.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Tipo de sonda.
- Método mediante el cual se determinó la colocación correcta de la sonda.
- Color y cantidad de contenido gástrico cuando se efectúa aspiración.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Alimentación por Sonda Nasogástrica	Procedimiento N° P.G. – C. 5.

Definición:

Administración de los alimentos a través de un tubo de plástico flexible hasta el estómago.

Objetivos:

Mantener y mejorar el estado nutricional de los pacientes que son incapaces de ingerir por boca los nutrientes adecuados a sus necesidades metabólicas.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar de Enfermería (supervisados).

Material:

- Bolsa de nutrición preparada.
- Sistema de infusión (goteo).
- Regulador de goteo o bomba de nutrición.
- Soporte de suero.
- Jeringa de alimentación de 50 cc en adultos, en niños de tamaño adecuado al calibre de la sonda.
- Agua.
- Guantes.

Ejecución:

Preparación del personal

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en posición adecuada (con la cabecera de la cama elevada entre 30 y 45°) siempre que esté indicado, para reducir el riesgo de aspiración.

Métodos de administración:

- Administración intermitente: con jeringa de alimentación.
- Administración continua intermitente: con sistema de goteo con cámara cuentagotas o bomba de infusión enteral, su duración es de 20 a 30 minutos cada 4 a 6 horas. En pediatría, la duración de cada toma se hará en función de la edad y la tolerancia del niño.
- Administración continua: con bomba de infusión enteral, ajustando la velocidad de entrada, según prescripción. En pediatría se puede administrar durante 24 horas o bien en débito diurno o nocturno a pasar en 10-12 horas.

Procedimiento:

- Verificar la orden médica y comprobar el tipo de nutrición así como la cantidad a suministrar.
- Comprobar la fecha de caducidad del preparado.
- Verificar la temperatura adecuada de la alimentación a administrar.
- Colocar la bolsa en el porta sueros o bomba de nutrición.
- Acoplar el sistema de infusión en la bolsa y purgar el sistema.
- Adaptar dicho sistema al regulador de goteo o bomba de nutrición.
- Comprobar la permeabilidad de la sonda.
- Acoplar sistema de infusión a la sonda de nutrición.
- Iniciar perfusión de la nutrición, adecuando el goteo al horario establecido.
- Comprobar el residuo gástrico antes de cada suministro en la administración intermitente o continua intermitente. En la administración continua, comprobar cada 4 o 6 horas. Si el volumen gástrico residual, es menor de 150 ml, reintroducirlo, si es superior a 150 ml en adultos, informar al médico. En pediatría, el volumen gástrico residual a considerar dependerá de la edad y peso del niño.
- Comprobar con frecuencia el ritmo de goteo.
- Al finalizar la alimentación esperar 30 a 60 minutos antes de colocar al paciente en posición horizontal.

- Irrigar la sonda cada 4 o 6 horas con aproximadamente 30 a 50 ml. de agua, durante la alimentación continuada y después de cada alimentación intermitente.

▪

En pediatría, el volumen agua de irrigación dependerá de la edad y peso del niño.

- Observar si hay sensación de plenitud, náuseas y vómitos.
- Desechar los recipientes de alimentación enteral y los equipos de administración cada 24 horas.
- Higiene de manos.
- Consideraciones especiales
- Si está contraindicada la elevación de la cama (lesión de columna, flexión de cadera, etc.) se colocará al paciente en posición anti Trendelemburg.
- En caso de que deba colocarse en posición supina para algún procedimiento o realizar técnicas que induzcan a náuseas y vómitos, interrumpir la alimentación entre 30 a 60 minutos.
- En pacientes con intubación Endotraqueal, mantener el Balón de neumotaponamiento a una presión constante de entre 20-30 cm de Agua para prevenir la neumonía nosocomial.
- Almacenar el producto alimenticio en lugar fresco y seco y protegido de la luz. Los envases, una vez abiertos, deben conservarse en la heladera y usar antes de las 24 horas.
- La leche materna y las fórmulas pediátricas preparadas en el servicio de nutrición, deben almacenarse en la Heladera.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Inserción, Cuidados, Mantenimiento y Retirada de Sonda Vesical	Procedimiento N° P.G. – C. 6.

Definición:

Técnica que consiste en la introducción de una sonda a través de la uretra hasta la vejiga con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Objetivos:

- Acceder a la vejiga del paciente para facilitar la salida de orina al exterior, de manera permanente o intermitente.
- Controlar la diuresis.

Personal:

- Licenciados en Enfermería.
- Enfermeros.
- Auxiliares en enfermería (supervisados).

Material:

- Sonda vesical de calibre, tipo y material adecuados.
- Sistema colector y soporte de cama (si el sondaje es permanente).
- Guantes estériles y no estériles.
- Gasas estériles.
- Campo estéril.
- Lubricante urológico.
- Pinzas Kocher.
- Solución Antiséptica diluida.
- Jeringas.
- Agua destilada.
- Bolsa para residuos.
- Toallas.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos
- Colocación de guantes.
- Tomar las medidas necesarias para prevenir riesgos laborales del profesional ligadas a seguridad, higiene y ergonomía.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y la familia del procedimiento a realizar.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Ayudarle a adoptar la posición correcta, en decúbito supino y con las piernas flexionadas si es mujer.
- Realizar lavado de genitales y zona perianal.

Procedimiento:

Sondaje permanente

- Colocarse guantes no estériles.
- Desinfectar la zona con gasas y antiséptico diluido (yodo povidona y/o Clorhexidina 2%).
- Retirar guantes no estériles.
- Higiene de manos.
- Colocar el campo estéril y depositar material estéril sobre el mismo.
- Colocarse los guantes estériles.
- Comprobar el correcto inflado del balón de la sonda.
- Cargar una jeringa con 10ml de agua destilada.
- Lubricar el extremo distal de la sonda, y en los hombres la primera porción del meato con lubricante urológico (gel de xylocaina 2%).
- Mantener la sonda lubricada con la mano dominante.
- Introducir la sonda suavemente en el meato sin forzar:
Hombres: Mantener el pene del paciente en ángulo recto y con el prepucio retraído. Tras introducir 10ml, colocar el pene a 60° con respecto al cuerpo e introducir hasta los 20-25ml en total.
Mujeres: Separar los labios mayores y menores con la mano no dominante, e introducir de 5 a 10ml.
Cuando salga orina, introducir 2-3ml más, pinzar el extremo de la sonda, conectar la jeringa a la luz del balón de la sonda, despinzar e inflar el balón con 8 – 10ml del contenido de la jeringa.
- Deslizar suavemente la sonda hacia el exterior hasta notar una ligera resistencia.
- Conectar la sonda a la bolsa colectora de orina y sujetarlo al soporte en la cama del paciente, por debajo del nivel de la vejiga.
- Fijar el catéter a la parte interna del muslo, evitando angulaciones u obstrucciones.
- Asegurar que el paciente esté lo más cómodo posible.
- Retirar el material en los contenedores adecuados.
- Retirar guantes.
- Higiene de manos.

Sondaje intermitente

- El procedimiento de introducción es el mismo que en el sondaje permanente, sin necesidad de inflar el balón posteriormente.
- Retirar la sonda una vez evacuada la orina.

Mantenimiento:

Higiene diaria y meticulosa de los genitales y de la sonda.

Retirada del catéter:

- Igual preparación del personal y del paciente que para la inserción del catéter.
- Colocar la toalla deslizándola bajo los glúteos del paciente.
- Colocación de guantes.
- Extraer mediante la jeringa el contenido (agua destilada) del globo de la sonda vesical.
- Sujetar la sonda con una gasa y retirarla suavemente, depositándola en la bolsa para residuos.
- Ofrecer la chata o el papagayo al paciente si precisa.
- Comprobar que el volumen de orina en cada micción es adecuado tras la retirada de la sonda. Si el paciente no ha orinado entre 6 y 8 horas después, valorar los signos de retención urinaria y comunicarlo al médico.
- Asegurar que el paciente esté lo más cómodo posible.
- Retirar el material en los contenedores adecuados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Es importante conocer la historia clínica del paciente y considerar aspectos de la misma que puedan condicionar el procedimiento:
 - Existencia de adenopatía de próstata.
 - Estenosis de uretra.
 - Mal formación anatómica de la uretra.
 - Cateterismos traumáticos previos.
 - Existencia de hematuria con coágulos.
 - Ansiedad/temor relacionado con el sondaje que pueda provocar rigidez y dificulte el procedimiento.
- No forzar la entrada de la sonda si encontramos resistencia, ya que podríamos producir daño.
- Colocar la bolsa en el soporte y ponerla por debajo del nivel de la vejiga del paciente.
- Realizar pinzamientos intermitentes cada 300ml en caso de que el paciente presente retención de orina. No vaciar la vejiga bruscamente.
- Evitar tirones y el excesivo llenado de la bolsa que puedan provocar traumatismos o desconexiones accidentales del sistema.
- Tener en cuenta los cambios periódicos recomendados para cada tipo de sonda.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado y motivo del sondaje.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Tipo y calibre de la sonda.
- Observaciones de interés a destacar durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado, si procede.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Cambio y Mantenimiento de Cánula de Traqueotomía	Procedimiento N° P.G. – C. 7.

Definición:

Conjunto de actividades llevadas a cabo con el paciente para proporcionarle la entrada de aire por el traqueostoma así como para evitar alteraciones dérmicas e infecciones.

Objetivos:

- Mantener la vía aérea limpia y permeable.
- Mantener limpios la zona periestomal y el estoma para prevenir infecciones y complicaciones dérmicas.
- Evitar infecciones del árbol respiratorio.

Personal:

Dependiendo de la fase post-operatoria, o evolutiva del estoma:

- Médico.
- Licenciados en Enfermería.
- Enfermeros.
- Auxiliares de Enfermería (supervisados).

Material:

- Guantes estériles y no estériles.
- Mesa auxiliar o carro de curaciones.
- Caja de curación.
- Riñonera.
- Cánula.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica (yodo povidina o clorhexidina 2%).
- Cánulas del tamaño adecuado.
- Suero fisiológico.
- Lubricante hidrosoluble (gel lubricante o agua destilada).
- Jeringa de 10 ml.
- Cinta hipoalergénica.
- Ambú.
- Sistema de O2.
- Sistema de aspiración.
- Sondas de aspiración.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en posición semi- Fowler.

Procedimiento:

Preparación:

- Comprobar la toma de oxígeno y de aspiración.
- Disponer todo el material necesario en una mesa auxiliar o carro de curaciones.
- Colocarse los guantes y comprobar la cánula a insertar, incluido el balón para verificar la falta de fugas.
- Retirar la cánula interna e introducir el obturador en la externa hasta quedar completamente asentado antes de insertar la cánula al paciente.
- Aplicar una pequeña capa de lubricante hidrosoluble en la cánula externa, balón y parte saliente del obturador.
- Pasar la cinta de sujeción a través de las ranuras del tubo endotraqueal.

Cambio de cánula:

- Oxigenar al paciente durante unos minutos y aspirar secreciones por cánula de traqueotomía, si es necesario.
- Desinflar el balón de la cánula que se va a retirar y tranquilizar al paciente ya que en este momento se produce tos debido a que esta maniobra irrita la tráquea.
- Retirar el apósito del estoma y cortar la cinta de fijación.
- Retirar la cánula, aspirar de nuevo secreciones del estoma, si es necesario, sin profundizar para evitar lesiones, hemorragias, etc.
- Limpiar el estoma con suero fisiológico y secar.
- Desinfectar piel periestomal procurando que el antiséptico no entre en el estoma.
- Retirar los guantes usados.
- Higiene de manos.
- Colocarse guantes estériles.
- Colocar al paciente con la cabeza en hiperextensión e introducir la cánula nueva ya preparada en el menor espacio de tiempo posible pero sin forzarla evitando la aparición de desgarros y sangrados.
- Retirar de inmediato el obturador y colocar la camiseta (cánula interna), sujetando firmemente con la punta de los dedos el tubo endotraqueal hacia el cuello para evitar su salida brusca por la tos.
- Inflar el balón con aire mediante la jeringa y en función del calibre de la cánula introduciremos:

Cánula N°	volumen de inflado
10	20 cc
8	17 cc
6	14 cc
4	11 cc

- Colocar apósito alrededor del estoma para evitar decúbitos y maceración de la piel periestomal por exudados y secreciones.
- Anudar la cinta de sujeción en la parte posterior del cuello.
- Proporcionar oxigenoterapia si la precisa.
- Colocarlo en posición cómoda.
- Retirar el material utilizado en los contenedores indicados.
- Retirar guantes.
- Higiene de manos.

Mantenimiento del estoma y cánula:

- El apósito del estoma debe estar siempre seco y limpio.
- La camiseta (cánula interna) se cambiará cada ocho horas y siempre que sea preciso, para evitar la obstrucción de la misma. La forma de retirarla es sujetando firmemente con los dedos el tubo endotraqueal, con la otra mano en el conector de la cánula hacerla girar un cuarto de vuelta en el sentido de las agujas del reloj hasta que los puntos azules queden alineados.
- La camiseta (cánula interna) se mantendrá siempre permeable, aspirando secreciones cuando sea preciso. Si éstas fuesen muy espesas o secas, usar solución fisiológica o nebulizaciones.
- La limpieza de la camiseta (cánula interna) se realizará con suero fisiológico, con ayuda de una pinza o de una escobilla curva.
- Retirar el material utilizado en los contenedores indicados.
- Retirar guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- El tapón para decanulación ocluye y obliga al paciente a respirar por el estoma y las vías aéreas superiores. Vigilar respiración y signos vitales.
- Durante las primeras horas después de la traqueotomía vigilar hemorragias alrededor del estoma, tapones de sangre o moco.
- En caso de estar conectado a respirador el cambio se hará lo más rápido posible, manteniendo asegurada la vía del estoma por medio de una sonda o dilatador traqueal.
- En pacientes laringectomizados, la alimentación se realizará por SNG hasta que el paciente consiga realizar una deglución adecuada.
- Si el paciente está consciente se le debe favorecer la comunicación por medio de la escritura, paneles de comunicación etc. Si el estoma de la cánula lo permite podrá comenzar a comunicarse verbalmente.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.

- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Reseñar aspecto de secreciones, evolución del estoma y cualquier hecho significativo durante la realización de la técnica.
- Si el paciente está consciente, anotar grado de participación en la maniobra.
- Registrar tipo y número de cánula que porta el paciente.
- Planificar y registrar horarios regulares para cambio de cánula.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Medición de la frecuencia cardíaca	Procedimiento N° P.G. – D.1.

Definición:

Número de veces que el corazón realiza el ciclo completo de llenado y vaciado de sus cámaras en un determinado tiempo expresándose en contracciones o latidos por minuto (lpm). Los latidos corresponderían con las sístoles, es decir, cuando la sangre es expulsada al resto del cuerpo.

Objetivos:

- Determinar la frecuencia, ritmo, volumen y simetría de los pulsos para valorar la función cardiocirculatoria e identificar anomalías si las hay.
- Proporcionar información importante acerca del estado de salud en la evolución del paciente.
- Identificar los efectos secundarios de algunos medicamentos administrados.
- En situaciones de emergencia ayudar a determinar si el corazón del paciente está bombeando.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar de enfermería

Material:

- Reloj con segundero.
- Estetoscopio.
- Hoja de registro.
- Birome azul o negra.
- Monitor cardíaco si fuera necesario.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.

- Preservar la intimidad y confidencialidad.
 - Colocar al paciente en una posición adecuada, considerando que se encuentre en situación basal, teniendo en cuenta la situación del paciente y dejando fácilmente accesible la zona:
- En el pulso apical será en decúbito supino o en semifowler, si su estado lo permite.
 - En el pulso arterial, la arteria radial es la más habitual, puede estar sentado con el brazo seleccionado apoyado sobre una almohada, dirigiendo la palma de la mano hacia arriba, o acostado con los brazos relajados sobre la cama o sobre el abdomen.

Procedimiento:

Pulso periférico:

- Localizar la arteria mediante palpación suave sobre un plano duro (óseo), con los dedos índice, corazón y anular de la mano dominante:
- Radial: es el pulso periférico más habitual, sobre la muñeca del paciente encima del hueso radio, sobre la arteria radial en la zona media de la cara interna de la muñeca, ejerciendo una presión suave. Evitar colocar dedo pulgar pues tiene latido propio (percibiríamos nuestras propias pulsaciones).
 - Temporal: sobre hueso temporal en la región externa de la frente, en un trayecto que va desde la ceja hasta el cuero cabelludo. Muy usada en pediatría.
 - Carotídeo: en la parte lateral del cuello, entre la tráquea y el musculo esternocleidomastoideo. No ejercer una presión excesiva porque produce bajada de frecuencia cardiaca e hipotensión. Nunca debe palpase simultáneamente en ambos lados o muy profundamente, para evitar la disminución del flujo sanguíneo cerebral, bradicardias hemodinámicamente muy significativas y aún más, paro cardiaco. Es el pulso que más fielmente refleja las funciones cardiacas.
 - Humeral o braquial: en la cara interna del musculo bíceps o en la zona media del espacio antecubital con el antebrazo del paciente ligeramente flexionado sobre el brazo.
 - Cubital: en la superficie palmar de la articulación de la muñeca, por arriba y por fuera del hueso pisiforme, utilizado en algunas situaciones clínicas (catéter en la arteria radial para monitorizar la presión sanguínea).
 - Femoral: en la arteria femoral debajo del ligamento inguinal (normalmente pulso lleno y fuerte).
 - Poplíteo: en la arteria poplíteo detrás de la rodilla en la fosa poplíteo, flexionando la pierna sobre el muslo.
 - Tibial posterior: en la arteria tibial por detrás del maléolo interno.
 - Pedio: palpando la arteria dorsal del pie sobre los huesos de la parte alta del dorso del pie. Muy usado en cateterismo.
- Presionar ligeramente con las yemas de los dedos hasta encontrar el latido arterial.
 - Percibir durante unos instantes los latidos, y seguidamente contar la frecuencia de los latidos durante 60 segundos, valorando la intensidad de los mismos y la regularidad del ritmo.
 - Valorar el ritmo, observando si la pauta de intervalos es regular o no.
 - Valorar la intensidad. Si el latido es potente se palpa lleno, si es débil, la fuerza de llenado desaparece cuando se presiona ligeramente la arteria.
 - Comparar el ritmo e intensidad del latido con el de la arteria contralateral.

- Si presenta arritmias, realizar toma apical.
- Higiene de manos.

Pulso apical

- Limpiar membrana de estetoscopio con solución jabonosa o antiséptica.
- Calentar la membrana del estetoscopio con las manos para evitar la sensación de frío al contacto directo con la piel.
- Comprobar que el sonido este abierto.
- Colocar la membrana del estetoscopio sobre el quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea media clavicular.
- Auscultar unos instantes los latidos antes de contabilizarlos.
- Contar la frecuencia de los latidos durante 60 segundos, valorando la intensidad de los mismos y la regularidad del ritmo.
- Ayudar al paciente en la medida en que lo necesite a cubrirse el tórax y asumir una postura cómoda.
- Limpiar el estetoscopio.
- Higiene de manos.

Toma de frecuencia cardiaca mediante monitor (Al ingreso de la guardia)

- Limpiar la piel con agua jabonosa o antiséptico.
- Colocar electrodos adecuados al paciente (adulto o pediátrico) de forma que no supongan un obstáculo en caso de acceso al tórax para cualquier intervención (masaje, radiografía y ecografía) y cuidando que no se enrollen ni entorpezcan movimientos.
- Colocación de electrodos:
 - Rojo: debajo de la clavícula cerca del hombro derecho.
 - Amarillo: debajo de la clavícula cerca del hombro izquierdo.
 - Negro (toma de tierra): en el lado inferior izquierdo del abdomen, o debajo del apéndice xifoides.
- Conectar los cables de electrodos al paciente y seguidamente al cable del monitor.
- Vigilar el estado de la piel para evitar lesiones o alergias.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales

- Se aconseja tomar el pulso durante un minuto, ya que contar durante 15 o 30 segundos y multiplicar por cuatro o por dos, respectivamente, no garantiza un recuento exacto en el caso de que haya patologías vasculares o arritmias cardiacas no identificadas previamente.
- El número de latidos cardiacos por minuto va a variar en función de:
 - La genética del individuo.
 - El estado físico (actividad-reposo).
 - Las condiciones ambientales (temperatura, altura, calidad del aire, hora del día).
 - La posición.
 - Factores psicológicos (estrés, sueño, miedo, amor).
 - La edad.
 - El sexo.

- En presencia de patologías cardiovasculares es importante comprobar la coincidencia en la frecuencia del pulso apical y periférico, así como la comprobación sistemática de la simetría con la arteria contralateral.
- La valoración del pulso debe realizarse de forma simultánea con la toma de la tensión arterial de forma sistemática en los pacientes con arritmias, a fin de detectar tempranamente la existencia de arritmias cardíacas.
- Tener en cuenta que tanto el dolor como las alteraciones emocionales pueden variar la frecuencia cardíaca.
- En la toma de pulso radial, evitar colocar el dedo pulgar sobre la arteria radial del paciente, ya que percibiríamos nuestras propias pulsaciones.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Frecuencia (número de latidos por minuto).
- Características del latido: ritmo (regular o irregular) e intensidad (fuerte, normal, débil o ausente).
- Simetría con la arteria contralateral y, si es preciso, describir las características en ambos lados.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Medición de la frecuencia Respiratoria	Procedimiento N° P.G. – D.2.

Definición:

Número de ciclos de respiración completos, inspiración seguida de espiración, que realiza una persona en un minuto, observando los movimientos toraco-abdominales según edad que acompañan a cada respiración.

Objetivos:

- Conocer el número de respiraciones por minuto y valorar las características de los ciclos respiratorios (ritmo e intensidad).
- Identificar signos de dificultad respiratoria.
- Identificar anomalías en el paciente.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar en enfermería

Material:

- Reloj con segundero.
- Hoja de registro.
- Birome azul o negra.
- estetoscopio, si precisa.
- Monitor, si precisa.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Explicar la conveniencia de que el paciente intente no ejercer ningún tipo de acción sobre su respiración, haciendo que sea lo más natural posible.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en una posición adecuada, sentado o acostado en posición de semi-fowler, que permita la contabilización de la frecuencia respiratoria. El mal

alineamiento corporal impide la correcta expansión torácica y disminuye la ventilación, influyendo, por tanto, en la frecuencia y volumen respiratorio.

- Dejar visible el tórax del paciente de manera que pueda observar los movimientos de la caja torácica (durante la inspiración se eleva y durante la espiración se deprime).

Procedimiento:

- Observar un ciclo respiratorio completo (inspiración y espiración).
- En pacientes en los que sea difícil la toma mediante la observación, podemos usar la palpación poniendo la palma de la mano sobre el tórax sin ejercer presión. Otro método es la auscultación con estetoscopio, recomendado en pediatría:
 - Limpiar membrana de estetoscopio con solución jabonosa o antiséptica.
 - Calentar la membrana del estetoscopio con las manos para evitar la sensación de frío al contacto directo con la piel.
 - Comprobar que el sonido este abierto.
 - Colocar la membrana del estetoscopio sobre el hemitórax derecho debido a que se registra sonoridad hasta el cuarto espacio.
- Mirar el segundero y determinar la frecuencia respiratoria, es decir el número de ciclos ventilatorios completos que se producen durante 60 segundos.
- Observar la profundidad y la regularidad de los mismos, si se oyen ruidos respiratorios y si el usuario tiene que realizar esfuerzo para respirar.
- Si durante la toma, el paciente tose, habla o experimenta algún cambio que pueda alterar el parámetro, esperar unos minutos y volver a realizar la medición.
- Cubrir de nuevo el tórax del paciente.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- La medición de la respiración puede ser más fiable si se realiza simultáneamente con la realización de la higiene en la cama, con la determinación del pulso o con otro procedimiento en el que el paciente esté relajado y no se sienta observado.
- Para conocer el ritmo respiratorio basal hay que asegurarse que no haya realizado ningún esfuerzo ni ejercicio y que no se le haya efectuado algún procedimiento violento en los 15-20 minutos precedentes a la toma de la respiración.
- Debemos tener en cuenta que la frecuencia respiratoria se puede alterar por determinados estados clínicos como el dolor, la fiebre.
- En pediatría: en los lactantes predomina la respiración diafragmática, y la expansión torácica es mínima, por lo que debemos observar el abdomen. Si el paciente pediátrico hace un uso de la musculatura intercostal con retracción inter y subcostal, significa que hay alteraciones pulmonares o de la vía aérea.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Frecuencia respiratoria (número de respiraciones en un minuto).

- Características: ritmo (regular o irregular), profundidad (superficial, normal o profunda) y tipo (torácica o abdominal).
- Existencia de ruidos respiratorios si los ha detectado.
- Esfuerzo respiratorio, si lo hay.
- Patrón respiratorio alterado, si lo ha detectado.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Medición de la Tensión Arterial	Procedimiento N° P.G. – D.3.

Definición:

Medición de la presión ejercida por la sangre en el sistema circulatorio durante las fases del ciclo cardiaco.

La presión arterial sistólica o máxima es la resultante de la contracción del ventrículo izquierdo al bombear la sangre hacia la aorta. La presión arterial diastólica o mínima se produce durante el reposo del ventrículo. La presión arterial diferencial es la diferencia entre las dos anteriores.

Objetivos:

- Conocer y valorar la presión arterial del paciente.
- Detectar posibles alteraciones en la función hemodinámica del paciente.
- Determinar el funcionamiento de múltiples sistemas y órganos corporales.
- Valorar la respuesta del paciente al tratamiento.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar en enfermería

Material:

- Tensiómetro.
- Manguito del tamaño adecuado.
- Estetoscopio.
- Clorhexidina al 2%.
- Hoja de registro.
- Birome azul o negra.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

- Colocar al paciente en una posición adecuada, acostado o sentado con el miembro donde se vaya a realizar la toma extendido y cómodamente apoyado:
 - Brazo: sentado o en semi-flower, con el brazo sin ropa y apoyado a nivel del corazón (línea axilar media) con la palma de la mano hacia arriba.
 - Muslo: decúbito prono; si no es posible, decúbito supino con las rodillas flexionadas y una almohada debajo de ellas.
 - Tobillo: sentado con las piernas elevadas en ángulo recto, descansando sobre un reposapiés, o en decúbito supino con las piernas relajadas.
 - Debe mantener esta posición desde unos minutos antes de la medida.
 - Desnudar el miembro del paciente por encima de la zona que cubrirá el manguito, si se deja alguna prenda puesta, evitar que actúe como torniquete.

Procedimiento:

- Determinar la zona donde se va a realizar la toma de presión arterial (T.A.). El lugar de elección es uno de los brazos, encima del codo y sólo en caso de imposibilidad se considerará otra localización, como el muslo o el tobillo.
- No realizar mediciones en extremidades con perfusiones intravenosas o con catéteres venosos o arteriales ya que se puede causar daño tisular, obstrucción de la perfusión y del catéter.
- Elegir un manguito de tamaño adecuado a la zona donde se va a realizar la medición.
- Limpiar las olivas del estetoscopio con clorhexidina acuosa al 2%.
- Localizar la arteria palpando con los dedos índice y medio de la mano dominante:
 - Humeral: a lo largo de la línea media-interna del brazo.
 - Poplítea: unos 3-4 cm. por encima del pliegue de la corva.
 - Tibial: en el tobillo, por detrás del maléolo interno.
- Enrollar el manguito asegurándose de que la bolsa hinchable que contiene esté directamente encima de la arteria.
- Brazo: en el tercio inferior, con el borde inferior del manguito unos 2 cm. Por encima de la flexura del codo, teniendo en cuenta que la cámara de aire debe situarse encima de la arteria humeral previamente localizada.
- Muslo: parte media del muslo.
- Tobillo: tercio inferior de la pierna, unos 3 cm. por encima del maléolo interno.
 - Ajustar a las olivas ligeramente inclinadas hacia delante y comprobar su funcionamiento.
 - Sujetar el estetoscopio con los dedos índices y medio de la mano no dominante, ejerciendo una suave presión sobre la arteria, sosteniendo la pera del manguito con la mano dominante.
 - Cerrar la válvula de aire girándola en la dirección de las agujas de reloj.
 - Insuflar aire hasta unos 30mmHg por encima del punto en el cual el pulso desaparece.
 - Abrir lentamente la válvula de aire del manguito girándola en dirección contraria a las agujas de reloj y dejar salir el aire lentamente. Se recomienda un ritmo de desinflado máximo de 3mmHg por segundo, o más lento aún si el paciente presenta arritmia o bradicardia.
 - Observar sobre el manómetro el punto en que se oye el primer ruido claro (primer ruido de Korotkoff), que indica la T.A. sistólica o máxima.

- Hay un punto durante la toma de la T.A. en el que el sonido se transforma en sordo o se amortigua (cuarto ruido de Korotkoff). Este punto puede ser registrado como la T.A. diastólica en los niños y en los adultos con hipertensión conocida.
- Continuar desinflando el manguito observando el nivel de la aguja o mercurio hasta que el sonido desaparezca (quinto ruido de Korotkoff), punto que se considera como la T.A. diastólica en los adultos.
- Abrir completamente la válvula vaciando el manguito de aire.
- Retirar el manguito del paciente.
- Ayudar al paciente a cubrirse de nuevo la zona y a adoptar una postura cómoda y adecuada.
- Guardar el manguito completamente desinflado.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Si la toma de la PA coincide con una fase de dolor o situación de alteración emocional, hemos de tenerlo en cuenta al interpretar los resultados. Si la TA está elevada respecto a valores previos, comprobar el estado emocional del paciente. En niños la actividad y el llanto elevan la TA en ese momento sin que signifique que exista algún tipo de alteración. - El brazalete debe disponer de un sistema de cierre que permita una correcta sujeción al brazo. Un brazalete flojo puede determinar una falsa hipertensión arterial.
- Si el manguito es pequeño para la extremidad en la que se aplica pueden determinar una falsa hipertensión arterial y si es grande puede dar cifras erróneas que enmascaren una posible HTA.
- Comprobar que la válvula de aire del equipo se abre y cierra fácilmente, que no queda aire residual en la vejiga del manguito, que la aguja indicadora de la presión marca cero y que el manómetro está colocado verticalmente a la altura de los ojos para que la lectura sea correcta.
- Si el latido no es audible con el fonendoscopio, se hará la lectura por palpación sobre la arteria. El primer latido percibido corresponderá a la presión sistólica. Con este método no podemos determinar la presión diastólica.
- La primera vez que realice la toma de T.A. a un paciente debe comparar la lectura en ambos lados del cuerpo, si la diferencia supera los 10 mmHg, tomar como referencia la más alta y anotarlo en un lugar visible de la gráfica de constantes vitales.
- Si tiene que repetir la toma de T.A. en la misma extremidad, desinflar completamente el manguito y esperar que hayan pasado 3 minutos.
- Para realizar una toma de la presión arterial basal, dejar reposar al paciente durante 5 minutos.
- Si debe realizar la toma de T.A. con el paciente de pie, sentado y acostado (estudios diagnósticos a personas hipertensas o con cardiopatías asociadas), dejar pasar al menos tres minutos entre la toma en una posición y en otra.
- No dejar colocado el manguito a menos que tenga que realizar controles cada 15 minutos.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- T.A. sistólica y diastólica expresada en mmHg.
- Postura del paciente y zona donde se ha efectuado la medición.
- Factores que puedan haber influido en la cifra tensional.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Medición de la Temperatura Corporal	Procedimiento N° P.G. – D.4.

Definición:

Método para la toma de la temperatura corporal. La temperatura corporal es una medida de la capacidad del organismo de generar y eliminar calor. El cuerpo es muy eficiente para mantener su temperatura dentro de límites seguros, incluso cuando la temperatura exterior cambia mucho.

Objetivos:

- Determinar si la temperatura está dentro de los límites normales, en prevención de posibles complicaciones.

Personal:

- Lic. en enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar en Enfermería.

Material:

- Termómetro.
- Riñonera.
- Desinfectante.
- Antiséptico.
- Lubricante (si es necesario).
- Gasas.
- Guantes, si está indicado.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Extraer el termómetro de su envase y comprobar que está en buenas condiciones y funciona correctamente.
- Colocar el termómetro en la zona elegida.
- Retirar y leer temperatura.
- Mantener el termómetro de forma aséptica hasta nuevo uso.
- Retirar los guantes.
- Higiene de mano.

Medición de la temperatura axilar:

- Seguir las normas generales para la medición de la temperatura corporal.
- Antes de colocar el termómetro en la axila, comprobar que está seca y que no acaba de ser friccionada.
- Colocar el termómetro de tal modo que el bulbo quede en el centro de la axila.
- Indicarle al paciente que aproxime el brazo al tronco y que cruce el antebrazo sobre el tórax.
- Mantener el termómetro hasta que suene la señal acústica o a su defecto dejarlo 3 minutos.
- Los valores normales oscilan entre 36° a 37° C.

Medición de la temperatura rectal:

- Seguir las normas generales para la medición de la temperatura corporal.
- Antes de introducir el termómetro en el recto, poner un poco de lubricante en una gasa y pasarlo por el extremo del bulbo.
- Comprobar que el paciente no acaba de recibir un enema.
- Examinar la existencia de lesiones a nivel del recto que impidan la medición rectal (hemorroides, fisura anal, etc.).
- Pedirle al paciente que se coloque en decúbito lateral y que flexione la pierna situada en el plano superior. Exponer el ano elevando la nalga superior con la mano no dominante. Pedir al paciente que realice una inspiración profunda (se relaja el esfínter) e introducir el termómetro lentamente, sin forzar. La longitud a introducir dependerá de la edad y la constitución de la persona; 2.5 cm en los niños y 3.5 cm en los adultos.
- A los bebés se le coloca boca abajo sobre una superficie plana, separar los glúteos e insertar el extremo de bulbo del termómetro muy lentamente. La longitud a introducir dependerá del tamaño del bebé, aproximadamente, 1.5 cm.
- Mantener el termómetro en dicha posición hasta que se escuche la señal acústica o en su defecto durante 2-3 minutos, sujetar el termómetro y evitar que el paciente se mueva, así se impedirá una posible rotura.
- Los valores normales oscilan entre 36.5° C-37.5° C.

Medición de la temperatura timpánica:

- Seguir las normas generales para la medición de la temperatura corporal.
- En adultos y niños mayores de 3 años, tirar del pabellón auricular hacia arriba y atrás al mismo tiempo que introduce el termómetro timpánico.

- En lactantes y niños menores de 3 años, tirar del pabellón auricular hacia atrás y algo hacia abajo.
- Los valores normales oscilan entre 37° C-38° C, teniendo en cuenta que hay un aumento de 1° C con respecto a los valores normales en la medición axilar.
- Evitar realizar la medición de la temperatura timpánica en pacientes con infecciones agudas de oído, tubo de drenaje timpánico o tapones de cerumen voluminosos.
- Esta medición está contraindicada en pacientes con fractura máxilofacial, fractura de base cráneo y otorragia.

Medición de la temperatura bucal:

- Seguir las normas generales para la medición de la temperatura corporal.
- Introducir el termómetro en la boca debajo de la lengua en el lado izquierdo o el lado derecho.
- Pedirle al paciente que no sujete el termómetro con los dientes, sino que lo haga con los labios.
- Cuando suene la señal acústica se le retira o pasado unos tres minutos.
- Los valores normales oscilan entre 36.1° C y 37.5° C.

Consideraciones especiales:

Factores que afectan a la temperatura corporal:

- La edad: el recién nacido presenta problemas de regulación de la temperatura, debido a su inmadurez, de tal modo que le afectan mucho los cambios externos.
- En el anciano la temperatura corporal suele estar disminuida.
- La hora del día: a lo largo de la jornada las variaciones de la temperatura suelen ser inferiores a 1.5° C. La temperatura máxima del organismo se alcanza entre las 18 y las 22 horas y la mínima entre las 2 y las 4 horas. Este ritmo circadiano es muy constante y se mantiene incluso en los pacientes febriles. Los ritmos circadianos se ven afectados principalmente por la luz y la oscuridad, y están controlados por un área pequeña en el medio del encéfalo. Pueden afectar el sueño, la temperatura del cuerpo, las hormonas, el apetito y otras funciones del cuerpo.
- El sexo: en la segunda mitad del ciclo, desde la ovulación hasta la menstruación, la temperatura se puede elevar entre 0.3° C a 0.5° C.
- Los tratamientos farmacológicos.
- Las enfermedades.
- La temperatura ambiente y la ropa que se lleve puesta.
- La ingesta reciente de alimentos calientes o fríos, la aplicación de un enema, la humedad de la axila o su fricción pueden afectar el valor de la temperatura oral, rectal y axilar respectivamente, por lo que se han de esperar unos 15 minutos antes de tomar la constante. Si la axila está húmeda se procederá a secarla mediante toques.
- No tomar la temperatura después de un baño muy caliente ni muy frío.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.

- Firma, fecha y hora de realización.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.
- Temperatura del paciente.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Medición de saturación de oxígeno, a través de saturómetros	Procedimiento N° P.G. – D.5.

Definición:

La oximetría de pulso es un procedimiento sencillo, económico y no invasivo que se utiliza para medir el nivel de oxígeno (o la saturación de oxígeno) en la sangre. La saturación de oxígeno siempre debe estar por encima del 95 %. Sin embargo, puede ser menor si tienes alguna enfermedad respiratoria o alguna cardiopatía congénita. Puedes medir el porcentaje de la saturación de oxígeno en la sangre con un oxímetro de pulso, un aparato con un sensor que se engancha en una parte delgada del cuerpo, como el lóbulo de la oreja, la nariz o la punta del dedo.

Comprende la relación que existe entre el oxígeno y la sangre. Los pulmones aspiran el oxígeno. Luego, el oxígeno pasa a la sangre, donde la mayor parte se une a la hemoglobina. La hemoglobina es una proteína que está dentro de los glóbulos rojos y transporta el oxígeno a través del flujo sanguíneo hacia el resto del cuerpo y los tejidos. De esta forma, nuestro cuerpo recibe el oxígeno y los nutrientes necesarios para funcionar.

Objetivos:

- Evaluar la saturación de oxígeno en la sangre por diversos motivos.
- Se usa en las cirugías y en otros procedimientos que involucran la sedación (como en la broncoscopia) y para realizar algún ajuste en el oxígeno suplementario.
- Evaluar cuando sea necesario un ajuste en el oxígeno suplementario, si los medicamentos para los pulmones están funcionando de manera efectiva o para determinar la tolerancia del paciente al incremento de los niveles de actividad.
- Si utilizas un ventilador mecánico para apoyar la respiración, si sufres apnea del sueño o alguna enfermedad médica seria, como un infarto, una insuficiencia cardíaca congestiva, una enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), anemia, cáncer pulmonar, asma o neumonía.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar en Enfermería.

Material:

- Oxímetro
- Bandeja
- Desinfectante

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Los oxímetros usan las características de la luz absorbente de la hemoglobina y la naturaleza pulsante del flujo sanguíneo en las arterias para medir el nivel de oxígeno en el cuerpo.
- El dispositivo llamado sonda tiene una fuente de luz, un detector de luz y un microprocesador que compara y calcula las diferencias entre la hemoglobina rica en oxígeno y la hemoglobina pobre en oxígeno.
- Un extremo de la sonda contiene una fuente de luz con dos tipos de luz distintos: infrarroja y roja. Estos dos tipos de luces se transmiten a través de los tejidos del cuerpo al detector de luz que está al otro lado de la sonda. La hemoglobina que está más saturada con oxígeno absorbe más la luz infrarroja mientras que la hemoglobina sin oxígeno absorbe más la luz roja.
- El microprocesador en la sonda calcula las diferencias y transforma la información en valores digitales. Se evalúa este valor para determinar la cantidad de oxígeno que hay en la sangre.
- Las medidas de la absorción de luz relativa se realizan varias veces cada segundo. Estas medidas luego son procesadas por la máquina para brindar una nueva lectura cada 0,5 a 1 segundos. Se saca un promedio de las lecturas de los últimos 3 segundos.
- También mide la frecuencia cardíaca del paciente y la expresa de forma digital.

Consideraciones especiales:

En general, los riesgos asociados con la oximetría de pulso son mínimos.

Si utilizas el oxímetro durante un período prolongado, es posible que se deteriore el tejido del lugar donde se coloca la sonda (por ejemplo, el dedo o la oreja). La piel se puede irritar cuando se utilizan sondas adhesivas.

Es posible que existan otros riesgos, pero dependerá del estado de salud y si se presentan condiciones específicas. Consulta con el doctor si tienes alguna duda antes de empezar el procedimiento.

Escoge el oxímetro de pulso adecuado que se adapte a tus necesidades. Varios tipos de oxímetros de pulso están disponibles. Los más populares son los oxímetros de pulso portátiles que se colocan en la punta del dedo.

La mayoría de los oxímetros de pulso se enganchan y lucen como pinzas de ropa. También existen sondas adhesivas que se pueden colocar en el dedo o en la frente.

Se deben usar sondas del tamaño apropiado para niños e infantes.

Asegúrate de que el oxímetro esté cargado. Conecta el oxímetro a un enchufe si no es un dispositivo portátil. Si el dispositivo es portátil, asegúrate de que haya cargado lo necesario, encendiéndolo antes de usarlo. De lo contrario, verificar la carga de las pilas.

Determina si necesitas una lectura sencilla o un monitoreo continuo. A menos que necesites un monitoreo continuo, se retirará la sonda después del examen.

Retira todo lo que esté en el lugar de la aplicación y que absorba la luz. Por ejemplo, si piensas colocar el oxímetro en el dedo es importante que retires todo lo que absorba la luz (como las manchas de sangre seca o el esmalte de uñas) para evitar lecturas erróneas.

Calienta el área donde colocarás la sonda. El frío puede provocar perfusión o flujo sanguíneo pobre, que puede hacer que el oxímetro cometa un error en la lectura. Asegúrate de que el dedo, la oreja o la frente esté a temperatura ambiente o ligeramente caliente antes de empezar el procedimiento.

Despeja las fuentes que produzcan interferencia en el ambiente. Los niveles altos de luz ambiental, como las luces de techo, fototerapia o los calentadores infrarrojos pueden cegar el sensor de luz y realizar una lectura errónea. Resuelve el problema reutilizando o protegiendo el sensor con una toalla o una manta.

Lávate las manos. Hacer esto reducirá la transmisión de microorganismos y secreciones del cuerpo.

Sujeta la sonda. Las sondas generalmente se colocan en el dedo. Enciende el oxímetro.

Se pueden colocar las sondas en el lóbulo de la oreja y en la frente, aunque las investigaciones sugieren que el lóbulo de la oreja no es un lugar fiable para medir la saturación de oxígeno.

Si se utiliza una sonda en el dedo, la mano debe descansar en el pecho a la altura del corazón, en lugar de mantener el dedo en el aire (como generalmente lo hacen los pacientes). Hacer esto ayuda a reducir el movimiento.

Reduce el movimiento. Moverse en exceso produce lecturas incorrectas. Una manera de asegurar que el movimiento no afecte la lectura es verificando que la frecuencia cardíaca que aparece en el monitor coincida con la frecuencia cardíaca que se registra manualmente. Las dos frecuencias deben estar dentro de los 5 latidos por minuto.

Revisa las medidas. El nivel de saturación de oxígeno y la frecuencia de pulso aparecen en la pantalla en cuestión de segundos. El intervalo de 95 % a 100 % generalmente se considera normal. Si el nivel de oxígeno cae a 85 %, deberías buscar atención médica.

Lleva un registro de las lecturas. Imprime las lecturas o descárgalas en la computadora si tu oxímetro permite esta opción.

Resuelve el problema si el oxímetro registra un error. Si crees que el oxímetro dio una lectura inexacta o errónea, intenta lo siguiente:

Asegúrate de que no existan interferencias (en el ambiente o directamente en la sonda).

Calienta y frota la piel.

Aplica un vasodilatador tópico que ayude a abrir los vasos sanguíneos (por ejemplo, nitroglicerina en crema).

Coloca la sonda en otro lugar.

Prueba con otra sonda u oxímetro.

Si aún dudas del funcionamiento correcto del oxímetro, consulta con tu doctor.

Consejos

No te preocupes si tu nivel de oxígeno no está al 100 %. Muy poca gente tiene 100 % como nivel de oxígeno.

Advertencias

No coloques el sensor del oxímetro de pulso en el dedo del brazo que tiene un tensiómetro, ya que cortará el flujo sanguíneo del dedo cuando el tensiómetro se infle. Si el paciente es fumador, es probable que usar la oximetría de pulso no sea de gran ayuda. La oximetría no distingue entre la saturación de oxígeno normal y la saturación de carboxihemoglobina en la hemoglobina que existe cuando se inhala humo.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.
- Saturación de oxígeno del paciente.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Medición de glucosa en sangre, a través de hemoglucotest.	Procedimiento N° P.G. – D.6.

Definición:

Hemoglucotest es el término empleado para designar el método de medición de glucosa en sangre. Es conocido también como test de glicemia capilar, o simplemente glucometría. La cuantificación de la glicemia en sangre requiere un dispositivo conocido como glucómetro, de uso rápido y sencillo. Los glucómetros son equipos de pequeño tamaño, fáciles de transportar y usar; además, estos equipos requieren una muestra muy pequeña de sangre. La medición ocurre al cuantificar la intensidad de color que produce el contacto de la cinta reactiva con la muestra, y para ello cuentan con un fotómetro o un sensor electroquímico.

Objetivos:

- Medir concentraciones de glucosa en sangre capilar.
- Proporcionar un resultado aproximado a los niveles séricos obtenidos en laboratorio.
- Hacer posible la obtención de resultados rápidos cuando sean requeridos.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermeros
- Auxiliares en enfermería

Material:

- Algodón
- Agua destilada o agua común
- Lanceta o aguja
- Hemoglutest con pilas
- Cinta para hemoglucotest.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.

- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

El procedimiento para realizar el hemoglucotest es casi el mismo para la mayoría de los dispositivos disponibles. Tiene como ventaja ser sencillo, causar poca o ninguna molestia al paciente y obtener un resultado en menos de dos minutos. Su simplicidad permite el entrenamiento del paciente o sus familiares para realizarlo en casa.

En pocos pasos es posible realizar la muestra y disponer de esta en el equipo para su medición:

- Realizar el aseo del área donde se tomará la muestra, por lo general un dedo de la mano. Debe evitarse el uso de alcohol o antisépticos como el yodo en la limpieza.
- Realizar una ligera presión en el área para garantizar el llenado capilar local.
- Con el uso de una lanceta o aguja se perfora cuidadosamente la piel, aumentando la presión hasta obtener al menos una gota de sangre.
- La muestra se coloca en la cinta reactiva y se ocluye con un apósito el área de punción.
- Se introduce la cinta en el glucómetro.
- La lectura del resultado puede apreciarse en la pantalla del dispositivo.

Hay que tomar en cuenta el diseño del glucómetro antes del procedimiento. En los equipos fotométricos, la cinta reactiva se ingresa al equipo por el lado de la muestra.

Las cintas de los glucómetros electroquímicos poseen en un extremo contactos metálicos que son los que se introducen en el equipo.

Consideraciones especiales:

- Además del uso principal en personas con diabetes, la glucometría puede ser empleada como técnica de diagnóstico en otras condiciones clínicas.

Algunos estados patológicos son causados por niveles inadecuados de glicemia, o puede ser una consecuencia de aquellos. El hemoglucotest se utiliza para identificar estas condiciones:

- Hepatopatías.
- Pancreatitis.
- Pérdida del conocimiento.
- Convulsiones.
- Síntomas de intoxicación por drogas.
- Alcoholismo e intoxicación etílica.
- Sepsis.
- Nutrición enteral y parenteral.
- Ejercicio físico intenso.
- Control de glicemia en dietas.
- Manejo de la nutrición en pacientes con bypass gástrico.
- **Los valores normales de glucosa** en sangre oscilan entre 60 y 100 mg/dL. Para un control de rutina se tomará la muestra en condiciones basales. En algunas circunstancias se realizará la prueba aun y cuando se haya ingerido alimentos.

El ayuno prolongado, el consumo de azúcar o alimentos en exceso, o medicamentos —como esteroides, hipoglicemiantes e insulina— pueden afectar los resultados.

- **Valores anormales de glicemia**

Un conteo de glucosa en sangre por encima del límite normal se considera hiperglicemia. Para el diagnóstico de diabetes mellitus el valor determinado es de 126-130 mg/dL. Por el contrario, valores inferiores a 60 mg/dL constituyen la hipoglicemia, caracterizada por trastornos neurológicos.

La importancia de contar con un glucómetro radica en proporcionar un método fácil y accesible de control de glicemia, útil en el manejo medicamentoso de la diabetes mellitus.

Adecuar la dosis de medicamentos —como los hipoglicemiantes e insulina—, además de prevenir complicaciones, es una ventaja que permite el hemoglucotest.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.
- Valores de glucosa en sangre obtenidos.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación y Administración de Fármacos Vía Oral	Procedimiento N° P.G. – E.1.

Definición:

Administración de fármacos por vía oral.

Objetivos:

- Preparar y administrar los distintos fármacos, en estado líquido o sólido por vía digestiva, con fines terapéuticos y/o diagnósticos, en dosis y horarios indicados.

Personal:

- Lic. en Enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliares en enfermería

Material:

- Fármacos en la presentación prescrita.
- Bandeja.
- Dosificador.
- Jeringa.
- Agua o líquido adecuado según tipo de fármaco.
- Vasos.
- Guantes no estériles.
- Servilleta de papel.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.

- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Etiquetar con el nombre del paciente y la cama el vasito de la dosis.
- Verificar que el vasito sólo contiene medicamentos por vía oral.
- Preparar el fármaco, sin tocar los comprimidos.
- Usar guantes en caso de manipular fármacos de quimioterapia.
- Valorar el estado de conciencia y la capacidad de deglución del paciente, de no poder tragar, triturar los comprimidos a excepción de las fórmulas retardadas, o avisar a su médico, para cambiar la medicación por otra presentación del mismo (jarabes, sobres...).
- Si está indicado triturar el fármaco, se recomienda el uso de un triturador o de otro equipo adecuado, no poroso, que pueda limpiarse fácilmente y que evite la contaminación cruzada.
- Todos los equipos deben limpiarse y secarse después de cada uso.
- Para los medicamentos citotóxicos, utilizar un equipo para cada persona.
- Higiene de manos del paciente.
- Entregar la medicación al paciente comprobando que la toma y prestándole ayuda, si precisa.
- Tener en cuenta que algunos medicamentos no deben ser mezclados entre sí.
- Dejar al paciente en posición cómoda, permitiéndole el fácil acceso a objetos personales.
- Retirar todo el material.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

Consideraciones especiales:

- Comunicar eventos adversos.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación y Administración de Fármacos Vía Sublingual	Procedimiento N° P.G. – E.2.

Definición:

Administración de fármacos por vía sublingual.

Objetivos:

- Preparar y administrar los distintos fármacos, en estado líquido o sólido por vía sublingual, con fines terapéuticos.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar en Enfermería.

Material:

- Fármacos prescritos.
- Bandeja.
- Aguja y jeringa.
- Guantes no estériles
- Vasos.
- Servilleta de papel.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.

- Etiquetar con el nombre del paciente y la cama el vasito de la dosis.
- Verificar que el vasito sólo contiene medicamentos por vía sublingual.
- Preparar el fármaco, sin tocar los comprimidos.
- Higiene de manos del paciente.
- Valorar el estado de conciencia del paciente.
- Entregarle la medicación al paciente comprobando que la coloca debajo de la lengua y prestándole ayuda, si precisa, utilizando guantes.
- Indicar al paciente que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva.
- Explicar al paciente que no mastique la medicación ni la toque con la lengua para evitar la deglución accidental.
- No dar líquidos al mismo tiempo que la medicación sublingual.
- Dejar al paciente en posición cómoda, permitiéndole el fácil acceso a objetos personales.
- Retirar todo el material.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

Consideraciones especiales:

- Alguna medicación en forma de cápsula se puede administrar pinchándola previamente para su absorción.
- En pacientes no colaboradores, se extraerá el líquido de la cápsula con aguja y jeringa y se deposita, una vez retirada la aguja, debajo de la lengua.
- Comunicar eventos adversos.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación y Administración de Fármacos por Sonda Nasogástrica	Procedimiento N° P.G. – E.3.

Definición:

Introducción de fármacos, diseñados inicialmente para la vía oral, a través de un tubo de plástico flexible hasta el estómago.

Objetivos:

- Administrar al paciente consciente o incapacitado las distintas presentaciones farmacológicas orales por sonda nasogástrica con fin terapéutico y/o preventivo para que sea absorbido por la mucosa gastrointestinal.
- Prevenir las interacciones de los medicamentos con la nutrición enteral, la alteración de las propiedades de los fármacos, la intensidad de los efectos secundarios, la modificación del perfil farmacocinético y la obstrucción de la sonda.

Personal:

- Lic. enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliar en Enfermería (supervisados)

Material:

- Guantes no estériles.
- Forma oral del fármaco prescrito.
- Bolsa pequeña para triturar fármacos.
- Jeringa de alimentación de 50 ml, de cono ancho.
- Agua.
- Vaso.
- Pinzas de plástico tipo Kocher.
- Bandeja.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.

- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en posición adecuada (con la cabecera de la cama elevada entre 30 y 45°), siempre que esté indicado, para reducir el riesgo de aspiración.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Disolución del fármaco: Quitar el émbolo de una jeringa de 50 ml introduciendo la forma farmacéutica en la jeringa y colocar de nuevo el émbolo.
- Aspirar 25 ml de agua tibia y agitar tapando el orificio del cono de la jeringa.
- Cuando la forma farmacéutica esté totalmente diluida y desintegrada, administrar.
- Trituración del fármaco: Consultar si el fármaco se puede triturar o la posibilidad de alternativas líquidas o dispersables.
- Introducir el medicamento a triturar en una pequeña bolsa y golpear suavemente con algún objeto contundente hasta lograr su pulverización, cuidando de no romper la bolsa.
- Retirar el émbolo de una jeringa de 50 ml y vaciar el contenido pulverizado de la bolsa en el interior taponando el orificio del cono de la jeringa colocando el émbolo posteriormente.
- Aspirar de 15-30ml. de agua tibia y agitar tapando el orificio del cono de la jeringa.
- Cuando esté totalmente diluido, administrar.
- Administración del fármaco: Antes de administrar, conocer dónde está situado el extremo de la sonda y verificar que está bien colocada.
- Administrar inmediatamente después de la preparación.
- Si la administración de la nutrición enteral es continua, detener la nutrición 15 minutos antes de administrar la medicación.
- Si la nutrición enteral es discontinua/bolos, administrar la medicación 1h. antes o 2h. después.
- Higiene de manos del paciente.
- Introducir de 15 a 30 ml (5 a 10 ml en niños) de agua para lavar la sonda antes de administrar el primer fármaco.
- Pinzar la sonda, para evitar el paso excesivo de aire al estómago.
- Administrar lentamente el contenido conectando la jeringa a la sonda nasogástrica.
- Pinzar la sonda.
- Si se administran varios fármacos hacerlo por separado, lavar el tubo con 15 a 30 ml (5 ml en niños) de agua corriente entre cada dos fármacos
- Una vez administrado todos los fármacos lavar la sonda con 15-30 ml (5-10 ml en niños) de agua tibia.
- Reanudar la nutrición enteral si la hubiera.
- Dejar la jeringa limpia protegida para la siguiente administración.
- Retirar todo el material.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

- Enseñar al paciente o cuidador a moverse sin riesgo de movilización de la sonda nasoentérica.
- Educación a paciente y/o familia sobre los cuidados de la sonda en relación a la administración de medicación.
- Indicar las instrucciones de administración y conservación de cada medicamento, propósito y efecto.

Consideraciones especiales:

- Consultar descripción de formas farmacéuticas orales y recomendaciones para la administración del fármaco por sonda.
- Administrar la medicación lentamente.
- No administrar varios medicamentos por sonda nasogástrica a la vez, es recomendable hacerlo por separado.
- Asegurar que no existe contraindicación para la administración del fármaco, así como la presencia de posibles alergias medicamentosas conocidas por el paciente.
- Comunicar eventos adversos.

Precauciones generales:

- Utilizar las formas farmacéuticas orales como primera elección.
- Dejar reflejado en la orden de tratamiento farmacológico que el paciente es portador de sonda enteral para que la unidad de farmacia suministre el fármaco con la presentación adecuada.
- Las formas líquidas, debido a su alta osmolaridad y viscosidad, requieren ser diluidas entre 50 y 100 ml de agua.
- Las soluciones y suspensiones orales suelen ser pediátricas y por tanto suelen llevar glúcidos (atención en los diabéticos), sorbitol y etanol (producen diarreas e interacciones con otros medicamentos).
- Las fórmulas magistrales no siempre pueden prepararse y tienen caducidad corta.
- Algunas fórmulas parenterales pueden ser administradas por vía enteral.
- Las formas sólidas deben disolverse para su administración. Si no pueden disolverse, triturar y diluir los comprimidos en un mínimo de 10 a 15ml de agua, abrir la cápsula y diluir su contenido.
- Las cápsulas con microgránulos pueden causar obstrucción de la sonda. Diluirlos pero no triturarlos.
- En las cápsulas de gelatina blanda con líquido en su interior se desaconseja extraer el líquido por problemas de estabilidad del principio activo, adherencia a la sonda, etc.
- En los comprimidos de cubierta entérica, al romperla, el principio activo se degrada en el estómago produciendo una disminución de la absorción intestinal e irritación gástrica.
- No triturar los comprimidos de liberación retardada porque pueden producir toxicidad al aumentar la concentración absorbida.
- Comunicar eventos adversos.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación y Administración de Fármacos Vía intramuscular	Procedimiento N° P.G. – E.4.

Definición:

Administración de medicamentos por vía intramuscular.

Objetivos:

- Preparar y administrar los medicamentos mediante inyección en el tejido muscular, para proporcionar una absorción más rápida, pero obtener un efecto terapéutico sistémico más corto que la vía subcutánea.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares en Enfermería (supervisados).

Material:

- Medicación prescrita.
- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Aguja para preparar medicación.
- Aguja de calibre 20 a 22 G. y longitud 25 a 75 mm.
- Jeringa.
- Algodón o gasa.
- Solución antiséptica.
- Descartador para material corto-punzante.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Usar técnica estéril para la preparación de inyecciones intramusculares.
- Desinfectar tapón del vial.
- Utilizar una aguja para la preparación y otra para la administración.
- Cargar la dosis prescrita en la jeringa y desechar la aguja utilizada sin tajarla en contenedor de objetos punzantes y/o cortantes.
- Conectar la aguja de calibre adecuado para la administración del fármaco.
- Determinar con el paciente la zona para administrar la medicación: dorsoglútea, ventroglútea, vasto lateral externo o deltoides.
- Palpar la zona de punción para descartar hematomas, durezas o signos de infección.
- La desinfección de la piel pre-inyección no se recomienda en pacientes jóvenes y saludables con piel visiblemente limpia.
- Limpiar la piel con solución antiséptica en personas mayores, inmunocomprometidas o si la inyección se realiza cerca de lesiones infectadas o colonizadas, siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia de aproximadamente 5 cm.
- Aplicar presión manual en la zona de inyección diez segundos antes de insertar la aguja.
- Introducir la aguja hasta la profundidad deseada formando un ángulo de 90° en un movimiento rápido y seguro.
- Realizar aspiración en la inyección en la región dorso glútea debido a la proximidad de la arteria glútea. No es necesario en otras zonas.
- Inyectar el fármaco lentamente, unos 10 segundos por ml para permitir que el líquido sea absorbido por el músculo.
- Retirar rápidamente la aguja con el mismo ángulo que se insertó.
- Presione la zona masajeando suavemente (excepto si se ha administrado una sustancia irritante).
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

Consideraciones especiales:

- Esta vía de administración está contraindicada en personas tratadas con Anticoagulantes
- Comunicar eventos adversos.
- En recién nacidos o pacientes con escaso tejido adiposo, hacer un pliegue cutáneo con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante para realizar la punción.

- En niños menores de 3 años, no está indicada la inyección en la zona dorsoglútea, siendo más indicado en el vasto lateral externo, con agujas de 22-25 G.
- En pacientes obesos, la zona ventro-glútea se recomienda para evitar administrar la medicación en tejido subcutáneo.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación y Administración de Fármacos Vía Endovenosa	Procedimiento N° P.G. – E.5.

Definición:

Administración de fármacos por vía endovenosa.

Objetivos:

- Preparar y administrar medicamentos en el torrente venoso, para obtener un efecto terapéutico sistémico inmediato.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares en enfermería (supervisados)

Material:

- Medicación prescrita.
- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Liga
- Aguja estéril para preparar medicación.
- Aguja de calibre 20 a 25 G, palomita o catéter endovenoso adecuado.
- Jeringas.
- Suero para dilución.
- Sistema de goteo.
- Gasa estéril.
- Solución antiséptica.
- Descartador para material corto-punzante.
- Llave 3 vías (si fuese necesario, para paralelos)

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.

- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Verificar la compatibilidad del medicamento con la solución de dilución.
- Realizar técnica estéril para la preparación del medicamento.
- Desinfectar tapón del vial.
- Utilizar una aguja para la preparación y otra para la administración.
- Preparar la dosis correcta del fármaco, según las indicaciones del fabricante.
- Desechar la aguja utilizada sin taparla en contenedor de objetos punzantes y/o cortantes.
- Utilizar las soluciones inmediatamente después de ser preparadas o en su defecto anotar la hora de preparación y la validez una vez reconstituida.
- Realizar un claro y correcto etiquetado de los viales de infusión después de añadir el medicamento.
- El medicamento una vez diluido debe ser controlado para comprobar la presencia de partículas.
- Asegurar que no hay aire en la jeringa antes de administrar el fármaco.
- Comprobar la permeabilidad de la vía antes de la administración del fármaco.
- Inyectar la solución lentamente.

Tipos de administración en bolo:

a) Inyección directa:

- Cuando no es posible o no se requiere diluir la medicación, cuando se precisa una acción inmediata en situación de urgencias o si el nivel pico en sangre no se logra mediante infusión intermitente.
- Se puede realizar directamente en la vena utilizando una palomita o con jeringa y aguja.
- La duración de la administración debe ser entre 3-10 minutos.

b) Inyección a través de vía canalizada con perfusión continúa:

- Con llave de tres pasos:

- Retirar el tapón.
- Desinfectar la entrada de la llave con antiséptico.
- Insertar la jeringa y girar la llave en la posición para administrar el fármaco interrumpiendo la entrada de la infusión principal.
- Aspirar para comprobar la permeabilidad de la vía.
- Administrar el fármaco preparado en la jeringa lentamente.
- Retirar la jeringa.
- Lavar el catéter con 2-3 ml de suero fisiológico.
- Girar la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón continuando la entrada de la infusión principal.

- Sin llave de tres pasos:

- Desinfectar la zona especial para inyección del sistema IV con antiséptico.
- Cerrar o pinzar el sistema IV principal.
- Inyectar en la zona indicada.
- Aspirar para comprobar la permeabilidad de la vía.
- Administrar el fármaco preparado en la jeringa lentamente.
- Retirar la aguja y la jeringa.
- Abrir el sistema y ajustar el ritmo de la perfusión.

- Con bioconector:

- Desinfectar la zona especial para inyección del sistema IV con antiséptico.
- Conectar en la zona indicada.
- Aspirar para comprobar la permeabilidad de la vía.
- Administrar el fármaco preparado en la jeringa lentamente.
- Retirar la jeringa.
- Al terminar la administración, lavar el catéter con 2-3 ml de suero fisiológico.

c) En perfusión intermitente:

- La perfusión intermitente puede administrarse de forma simultánea o no con una solución principal.
- Utilizar esta técnica para la administración de fármacos diluidos en sueros (50, 100, 250 ml).
- Perforar el recipiente de la medicación con un sistema de suero.
- Seguir los pasos anteriores en la administración de fármacos a través de vía canalizada con infusión continua. (No es imprescindible detener la infusión principal pudiéndose administrar de forma conjunta).
- Colocar el frasco de la medicación por encima del nivel de la infusión principal.
- Administrar la perfusión al ritmo indicado.
- Retirar el sistema una vez terminada la medicación.
- Retirar todo el material.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

Consideraciones especiales:

- Comunicar eventos adversos.
- Lavar la vía antes y después de la administración de fármacos incompatibles con la perfusión IV principal y si se administra más de un fármaco.
- No mezclar dos medicamentos distintos en una misma infusión.
- Evitar administrar fármacos simultáneamente con drogas vasoactivas, hemoderivados y nutrición parenteral.
- En pacientes neonatos y pediátricos, es preciso valorar el volumen del diluyente para no producir sobrecargas cardiovasculares.
- Observar al paciente durante la administración para valorar la aparición de reacciones alérgicas medicamentosas, signos de reacción anafiláctica o inflamación de la zona de punción.

- Los equipos de administración pueden permanecer en uso, por un periodo de hasta 96 horas, sin incrementar la tasa de infección, excepto los equipos para administrar lípidos, sangre o sus derivados.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación y Administración de Fármacos Vía Subcutánea	Procedimiento N° P.G. – E.6.

Definición:

Administración de medicamentos por vía subcutánea.

Objetivos:

- Preparar y administrar los medicamentos mediante inyección en el tejido subcutáneo, para obtener un efecto terapéutico sistémico, mediante la acción retardada del mismo.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares en enfermería (supervisados)

Material:

- Medicación prescrita.
- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Aguja para preparar medicación.
- Aguja de calibre 24-27 G, longitud 16-22 mm. y bisel medio.
- Jeringa graduada de 0.3ml (30UI), de 0.5-1ml (50UI) o de 1ml (100UI).
- Algodón o gasa.
- Solución antiséptica.
- Descartador para objetos corto-punzantes.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Utilizar técnica estéril en la preparación de inyecciones subcutáneas.
- Desinfectar tapón del vial.
- Utilizar una aguja para la preparación y otra para la administración.
- Cargar la dosis prescrita en la jeringa y desechar la aguja utilizada sin taparla en contenedor de objetos punzantes y/o cortantes.
- Conectar la aguja de calibre adecuado para la administración del fármaco.
- Determinar con el paciente la zona para administrar la medicación: parte externa de brazos, parte anterior y lateral de los muslos, parte superior de los glúteos o abdomen (evitando un radio de unos 5 cm alrededor del ombligo).
- Comprobar que no hay lesiones, inflamación o dolor.
- Limpiar la piel con solución antiséptica, siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia aproximadamente 5 cm y esperar a que esté seca.
- Rotar el sitio de administración en inyecciones frecuentes.
- Asegurar que no hay aire en la jeringa y empujar el émbolo hasta que vea aparecer la solución en el bisel.
- Tomar un pliegue cutáneo con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante para aislar el tejido subcutáneo y no soltar hasta terminar la inyección.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 45°-90° y aspirar (si aparece sangre desechar aguja, jeringa y medicación y repetir el procedimiento).
- Inyectar fármaco lentamente.
- Esperar 5 a 10 segundos antes de extraer la jeringa y aplicar ligera presión con algodón sobre la zona sin masajear.
- Retirar la aguja en el mismo ángulo de entrada.
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

Consideraciones especiales:

- Utilizar una aguja distinta para la preparación del medicamento y otra para su administración reduce el malestar de los pacientes.
- Comunicar eventos adversos.
- La administración de heparina sódica se lleva a cabo en el abdomen con alternancia lateral, inyectando el fármaco y la cámara de aire sin aspirar previamente, con un ángulo de 90° durante 10 segundos.
- En el caso de la administración de insulinas, si la piel está limpia, no es necesario utilizar solución antiséptica.

- Para la administración de insulinas con biomes, seguir las indicaciones del fabricante.

Registro

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Preparación y Administración de Fármacos Vía Intradérmica	Procedimiento N° P.G. – E.7.

Definición:

Administración de fármacos por vía intradérmica.

Objetivos:

- Preparar y administrar con seguridad medicamentos mediante inyección en las capas superficiales de la piel, entre la dermis y la epidermis con fines diagnósticos, terapéuticos y/o preventivos.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares en enfermería (supervisados)

Material

- Medicación prescrita.
- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Aguja para preparar medicación.
- Aguja de 25 G., 9,5-16 mm. y bisel corto.
- Jeringa graduada de 0.5-1ml.
- Algodón o gasa.
- Solución antiséptica incolora.
- Rotulador.
- Descartador para material corto-punzante.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Comprobar el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Se recomienda el uso de técnica estéril para la preparación de inyecciones intradérmicas.
- Desinfectar tapón del vial.
- Cargar la dosis prescrita en la jeringa y desechar la aguja utilizada sin taparla en contenedor de objetos punzantes y/o cortantes.
- Conectar la aguja de calibre 25 G para la administración del fármaco.
- Determinar con el paciente la zona para administrar la medicación: cara interna de antebrazos o en su defecto la parte superior del tórax o en las escápulas y comprobar que sea la piel fina, sin vello ni manchas.
- Limpiar la piel con la solución antiséptica, siguiendo un movimiento en espiral del centro a la periferia aproximadamente 7 cm y esperar a que esté seca.
- Asegurar que no hay aire en la jeringa y empujar el émbolo hasta que vea aparecer la solución en el bisel.
- Tensar la piel con la mano no dominante tirando hacia arriba con el dedo pulgar o tensándola entre los dedos índice y pulgar para evitar molestias y que la aguja penetre en tejido subcutáneo.
- Colocar la jeringa de forma que la aguja quede paralela a la piel y con el bisel hacia arriba.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo inferior a 15° y avanzar unos 2mm, con lo que el bisel queda visible bajo la superficie cutánea.
- Inyectar el fármaco, sin aspirar, comprobando que se forma pápula o vesícula.
- En caso de no aparecer la vesícula, es que se ha realizado la punción muy profunda; repetir la prueba.
- Si sangra la zona después de retirar la aguja o si no se ha formado la vesícula, se debe repetir la inyección a una distancia mínima de 10 cm.
- Retirar suavemente la aguja con el mismo ángulo que se insertó, sin limpiar, frotar ni masajear la zona. El masaje tras la inyección puede dispersar la medicación.
- Si la inyección intradérmica se realiza para determinar el Test de la Tuberculina (Mantoux) o pruebas de alergia, señalar la zona dibujando un círculo alrededor del perímetro de inserción (de entre 2 y 4 cm de diámetro) para facilitar la lectura posterior de la reacción.
- Informar al paciente que no se lave, ni toque la zona de la punción hasta que no se realice la lectura de la prueba.
- Desechar el material en el descartador adecuado.
- Retirarse los guantes.
- Higiene de mano.
- Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos comunicándoselos al médico si los hubiera.

Consideraciones especiales:

- Comunicar eventos adversos.

- La lectura del Test de la Tuberculina será a las 48 y 72 horas tras la inyección y se realizará la medición sobre la parte inflamada, no sobre el eritema.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de enemas	Procedimiento N° P.G. – E.8.

Definición:

Es la instilación de una solución en el tracto intestinal inferior (recto). Irrigar una cantidad de líquido en el recto a través de una sonda introducida por el ano.

Objetivos:

- Aliviar la acumulación de heces en el estreñimiento, facilitando la expulsión.
- Facilitar la expulsión de gases.
- Administrar fármacos.
- Preparación para prueba diagnóstica.

Personal:

- Lic. en enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliares en Enfermería (supervisados).

Material:

- Guantes desechables.
- Sonda rectal, de 22-30 French para adultos y de 12-18 French para niños.
- Recipiente con tubo irrigador o enema preparado, pinza de Kocher o cierre similar, y conexión para tubo.
- Cantidad de solución prescrita a la temperatura correcta.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Soporte de goteo.
- Bandeja.
- Toallas.
- Cuña.
- Papel higiénico.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Un termómetro, para comprobar la temperatura del enema.
- Material para el aseo del paciente (toalla, palangana y jabón).

Tipos de enemas:

Enema de limpieza. Pretende eliminar las heces, fundamentalmente para:

- Evitar el escape de heces durante la cirugía.
- Preparar el intestino para determinadas pruebas diagnósticas, RX o pruebas de visualización (colonoscopia).

- Extraer heces en caso de estreñimiento o retención fecal.
- Algunos enemas son de gran volumen (500 a 1000 ml) para adulto, y otros son de pequeño volumen, entre ellos las soluciones hipertónicas.
- La temperatura debe estar entre 36-38°C.
- El volumen variará según la edad del individuo; 700-1000 ml para adultos, 500-700 ml para los adolescentes, 300-500 ml para los escolares y 150-250 ml para los bebés.
- Cuando el volumen que se va a administrar es pequeño se denominan micro-enemas.

Enema de retención: Ejerce una acción local o sistémica, introducir aceite o algún fármaco en el recto y el colon sigmoideo. El líquido se retiene durante un tiempo relativamente prolongado (de 1 a 3 horas).

Ejecución:

Preparación del personal:

- Comprobar la indicación.
- Valoración en la historia de los riesgos potenciales en ese paciente.
- Asegurar todo el material y la solución antes de iniciar la técnica.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Animar al paciente a vaciar la vejiga antes de comenzar con el procedimiento.
- Valorar si el paciente presenta control de esfínteres.
- Valorar si el paciente es capaz de usar la chata, o debe permanecer en cama y usar pañal.
- Colocar al paciente en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo, con la pierna izquierda extendida y la derecha flexionada), para el enema de limpieza.

Procedimiento:

- Indicar al paciente que puede experimentar una sensación de espasmo mientras se administra la solución.
- Ayudar al paciente adulto a colocarse en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha lo más flexionada posible y con la toalla bajo las nalgas. Esta posición facilita el flujo por gravedad de la solución hacia el colon sigmoideo y el colon descendente, que se encuentran en el lado izquierdo. La flexión de la pierna derecha proporciona una exposición adecuada del ano.
- Colgar el recipiente a una altura de 45 cm. por encima de la cama.
- Eliminar el aire de los tubos y pinzar o cerrar la llave.
- Lubricar el extremo de la sonda rectal.
- Indicar al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, promoviendo así la relajación del esfínter anal externo.

- Aprovechar una de las espiraciones (momento en el que la presión abdominal es menor) para introducir la sonda rectal suave y lentamente en el recto en dirección al ombligo. La inserción lenta evita el espasmo del esfínter.
- Insertar la sonda de 7.5 a 10 cm en adultos, de 5-7.5 cm en niños y de 2.5-3.5 cm en bebés.
- Si existe resistencia del esfínter interno, no forzar, solicitar al paciente que realice una respiración profunda y abrir la llave de paso para dejar pasar una pequeña cantidad de solución a través de la sonda para relajar el esfínter anal interno.
- Si persiste resistencia del esfínter, retirar la sonda y comprobar si existen heces que puedan estar bloqueando la sonda durante la inserción, si es así volver a intentar el procedimiento.
- Comprobar mediante tacto rectal si existe retención fecal u otro bloqueo mecánico.
- Dejar pasar la solución lentamente según la tolere el paciente.
- Una vez administrada la solución cerrar la llave de paso o pinzar y retirar la sonda rectal lentamente.
- Animar al paciente a que retenga el enema de limpieza de 5 a 10 minutos o al menos 30 minutos para un enema de retención.
- Colocar al paciente en decúbito supino o lateral derecho para ayudarle a retener la solución.
- Si el paciente tiene dificultad para retener la solución puede ayudarle presionando ambas nalgas entre sí.
- Ayudar al paciente a colocarse sentado sobre la chata.
- Retirar la chata y realizar lavado perianal o facilitar enseres de aseo, después de la evacuación.
- Asegurar la comodidad del paciente una vez finalizado el procedimiento.
- Antes de tirar el material evacuado asegurarse de que no es necesario tomar muestra para estudio.
- Retirar el material empleado en los contenedores indicados.
- Retirar los guantes.
- Higiene de mano.

Consideraciones especiales:

- Los enemas están contraindicados en pacientes con patología ano rectal (hemorroides dolorosas, fisuras, abscesos) o con intervenciones quirúrgicas recientes en la zona.
- Si el paciente no es capaz de controlar esfínteres, después de insertar la sonda rectal, colocar al paciente en decúbito supino sobre una cuña, con la cabecera elevada hasta 30° si procede.
- Si observa sangre en el tubo rectal, suspender el procedimiento y notificarlo para valoración.
- Controlar la tolerancia del paciente durante el procedimiento, vigilando la posible aparición de episodios vágales y arritmias.

Consideraciones relativas a grupos etáreos:

Lactantes/niños:

- Proporcionar una explicación detallada a los padres y al niño antes del procedimiento.
- La solución del enema debe ser isotónica (generalmente suero salino normal).

Algunas soluciones hipertónicas comerciales (enema de fosfato) pueden causar hipovolemia y desequilibrios electrolíticos. Además el efecto osmótico del enema puede producir diarrea y la consiguiente acidosis metabólica.

- Los lactantes y los niños pequeños no tienen control de esfínteres y necesitan ayuda para retener el enema. La enfermera administra el enema mientras el lactante o el niño está tumbado con las nalgas sobre la chata, y mantendrá las nalgas del niño firmemente apretadas para impedir la expulsión inmediata de la solución.
- Generalmente, los niños mayores retienen la solución si entienden qué deben hacer y no se les pide que la retengan durante mucho tiempo.
- La temperatura del enema debe ser de 37.7°C, salvo que se indique otra temperatura.
- Los enemas de gran volumen son:
 - de 50 a 200ml en los niños de menos de 18 meses de edad.
 - de 200 a 300 ml en los niños de 18 meses a 5 años de edad.
 - de 300 a 500 ml en los niños de 5 a 12 años de edad.
- Es especialmente importante dar una explicación cuidadosa a los niños en edad preescolar. Un enema es un procedimiento cruento y, por lo tanto, amenazante.
- En los lactantes y los niños pequeños, suele utilizarse la posibilidad de decúbito supino. Colocarlo sobre una pequeña chata con apoyo para la cabeza y la espalda.
- Asegurar las piernas colocando un pañal bajo la chata y pasándolo por encima y alrededor de los muslos. Colocar una toalla bajo las nalgas del paciente para proteger las sábanas de la cama, y envolver al paciente con la toalla de baño.
- Insertar la sonda de 5 a 7.5 cm, en los niños, y sólo de 2.5 a 3.75 cm en los lactantes.
- En los niños, reducir la altura a la que coloca el contenedor de la solución de forma adecuada para la edad del niño.
- Asegurar la comodidad del paciente una vez finalizado el procedimiento.
- Retirada de guantes.
- Higiene de mano.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado, (alivio de la flatulencia y de la distensión abdominal, posibles reacciones vágales, alérgicas, retención del líquido administrado, irritación de piel y mucosas, espasmos intestinales, etc.).

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Fármacos Vía Cutánea	Procedimiento N° P.G. – E.9.

Definición:

Administración de fármacos en forma de pomada, pastas, cremas, lociones, polvos, nebulizadores o parches a través de la piel.

Objetivos:

- Administrar correctamente los distintos fármacos con seguridad a través de la piel con fines terapéuticos.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera
- Auxiliares de Enfermería (supervisados)

Material:

- Fármaco prescrito: crema, pomada, ungüento, pasta, gel, espuma, parches.
- Gasas.
- Bandeja.
- Guantes no estériles.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, tipo de medicación tópica, dosis correcta prescrita adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.

- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Seleccionar la zona de aplicación y valorar el estado de la piel del paciente.
- Limpiar la piel con agua y jabón neutro y secar cuidadosamente retirando residuos de medicamentos anteriores, si precisa.
- Evitar que el medicamento entre en contacto con los ojos y las mucosas.

Tipos de fármacos:

Parches transdérmicos (nitroglicerina, estrógenos o nicotina).

- Rotar la zona de aplicación entre: tronco, parte inferior del abdomen, costado, zona lumbar o nalgas para evitar la irritación local.
- No cortar.
- Retirar el parche en el momento adecuado plegando hacia dentro el lado que contiene medicación.

Pomada, pastas, cremas, lociones:

- Calentar y ablandar el preparado con las manos enguantadas para facilitar su aplicación y evitar que la piel se enfríe, con movimientos largos.
- Aplicar las cremas en la misma dirección del vello, para prevenir la irritación de los folículos pilosos.

Aerosoles:

- Agitar bien para mezclar el contenido.
- Pulverizar la zona manteniendo la distancia recomendada en las instrucciones del producto.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Retirar todo el material empleado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Comunicar eventos adversos.
- Si la piel no está íntegra, realizar el procedimiento con técnica estéril.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Fármacos Vía Inhalatoria (Aerosoles)	Procedimiento N° P.G. – E.10.

Definición:

Administración de fármacos por vía respiratoria a través de aerosoles/inhaladores con cartucho presurizado (MDI) con o sin cámara expansora u otros sistemas (Aerolizer®, Turbuhaler®, Accuhaler®, EasyHaler®).

Objetivos:

- Conseguir una acción directa del fármaco sobre el árbol bronquial.
- Mejorar la respiración y/o el patrón respiratorio y/o el trabajo respiratorio del paciente.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera
- Auxiliares de enfermería

Material:

- Inhalador prescrito.
- Cámara expansora, si precisa.
- Servilleta de papel.
- Guantes no estériles

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente sentado o en la posición de Fowler o semi Fowler.
- Determinar el grado de conocimientos y habilidades del paciente y/o persona cuidadora.

Procedimiento:

La administración puede ser mediante:

1. Inhalador en cartucho presurizado (MDI)

- Dispositivo formado por un cartucho presurizado que contiene el medicamento y dispensa una determinada dosis cada vez que se acciona el pulsador.

En caso de no utilizar una cámara inhaladora:

- Comprobar el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar y agitar para mezclar su contenido.
- Colocar el inhalador en posición vertical, (forma de L).
- Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.
- Explicar al paciente que introduzca la boquilla del inhalador dentro de la boca y la sujete cerrando bien los labios, dejando la lengua en el suelo de la boca para que no interfiera la salida del medicamento.
- Pedir al paciente que inspire lenta y profundamente por la boca.
- Una vez iniciada la inspiración, presionar el cartucho UNA SÓLA VEZ y seguir la inspiración lenta y profunda hasta llenar totalmente los pulmones.
- Retirar el dispositivo de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
- Espirar lentamente.
- Enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.
- Limpiar la boquilla del inhalador.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

En caso de utilizar una cámara inhaladora:

- Comprobar el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Sujetar el inhalador entre los dedos índice y pulgar y agitar para mezclar su contenido.
- Acoplar el inhalador a la cámara en posición vertical, (forma de L).
- Explicar al paciente que introduzca la boquilla del inhalador dentro de la boca y la sujete cerrando bien los labios, o acoplar la mascarilla de la cámara a la cara del paciente asegurando un correcto ajuste de la misma.
- Pedir al paciente que respire lenta y profundamente de 6 a 10 veces sin separar la boca de la cámara.
- Una vez finalizado, separe el inhalador de la cámara espaciadora.
- Lavar la cara del paciente y enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.
- Limpiar la boquilla del inhalador.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

2. Inhalador en polvo seco

- Dispositivo de dosis única que permite administrar por vía inhalatoria un fármaco en forma de polvo que está en el interior de una cápsula (Aerolizer®, Spinhaler®).
- Comprobar el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- Destapar el inhalador.
- Colocar la cápsula en el interior y tapar.
- Agujerear la cápsula apretando los botones laterales.
- Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.
- Colocar el inhalador en la boca, sellándolo con los labios.
- Inspirar profunda y enérgicamente.
- Retirar el dispositivo de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
- Espirar lentamente.
- Enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.
- Limpiar la boquilla del inhalador.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

3. Multidosis

- Dispositivos que permiten administrar por vía inhalatoria un fármaco en forma de polvo que está en su interior y que dispensa una dosis determinada cada vez que se acciona un mecanismo (Turbhualer®, Accuhaler®, Easyhaler®).
- Cargar el inhalador, según las instrucciones medicamento.
- Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.
- Colocar el inhalador en la boca, sellándolo con los labios.
- Inspirar profunda y enérgicamente.
- Retirar el dispositivo de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
- Espirar lentamente.
- Enjuagar la boca con agua.
- Si tiene que tomar una nueva dosis, esperar 30 segundos y repetir la técnica.
- Limpiar la boquilla del inhalador.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Cuando se utilice más de un inhalador administrar primero el broncodilatador, dejando para el final los corticoides.
- Utilizar cámara de inhalación en personas con dificultad para una correcta sincronización mano-pulmón, sobre todo en niños y ancianos.
- En pacientes crónicos que se auto administran la medicación, aprovechar la realización del procedimiento para realizar la enseñanza acerca de él y revisar la técnica de ejecución.
- Limpiar la boquilla del inhalador todos los días con agua y jabón, enjuagar y secar.

- La cámara de inhalación debe limpiarse una vez por semana con agua y jabón, enjuagándola generosamente y dejándola secar por evaporación (no secar con paño).
- Si se produce algún efecto adverso, además de registrarlo en la historia del paciente, se debe comunicar mediante los procedimientos establecidos en la política de seguridad del hospital.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Fármacos Vía Inhalatoria (Nebulizadores)	Procedimiento N° P.G. – E.11.

Definición:

Administración por vía inhalatoria de fármacos en forma de partículas de aerosol por medio de dispositivos tipo “venturi”. Estos aparatos crean una fina niebla rompiendo la tensión superficial del fármaco a administrar diluido en agua o suero fisiológico.

Objetivos:

- Administrar fármaco para que se incorpore al aire inspirado, se deposite en la superficie interna de las vías respiratorias inferiores y ejerza su acción terapéutica.
- Humidificar las secreciones pulmonares acumuladas para facilitar su expectoración.

Personal:

- Lic. en enfermería.
- Enfermera.
- Auxiliares de enfermería.

Material:

- Toma de oxígeno/aire.
- Nebulizador.
- Equipo de aerosoles tipo venturi (mascarilla con nebulizador y alargadera).
- Medicación prescrita y/o suero fisiológico.
- Jeringa.
- Estetoscopio.
- Servilleta de papel.
- Guantes no estériles.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.

- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en posición sentada, de Fowler o semi Fowler.

Procedimiento:

- Comprobar el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Colocar la medicación y/o suero fisiológico prescrito en el recipiente nebulizador.
- Conectar el nebulizador a la toma de aire/oxígeno.
- Conectar el nebulizador al directamente (sin pasar por el humidificador).
- Regular el flujo de oxígeno/aire de 6 a 8 litros/minuto hasta observar la salida de la solución nebulizada. Este flujo asegura la presión adecuada para que las partículas sean de menos de 4 micras.
- Acoplar la mascarilla al paciente y mantener el nebulizador en posición vertical.
- En caso de aerosol en forma de “T” se debe colocar el recipiente en posición vertical, ajustando los labios al dispositivo.
- Pedir al paciente que inspire profundamente y retenga el aire unos 5 segundos antes de espirar, realizando aproximadamente unas 10 inspiraciones por minuto.
- Mantener la piel de la cara limpia y seca para evitar irritación cutánea.
- Pasado el tiempo prescrito de tratamiento, de 10 a 15 minutos, cerrar la salida de oxígeno/aire y retirar el equipo.
- Realizar higiene bucal.
- Acomodar al paciente.
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Para que el fármaco actúe a nivel de los alveolos se debe conseguir un tamaño de partículas de menos de 5 micras. Las partículas de un tamaño menor se quedan en las vías respiratorias altas, no llegando a las zonas más distales del árbol bronquial. Para ello es necesario aplicar al dispositivo el flujo de aire/oxígeno correcto. Con un flujo de 8 litros por minuto conseguimos una presión de 180 kPa, suficiente para que el 74% de las partículas generadas tengan el tamaño adecuado.
- El dispositivo es de uso único y no debe ser utilizado por más de un paciente.
- En caso de utilizar el dispositivo nebulizador varias veces con el mismo paciente, lavarlo con agua y jabón y enjuagarlo con agua estéril.
- En caso de que el paciente presente una infección transmisible por vía aérea, deberán tomarse las debidas medidas de prevención. Uso de barbijo por parte del personal que esté en la misma habitación.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.

- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Fármacos Vía Oftálmica	Procedimiento N° P.G. – E.12.

Definición:

Administración de fármacos en forma de colirio o pomada en los ojos.

Objetivos:

- Administrar correctamente los distintos fármacos oftálmicos con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería.

Material:

- Fármacos en la presentación prescrita.
- Bandeja.
- Dosificador.
- Triturador o bolsa plástica y un objeto contundente.
- Jeringa
- Agua o líquido adecuado según tipo de fármaco.
- Vasos.
- Guantes no estériles (opcional)
- Servilleta de papel.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en postura cómoda: sentado con la cabeza inclinada hacia atrás o en decúbito supino.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Identificar el ojo correcto: ojo derecho (OD), ojo izquierdo (OI) o ambos ojos (AO).
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Limpiar el ojo y las pestañas con suero salino. Irrigar suero y limpiar desde el canto interno al canto externo del ojo.
- Administrar el fármaco:

Colirios:

- Pedir al paciente que mire hacia arriba.
- Exponer el saco conjuntival inferior, colocando el pulgar o los dedos de la mano no dominante en el hueso malar del paciente, debajo del ojo y tirando suavemente de la piel hacia la mejilla.
- Mantener el dispositivo a 2-3cm para no tocar el saco ni la córnea.
- Instilar el número correcto de gotas en el tercio externo del saco conjuntival inferior abordando el ojo desde el lateral.
- Presionar el conducto nasolagrimal durante 30 segundos o pida al paciente que lo haga.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Pomada:

- Pedir al paciente que mire hacia arriba.
- Exponer el saco conjuntival inferior, colocando el pulgar o los dedos de la mano no dominante en el hueso malar del paciente, debajo del ojo y tirando suavemente de la piel hacia la mejilla.
- Mantener el tubo por encima del saco conjuntival inferior.
- Exprimir 2cm de pomada en el saco conjuntival inferior desde el canto interno.
- Pedir al paciente que cierre los párpados sin apretarlos.
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Comunicar de manera inmediata al médico si se produce un error de administración.
- En el caso de niños pequeños o lactantes, pedir ayuda a los padres para inmovilizar los brazos y la cabeza.
- Algunos colirios pueden provocar fotofobia pasajera.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.

- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Fármacos Vía Ótica	Procedimiento N° P.G. – E.13.

Definición:

Administración de fármacos en forma de gotas en los oídos.

Objetivos:

- Administrar correctamente los distintos fármacos óticos con fines terapéuticos.
- Ablandar el cerumen para facilitar el lavado ótico.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de enfermería

Material:

- Fármacos.
- Suero salino.
- Gasas estériles.
- Guantes no estériles.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en postura cómoda con el oído a tratar en la posición más alta.

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, dosis correcta prescrita y adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Identificar el oído correcto.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.

- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Limpiar el pabellón de la oreja y el conducto auditivo externo.
- Enderezar el conducto auditivo para facilitar que la solución penetre a lo largo de todo el conducto. Tirar de la oreja hacia arriba y hacia atrás.
- Evitar que el dispositivo toque el pabellón auricular.
- Instilar el número correcto de gotas a lo largo de la pared lateral del conducto auditivo.
- Apriete varias veces, con suavidad el trago de la oreja.
- Mantener la posición durante 3 minutos.
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- El fármaco debe estar a temperatura corporal para evitar vértigos.
- Comunicar de manera inmediata al médico si se produce un error de administración.
- En el caso de niños pequeños o lactantes, pedir ayuda a los padres para inmovilizar los brazos y la cabeza.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Fármacos Vía Rectal	Procedimiento N° P.G. – E.14.

Definición:

Administración de fármacos por vía rectal.

Objetivos:

- Administrar correctamente distintos fármacos, en estado líquido o sólido a través del recto, con fines terapéuticos.
- Favorecer la evacuación del contenido intestinal.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería.

Material:

- Fármacos prescritos.
- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Gasas.
- Vaselina.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en posición de Sims (sobre el lado izquierdo con la rodilla y el muslo derecho doblados hacia el tórax).

Procedimiento:

- Comprobar: el fármaco prescrito, tipo de medicación tópica, dosis correcta prescrita adecuada para el paciente, momento correcto, vía correcta, identidad del paciente.
- Asegurarse de que no existe contraindicación o alergia al fármaco prescrito.
- Comprobar la caducidad del fármaco.
- No administrar fármacos etiquetados incorrectamente.
- Ofrecer al paciente la posibilidad de autoadministrarse la medicación, facilitándole la mayor autonomía y comodidad.
- Separar las nalgas con la mano no dominante.
- Pedir al paciente que realice una inspiración lenta y profunda.
- Administrar el fármaco a partir de la cánula o en forma de supositorio por la parte no cónica.
- Permanecer en la misma posición con las nalgas apretadas durante 10 minutos.
- Retirar todo el material empleado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Comunicar eventos adversos.
- Considerar la alteración en la coloración de las heces que algunos fármacos pueden provocar.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Hemoderivados	Procedimiento N° P.G. – E.15.

Definición:

Transfundir sangre o alguno de sus derivados por vía intravenosa.

Objetivos:

- Transfundir sangre o alguno de sus derivados con fines terapéuticos para mejorar la capacidad de transporte de oxígeno, reponer la volemia o reconstituir alteraciones hematológicas de diversas etiologías.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de enfermería (supervisados)

Material:

- Solicitud de transfusión.
- Unidad de sangre o derivado.
- Sistema de infusión especial con filtro (Bomba de infusión).
- Catéter de calibre 18 G o superior.
- Jeringas.
- Bandeja.
- Guantes no estériles.
- Suero Fisiológico.
- Sistema de goteo.
- Llave de tres pasos.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

- Informar al paciente que comunique al personal asistencial cualquier incidencia observada durante la transfusión.
- Colocar al paciente sentado o encamado en postura cómoda.

Procedimiento:

- Conocer la historia de transfusiones del paciente.
- Verificar que la solicitud contiene la información necesaria para identificar al paciente, los componentes sanguíneos solicitados, fecha y hora de la solicitud.
- Verificar la compatibilidad de Grupo ABO y Rh de la bolsa con los datos del paciente.
- Verificar que el componente sanguíneo indicado va a ser administrado al receptor correcto. Comprobar que el número de identidad de la bolsa coincide con el que tiene el paciente en su historia clínica.
- Comprobar que la bolsa plástica o recipiente que contiene el componente sanguíneo esté completamente cerrada.
- Comprobar el aspecto del componente sanguíneo: que no haya coágulos en los concentrados de hematíes y en el caso del plasma que esté totalmente descongelado.
- Comprobar la integridad y la fecha de caducidad del producto a transfundir.
- Tomar constantes vitales (TA, T^a, FC, FR, SAT O₂) para tenerlas como referencia.
- Purgar sistema de goteo con suero fisiológico y conectar llave de tres pasos.
- Colocarse guantes.
- Canalizar una vena con catéter de calibre 18 G o superior en venas del antebrazo o de la mano, si es posible, según protocolo.
- Iniciar el procedimiento pasando suero lentamente, comprobando la permeabilidad de la vía venosa.
- Purgar el sistema de infusión especial con filtro completamente y conectar a la entrada lateral de la llave de tres pasos.
- Abrir la llave hacia el circuito de transfusión e iniciar ésta lentamente durante los 15 minutos primeros (30-40 gotas/minutos).
- Vigilar estrechamente al paciente durante este tiempo, ante cualquier incidencia.
- Aumentar la velocidad de transfusión si no se ha producido ninguna reacción adversa.
- La duración de la transfusión varía según el componente:
 - Unidad de sangre total o concentrado de hematíes: Entre 2-4 horas.
 - Unidad de plasma: 30 minutos.
 - Unidad de plaquetas: Entre 5-15 minutos.
- Comprobar la permeabilidad del sistema y el ritmo de infusión de forma regular durante el procedimiento.
- Tomar constantes vitales de forma periódica cada media hora durante la transfusión.
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Suspender la transfusión ante la aparición de cualquier evento adverso y comunicar de manera inmediata al médico responsable del paciente y al hematólogo.
- Cualquier reacción transfusional o evidencia de contaminación bacteriana, debe notificarse también al banco de sangre.
- En caso de no transfundir algún componente, devolver al Banco de sangre e informar cuánto tiempo se ha mantenido dicho componente a temperatura ambiental.
- Si el paciente tiene instaurado un catéter venoso, lavar la vía antes y después de la administración.
- Evitar administrar fármacos o sueros simultáneamente con hemoderivados, excepto suero fisiológico que es el único compatible.
- Cambiar el sistema con cada unidad transfundida, no debiendo permanecer más de 6 horas.
- En caso de transfundir a través de catéter de doble luz, se hará por la luz proximal.
- Colocar manguito de presión alrededor de la bolsa, con una presión de 300 mmHg, cuando sea preciso aumentar la velocidad de infusión.
- En caso de ritmos de infusión lentos o en paciente pediátricos, es útil utilizar bombas de infusión con equipos específicos.
- No calentar la sangre a más de 37°C, en caso de utilizar un dispositivo calefactor, para transfundir de forma rápida, temperaturas extremas desnaturalizan las proteínas.
- Comunicar eventos adversos.

Registro

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- Fármaco administrado, presentación y dosis.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Oxigenoterapia	Procedimiento N° P.G. – E.16.

Definición:

Administración de oxígeno a concentraciones mayores que las del aire ambiente, con la intención de tratar o prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia.

Objetivos:

- Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.
- Mantener unos niveles de oxigenación adecuados que eviten la hipoxia tisular manteniendo una saturación de O₂ mínima de 90%.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería (supervisados)

Material:

- Manómetro en tubos de O₂.
- Flujómetro (indica el flujo a administrar).
- Humidificador.
- Nariguera.
- Mascarilla tipo Venturi.
- Tubos en T (traqueotomía).
- Alargaderas para facilitar la movilización del paciente.
- Conexiones.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.

- Adecuar la altura de la cama y colocar al paciente en la posición adecuada, eliminando las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.

Procedimiento:

- Conectar el manómetro a la toma de O₂.
- Conectar el humidificador al manómetro manteniendo el nivel de agua adecuado en el mismo.
- Conectar el sistema (nariguera o máscara) al humidificador.
- Regular flujo de O₂ según prescripción.
- Colocar el sistema al paciente evitando presiones excesivas sobre la cara, zona de las orejas, nariz, etc. (colocando gasas, si fuera necesario, en los puntos o zonas de roces).
- Cambiar la mascarilla por las gafas nasales cuando el paciente vaya a comer (desayuno, merienda o cena), para asegurar un mínimo de oxigenoterapia, mientras el paciente come. Y una vez finalizado, volver a colocar su mascarilla facial a la dosis que estaba prescrita
- Comprobar que no existen fugas.
- Colocar alargaderas, si procede, para proporcionar al paciente mayor libertad de movimiento.
- Evitar angulaciones que provoquen una disminución de la FiO₂ que se administra al paciente.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Desechar el material en el contenedor adecuado.
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Mantener higiene diaria de los dispositivos.
- Rotar la posición de la nariguera, si es el caso, para evitar UPP.
- Evitar fugas de O₂ hacia los ojos para prevenir conjuntivitis.
- Elegir el método adecuado para la administración de O₂ en función de la concentración que queremos administrar así como el flujo adecuado según la concentración.
- En caso de traqueotomía, comprobar permeabilidad de la vía aérea. En caso de secreciones excesivas realizar aspirado.
- Comunicar eventos adversos, si se producen.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de administración del medicamento.
- La concentración de oxígeno administrado.
- Cualquier evento adverso del medicamento.
- En caso de no administrar la medicación, motivos por los que no se administra.
- Respuesta del paciente al procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Administración de Heparina de Bajo Peso Molecular	Procedimiento N° P.G. – E.17.

Definición:

Administración subcutánea de heparina de bajo peso molecular (HBPM) en jeringas precargadas.

Objetivos:

- Administración del medicamento con fines profilácticos o terapéuticos.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de enfermería (supervisados)

Material:

- Jeringa precargada.
- Solución antiséptica.
- Algodón.
- Guantes.
- Contenedor de objetos cortantes.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente/ familia sobre el procedimiento que se va a realizar.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Comprobar posibles alergias.

Procedimiento:

- Seleccionar la dosis de heparina de bajo peso molecular (HBPM) según prescripción médica.
- La administración se debe realizar preferiblemente en el abdomen con alternancia lateral. Como propuesta se recomienda en la administración de una dosis c/24h hacerlo en el hemiabdomen derecho los días pares y en el izquierdo los días

impares. Para la administración de dos dosis c/ 24 se propone por la mañana el lado derecho y por la tarde lado izquierdo.

- No eliminar el aire de la jeringa precargada.
- Limpiar la zona de punción con solución antiséptica y esperar a que se seque.
- En pacientes gruesos realizar un pliegue amplio y sin presión en la zona de punción con la mano no dominante y mantenerlo durante la administración del preparado.
- Introducir la aguja completa, con un ángulo de 90°, en relación a la pared abdominal.
- No aspirar.
- Inyectar lenta y completamente todo el contenido de la jeringa precargada, es decir el principio activo (solución) y la cámara de aire.
- Retirar la aguja en la misma dirección de entrada.
- Tras la administración de la inyección orientar la aguja alejada del paciente, de sí mismo y de otras personas, y activar el dispositivo de seguridad presionando firmemente el émbolo de la jeringa.
- No masajear después de la inyección.
- Retirar el material en los contenedores adecuados.
- Retirar guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Prestar especial atención a la aparición de hematomas en el área abdominal, estableciéndose en ese caso un sistema de rotación por cuadrantes del área de inyección.
- Confirmar la pertinencia de la administración del fármaco si está prevista la realización de procedimientos invasivos.
- Considerar la situación clínica de los pacientes (ascitis a tensión, embarazo etc...) para optar por otra zona de inyección que no sea la abdominal (muslos o brazos).

Registro

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de la realización.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Aspiración de Secreciones Oro-faríngeas y Nasofaríngeas	Procedimiento N° P.G. – F.1.

Definición:

Extracción de secreciones de la boca, nariz y/o faringe a través de una sonda.

Objetivos:

- Lograr la permeabilidad de la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso, cuando el paciente no es capaz de expectorar de forma espontánea.
- Evitar la aparición de infecciones respiratorias por acumulo de secreciones.
- Facilitar la toma de muestras.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería (supervisados)

Material:

- Aspirador.
- Tubo de oxígeno preparada con Flujómetro y humidificador.
- Agua destilada o suero fisiológico.
- Sondas de aspiración de punta roma.
- Guantes no estériles.
- Conexión en “Y”.
- Saturómetro de oxígeno
- Estetoscopio

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar de la técnica que se le va a realizar, solicitando su colaboración.
- Fomentar la participación del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar en posición SemiFowler, lo más cómodo posible. En la aspiración nasal nos puede favorecer el cuello en hiperextensión y en la oral la cabeza ladeada.

Procedimiento:

- Comprobar el funcionamiento del aspirador conectándolo a la toma de vacío a una presión negativa adecuada (80 a 120 mmHg).
- Realizar limpieza externa de las fosas nasales, si precisa.
- Abrir la sonda de aspiración y colocar la conexión en "Y".
- Introducir la sonda suavemente por una fosa nasal, sin succión durante la introducción para no lesionar la mucosa, al llegar al sitio seleccionado empezar a succionar intermitentemente con movimientos rotatorios de la sonda y hacia fuera tapando el orificio de la conexión en "Y", de forma intermitente.
- Realizar el mismo procedimiento con la otra fosa nasal, cambiando de sonda.
- Para aspirar la cavidad orofaríngea se procederá del mismo modo que en el apartado anterior.
- Si se quiere entrar en bronquios: colocar la cabeza en hiperextensión y girar la cabeza hacia el lado contrario del bronquio que se quiere aspirar.
- Si el objetivo es recoger una muestra utilizaremos una sonda con reservorio.
- Al finalizar el procedimiento, lavar la sonda y el tubo aspirador con agua destilada o suero fisiológico.
- Retirar el material en los contenedores indicados.
- Retirar guantes.
- Higiene de manos.
- Dejar el equipo preparado y repuesto, en caso de urgencia debe estar todo a mano.

Consideraciones especiales:

- No efectuar aspiraciones superiores a 15 segundos por la hipoxia que se puede producir en el paciente.
- Dejar al paciente descansar entre una aspiración y la siguiente si son necesarias más de una.
- Si el paciente tose, podría indicar que la sonda está en tráquea.
- En caso de aspiración oral y nasal empezar primero por la nariz.
- No realizar aspiraciones tras la ingesta.
- Si el paciente colabora, se le invita a toser durante el procedimiento.
- Si el paciente está con aporte de oxígeno, se colocará durante los 5 minutos previos y posteriores a la aspiración a una concentración del 100%.
- Valorar la reacción del paciente a la técnica, observando su color, ritmo cardiaco y ruidos respiratorios.
- Si durante el procedimiento el paciente sufriese episodio de broncoespasmo o bradicardia, se retirará la sonda rápidamente y se administrará oxígeno.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias que hayan ocurrido durante el mismo.
- Respuesta del paciente y su efectividad.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Aspiración de Secreciones Por Tubo Endotraqueal o Traqueotomía	Procedimiento N° P.G. – F.2.

Definición:

Extracción de secreciones de la tráquea o bronquios a través de una sonda que se introduce por el tubo endotraqueal o por un estoma traqueal.

Objetivos:

- Mantener permeable la vía aérea y favorecer el intercambio gaseoso.
- Evitar la aparición de infecciones respiratorias por acumulo de secreciones.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería (supervisados)

Material:

- Aspirador.
- Sondas de aspiración de punta roma.
- Mascarilla.
- Guantes estériles.
- Conexión en “Y”.
- Agua destilada o suero fisiológico.
- Recipiente con antiséptico a muy baja concentración
- Ambú conectado a O2 a 15 litros por minuto, si precisa.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes estériles.
- Colocación de mascarilla.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Información de la técnica incluso aunque parezca estar inconsciente o no comprenda lo que se le diga.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocación en posición semi-incorporada, lo más cómodo posible.

Procedimiento:

- Comprobar el aspirador conectado a la toma de vacío a una presión adecuada (80 a 120 mmHg), comprobar además con el antiséptico diluido a muy baja concentración que la aspiración sea suave.
- Colocar la sonda con la conexión en “Y” a la toma de vacío sin retirar el envoltorio.
- Colocarse guantes estériles.
- Introducir la sonda suavemente, sin succión, por el tubo o cánula, taponar con el dedo pulgar de forma intermitente el extremo libre de la conexión para producir el vacío. Cuando lleguemos a un tope retirar un poco para evitar posibles traumatismos y empezar a succionar intermitentemente con movimientos rotatorios de la sonda y hacia afuera.
- Si el paciente tiene una traqueotomía y las secreciones son muy espesas o presenta tapones es aconsejable retirar la cánula interna o camisa y proceder con instilaciones de suero fisiológico y bolseadas de ámbu.
- Desechar la sonda y lavar la tubuladura que conecta la “Y” con el sistema de aspiración en la solución antiséptica.
- Aspiración orofaríngea al terminar el procedimiento con una sonda limpia
- Tras el procedimiento colocar al paciente en una posición adecuada y cómoda.
- Retirar el material en los contenedores adecuados.
- Retirar guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- El tiempo de la técnica de aspiración no debe ser superior a 10 segundos.
- Se utilizará una sonda nueva en cada aspiración.
- Si el paciente se encuentra conectado a oxigenoterapia se procederá a aumentar la concentración de O₂ cinco minutos antes y cinco minutos después de la aspiración.
- Evitar realizar la técnica tras la ingesta.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora en que se realiza el procedimiento.
- Aspecto y cantidad de las secreciones.
- Incidencias que hayan ocurrido durante el mismo.
- Respuesta del paciente al procedimiento, si procede.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Fisioterapia Respiratoria	Procedimiento N° P.G. – F.3.

Definición

Conjunto de técnicas para ayudar al paciente a expulsar las secreciones de la vía aérea y facilitar la expectoración y/o aspiración de las mismas, si la capacidad para toser del paciente es ineficaz.

Las distintas modalidades que incluye son:

- **Nebulización:** Introducción en los pulmones de micro partículas de suero fisiológico o agua que pueden ir acompañadas de algún producto farmacológico para fluidificar las secreciones.
- **Drenaje postural:** Técnica que trata de facilitar a través de la posición del paciente que las secreciones pulmonares drenen pasivamente, para que pueda expulsarlas al exterior con la tos o bien mediante la aspiración de las mismas.
- **Percusión torácica: (Clapping):** Se trata de golpear rítmicamente según la zona a drenar con las manos huecas.
- **Vibración:** Compresión intermitente de la pared torácica durante la espiración para aumentar la velocidad del aire expulsado.
- **Tos y expectoración:** Intento de expulsar las secreciones mediante la acción voluntaria de toser.

Objetivos:

- Fomentar la eliminación de las secreciones respiratorias por medios físicos evitando su acumulo.
- Disminuir el trabajo respiratorio, a través de la disminución de las resistencias bronquiales.
- Alcanzar y mantener la rehabilitación funcional y evitar la disfunción del aparato respiratorio.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de enfermería.

Material:

- Nebulizadores (suero fisiológico, mucolíticos, según indicación).
- Aspirador.
- Guantes no estériles.
- Toallitas de papel.
- Bolsa para residuos.

- Saturómetro
- Tubo de oxígeno (debidamente armado)
- Máscara o nariguera
- Estetoscopio

Ejecución:

Preparación del personal:

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia sobre los distintos procedimientos.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Inducir al paciente, previamente al inicio de las maniobras, a realizar inspiraciones profundas, mantener la respiración 2 segundos y toser varias veces de forma sucesiva.
- Colocar al paciente en la postura de drenaje idónea más cómoda teniendo en cuenta el segmento a drenar y la posición que pueda tolerar.

Procedimiento:

Nebulización: Administrar siempre antes de realizar la percusión.

- Cargar el fármaco en la jeringa.
- Poner la solución medicamentosa prescrita en el recipiente nebulizador.
- Conectar el flujómetro a la toma de oxígeno.
- Conectar un extremo de la alargadera al flujómetro y el otro extremo al recipiente nebulizador.
- Colocar al paciente semi-sentado (si es posible) para facilitar al máximo la expansión torácica.
- Regular el flujo de oxígeno/aire (litros/minuto) hasta observar la salida de la solución nebulizada.
- Acoplar la mascarilla al paciente y mantener el nebulizador en posición vertical.
- Pedir al paciente que inspire profundamente y retenga el aire (unos 5 segundos) antes de espirar, realizando aproximadamente unas 10 inspiraciones por minuto.
- Pasado el tiempo prescrito de tratamiento cerrar la salida de oxígeno/aire.
- Realizar higiene bucal.
- Acomodar al paciente.
- Retirar, limpiar y secar el equipo.
- Higiene de manos.

Drenaje postural: Durante el drenaje postural se puede aplicar tanto la percusión como la vibración, si las secreciones son muy espesas, sobre todo en los casos que el paciente no pueda colaborar. Las posturas de drenaje aconsejadas son el decúbito supino y los decúbitos laterales siempre que el paciente los tolere.

- Colocar al paciente en la posición adecuada, según el segmento a drenar.
- Dicho segmento deberá tener una posición más elevada, con relación al bronquio principal.

- Realizar 2-3 veces al día y nunca después de las comidas.
- Es conveniente una buena hidratación general del paciente.
- Dejar al paciente en la posición específica al menos diez minutos, valorando su nivel de tolerancia y alteración de signos vitales.

Percusión y vibración:

- Colocar al paciente en igual posición que la empleada para el drenaje postural correspondiente.
- Mantener la zona que hay que percutir cubierta con el pijama, si se considera oportuno.
- Con las manos en forma de cuenco y los dedos unidos, hacer percusión mediante flexión y extensión de la muñeca, con el codo y el hombro relajados, progresando, desde las bases pulmonares hacia las zonas apicales e indicando al paciente que realice simultáneamente inspiraciones y espiraciones lentas y profundas.
- Aplicar presiones vibratorias intermitentes en la pared torácica durante la espiración.
- Realizar la percusión de modo lento y rítmico, durante 3 ó 4 minutos y tantas veces como sea necesario.
- Acomodar al paciente.
- Realizar higiene bucal.
- Higiene de manos.

Tos y expectoración:

- Elevar la cama de 30° a 45°, o sentar en el sillón, según sea más cómodo para el paciente.
- Suministrar pañuelos de papel.
- Colocar al paciente en una posición cómoda y confortable, con la cabeza flexionada ligeramente hacia delante, los hombros dirigidos hacia dentro.
- Animar al paciente a realizar una inspiración lenta y profunda por la nariz, manteniendo la respiración durante unos segundos. Durante la fase espiratoria pedir al paciente que tosa de forma enérgica para facilitar la expectoración.
- Valorar la eficacia de la tos; ésta se caracteriza por un sonido grave y profundo, mientras que una tos ineficaz tiene un sonido agudo
- Auscultar los pulmones para corroborar si quedan secreciones.
- Repetir esta maniobra respiratoria durante cinco minutos.
- Realizar la higiene bucal.
- Acomodar al paciente.
- Higiene de las manos.

Consideraciones especiales:

- Vigilar atentamente las conexiones de los sistemas de oxigenación sobre todo en pacientes intubados.
- No golpear sobre botones, broches o cierres.
- La fisioterapia respiratoria debe ser realizada con cautela o incluso contraindicada en los siguientes casos:
 - Pacientes con coagulopatías.
 - Estado asmático.
 - Estado epiléptico.
 - Postoperatorio de cirugía cráneo-encefálica.

- Aumento de la presión intracraneal.
- Hemoptisis.
- Neumotórax.
- Bullas (agitación) enfisematosas.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Firma, fecha y hora de la realización de la técnica.
- Técnica aplicada y la efectividad de la misma.
- Reflejar características de las secreciones (aspecto, color, olor, cantidad).
- Cualquier anomalía observada en la zona tratada o durante el procedimiento (enrojecimiento, presencia de lesiones, ulceraciones, grietas, etc.).

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Lavado Gástrico	Procedimiento N° P.G. – F.4.

Definición:

Inserción hasta el estómago de una sonda, de calibre grueso y multi-perforada en su extremo distal, para evacuar tóxicos o cualquier otro tipo de sustancia mediante la irrigación y aspiración de pequeños volúmenes de solución salina o agua tibia (37°C).

Objetivos:

- Eliminación de la vía digestiva de sustancias tóxicas.
- Limpieza gástrica en la preparación de procedimientos quirúrgicos urgentes.
- Evacuación de coágulos en sangrado digestivo.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería (supervisado).

Material:

- Sonda nasogástrica de calibre grueso, teniendo en cuenta la edad del paciente.
- Jeringa de 50 cc.
- Solución salina o agua tibia, según lo indicado. (37°).
- Lubricante hidrosoluble.
- Estetoscopio.
- Recipiente para recogida de líquidos extraídos.
- Gasas.
- Guantes no estériles.
- Equipo de aspiración.
- Soporte para goteo.
- Pinzas para clampar, tipo Kocher.
- Carbón activado, catárticos o sustancias para el control del sangrado, según indicación.
- Preparar sonda de aspiración y aspirador.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- Retirar prótesis dentales, si las tuviera.
- Verificar que no exista deterioro del nivel de conciencia.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Colocar al paciente en la posición correcta:
Para la inserción de la sonda colocar sentado si el paciente está consciente y decúbito lateral izquierdo si está obnubilado o en coma.
Para realizar el lavado colocar en decúbito lateral izquierdo y en Trendelenburg.
- Inmovilizar correctamente, si fuera preciso.

Procedimiento:

- Medir la longitud de la sonda que es necesario introducir: Desde el lóbulo de la oreja a la punta de la nariz y de ésta al extremo del apéndice xifoides, y marcar esta distancia en la sonda.
- Lubricar la porción distal.
- Introducir la sonda por vía orogástrica, dirigiendo la sonda hacia abajo y hacia atrás en dirección a la faringe, de forma suave y continua y recomendando al paciente que trague para facilitar su avance.
- Comprobar la ubicación de la sonda, aspirando el contenido gástrico o inyectando 20 a 30 mL de aire con una jeringa mientras se ausculta el burbujeo de aire sobre el epigastrio.
- Aspirar con la jeringa el mayor contenido gástrico posible, reservando una muestra para su posterior análisis toxicológico (en caso de tóxicos).
- Cargar la jeringa e instilar suavemente la solución indicada a través de la SNG (150-200ml en adultos y 10 a 15 mL/Kg en niños).
- Masajear suavemente el epigastrio para favorecer la dilución del tóxico con el líquido.
- Aspirar y eliminar el contenido extraído o conectar a una bolsa, situándola por debajo del nivel del estómago.
- Medir el volumen del líquido extraído. Debe ser aproximadamente igual al instilado.
- Continuar el procedimiento hasta que el contenido evacuado salga limpio, un máximo de 10 veces para evitar intoxicación hídrica.
- La eficacia del lavado se puede complementar con la adición de soluciones especiales (carbón activado, catárticos, sustancias para el control del sangrado) si estuvieran indicadas.
- Clampar la sonda en su porción proximal y retirar.
- Volver a conectar la sonda a aspiración si está indicado o a una bolsa.
- Asegurar que el paciente quede limpio y lo más cómodo posible.
- Retirar el material en los contenedores adecuados
- Retirar los guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- No forzar la solución. Si se observa obstrucción movilizar la sonda o cambiarla si es necesario.
- En caso de que el paciente haya ingerido sustancias ácidas o básicas, el lavado gástrico está contraindicado.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización del procedimiento.
- Tipo de solución empleada, cantidad y temperatura.
- Balance de entrada y salida de líquido.
- Características del líquido extraído.
- Respuesta y evolución del paciente.
- Problemas presentados durante el procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Paracentesis	Procedimiento N° P.G. – F.5.

Definición:

Técnica invasiva que consiste en la punción percutánea de la cavidad abdominal para obtener líquido peritoneal.

Objetivos:

Fines diagnósticos:

- Obtener una pequeña muestra de líquido acumulado en la cavidad peritoneal para su estudio macroscópico y de laboratorio (análisis bioquímico, citológico y microbiológico).

Fines terapéuticos:

- Drenar líquido acumulado en exceso dentro de la cavidad peritoneal, para disminuir la compresión abdominal y mejorar los trastornos circulatorios derivados de la ascitis.

Personal:

- Médico.
- Lic. en enfermería (Asistente)
- Enfermera (Asistente)

Material:

- Campos estériles.
- Bata estéril.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Jeringas.
- Catéteres de punción abdominal, preferentemente con dispositivo de bioseguridad.
- Tubos estériles.
- Frascos de aspiración (terapéutica).
- Sistema de extracción de vacío (terapéutica).
- Tubos de analítica.
- Anestésico local.
- Agujas intramuscular y subcutánea.
- Apósito adhesivo.
- Solicitud de pruebas por escrito.
- Etiquetas identificativas.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento que se le va a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Pedir al paciente que vacíe la vejiga antes del procedimiento.
- Tomar constantes vitales en paracentesis terapéutica.
- Medir perímetro abdominal, en la paracentesis terapéutica.
- Colocar al paciente en la posición adecuada. Posición decúbito supino o ligeramente lateralizado hacia la izquierda con elevación del cabecero 30-45°, según tolerancia del paciente.

Procedimiento:

- Preparar el campo estéril con todo lo necesario.
- Descubrir el abdomen y aplicar antiséptico en la zona a puncionar, comenzando por la zona de punción y con movimientos circulares desde el centro a la periferia. Dejar secar.
- Proporcionar al médico el material que necesite durante el desarrollo del procedimiento.
- Preparar los tubos para la recogida de muestras.
- Si la paracentesis es evacuadora (terapéutica), controlar que el drenado del líquido sea lento y continuo.
- Controlar las constantes vitales durante y al finalizar la paracentesis, si es terapéutica.
- En la paracentesis evacuadora medir la cantidad de líquido extraído y el perímetro abdominal tras la evacuación.
- Tras la retirada del catéter aplicar un apósito sobre la zona de punción.
- En paracentesis evacuadora (terapéutica), mantener al paciente en cama durante una hora aproximadamente, en decúbito lateral derecho, iniciando la deambulación de forma progresiva según estado general.
- Identificar las muestras que deban ser remitidas y enviarlas al servicio que corresponda.
- Retirar el material en los contenedores indicados.
- Retirar guantes.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Controlar el manchado del apósito periódicamente, valorando la cantidad y el color del líquido drenado.
- Cambiar el apósito si precisa.

- Valorar signos de hemorragia tras el procedimiento.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Constantes vitales, en paracentesis terapéutica.
- Cantidad de líquido que se evacua.
- Perímetro abdominal antes y después de la evacuación.
- Si se administra medicación, anotar dosis y hora.
- Muestras remitidas.
- Incidencias durante la realización del procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado, si procede.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Vendaje, Colocación y Cuidados	Procedimiento N° P.G. – F.6.

Definición:

Consiste en envolver una extremidad u otras partes del cuerpo con vendas o similares, proporcionar los cuidados necesarios y evitar complicaciones.

Objetivos:

- Aislar las heridas del medio exterior y evitar su contaminación.
- Limitar el movimiento de una articulación.
- Fijar férulas y apósitos.
- Ejercer presión.
- Favorecer el retorno venoso de las extremidades.
- Dar sostén a alguna parte del cuerpo.
- Conseguir un correcto manejo y mantenimiento de los mismos para favorecer su permanencia el tiempo necesario y evitar complicaciones.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliar en Enfermería.

Material:

- Vendas de diferentes tipos y tamaños (elásticas, algodón, de hilo...).
- Gasas, apósitos y tijeras.
- Caja de curación (si fuera necesario).
- Guantes, si está indicado.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

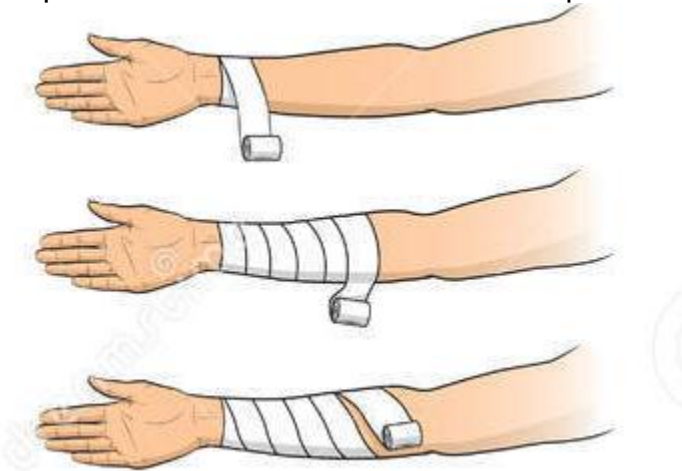
- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y/o familia sobre el procedimiento y objetivo del mismo.
- Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Indicar la posición que debe adoptar, debiendo ser cómoda para él y facilitadora para la enfermera.

Procedimiento:

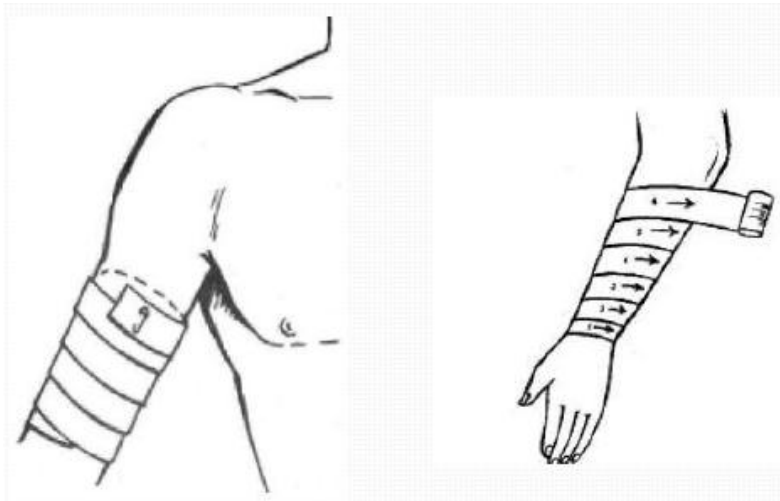
- La parte del cuerpo a vendar se colocará en una posición funcional y las articulaciones ligeramente flexionadas.
- Cerciorarse de que la zona en que aplicará el vendaje se encuentre limpia y seca.
- Si hay herida, curarla antes de aplicar vendaje.
- Retirar anillos de la extremidad a vendar e indicar que no se han de volver a colocar hasta la retirada definitiva del vendaje.
- Comenzar el vendaje sujetando el rollo en una mano y el extremo inicial en la otra.
- La venda debe desenrollarse siempre de izquierda a derecha (en personas diestras).
- Iniciar el vendaje desde la zona distal hacia la proximal y de la cara interna hacia la externa.
- Aplicar el vendaje de forma homogénea, ejerciendo la presión idónea dependiendo del tipo de vendaje.
- Almohadillar las prominencias óseas.
- Si se trata de sujetar un apósito, cubrir éste con el vendaje sobrepasando el borde al menos en 5 cm a cada lado.
- Finalizar el vendaje en una zona alejada de la lesión y sujetar con broches o alfileres de gancho.
- Preguntar al paciente si siente molestias en algún punto el vendaje.
- Higiene de manos.

Tipos de vendajes

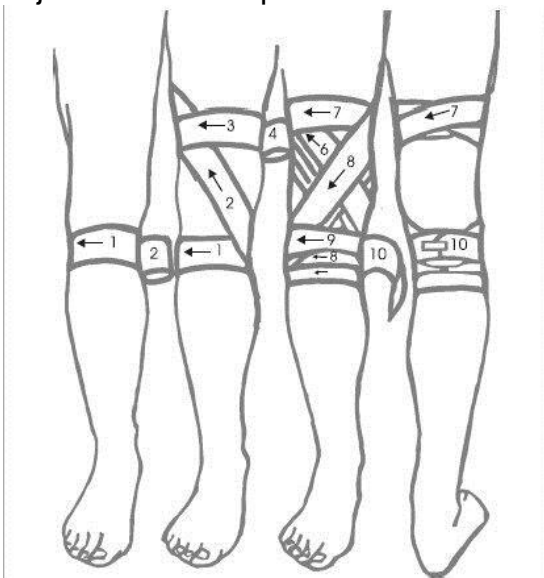
- **Vendaje circular:** Utilizado para fijar el extremo inicial y final de una inmovilización, para fijar un apósito y para iniciar y/o finalizar un vendaje. Cada vuelta rodea completamente a la anterior. Su función: protectora o de sujeción.



- **Vendaje en espiral:** Utilizado generalmente en las extremidades; se suele emplear venda elástica porque se adapta mejor a la zona a vendar. Iniciar el vendaje siempre de la parte más distal a la proximal (de dedos a corazón). Cada vuelta de la venda cubre parcialmente la mitad o dos tercios de la vuelta anterior y se realiza ascendente con un ángulo de 30° aproximadamente algo oblicua al eje de la extremidad. Su función: de protección o compresiva.



- **Vendaje en 8:** Se utiliza en las articulaciones (tobillo, rodilla, muñeca y codo, hombros), ya que permite a éstas tener cierta movilidad. Colocar la articulación en posición funcional y efectuar dos vueltas circulares por debajo de la articulación. A continuación se da una vuelta ascendente anterior hasta quedar encima de la articulación y se continúa descendente posterior (en forma de 8) hasta la vuelta anterior, cubriendo la mitad o dos tercios de la misma. Su función: protectora, de sujeción o de compresión.

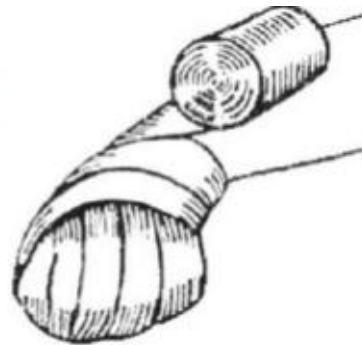
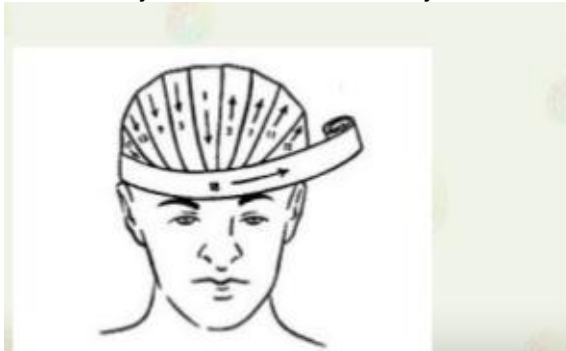


- **Vendaje en espiga:** Se utiliza en las extremidades. Comenzar siempre por la parte más distal:

- Primera vuelta: con una inclinación de 45° en dirección a la raíz del miembro.
- Segunda vuelta: sobre la primera con una inclinación invertida (45° en dirección contraria a la anterior).
- Tercera vuelta: como la primera pero avanzando unos centímetros hacia la raíz del miembro, y así sucesivamente, hasta completar el vendaje que al terminar queda con aspecto de "espiga".



- **Vendaje de vuelta recurrente:** Se usa en las puntas de los dedos, la cabeza (capelina) y muñones. Comienza con dos vueltas circulares en la zona proximal, a continuación se dobla perpendicularmente para cubrir la zona distal de anterior a posterior, cada vuelta se sigue de una circular proximal para fijarla y cubre parte de la anterior. Su función: protectora, de sujeción o de compresión. Dejar los dedos libres y vigilar la aparición de hinchazón, cianosis o frialdad. En este caso, aflojar o retirar el vendaje.



Cuidados en los vendajes

- Movilizar continuamente las partes distales a la zona vendada para mejorar la circulación sanguínea.
- Mantener las extremidades elevadas, por encima del nivel cardiaco para mejorar el retorno venoso y evitar la aparición de edemas. En caso de que la zona vendada sea tórax o cabeza, la postura idónea es la sedestación (sostenerse sentado). Si la zona es el abdomen, colocar en ligero trendelemburg.
- Controlar la posible aparición de signos y síntomas de afectación neurovascular. Para ello, palpar los pulsos distales comprobando que estén conservados, observar la coloración y explorar la sensibilidad y movilidad.
- Si observamos alteración en la coloración, existen dos posibilidades según aspecto y origen:

- Si aparece cianosis, significa que la compresión venosa es excesiva, se comprueba si la postura de la zona es adecuada, y pautamos los ejercicios de movilización distal. Si persiste, debe cambiarse el vendaje.
- Si aparece palidez, indica una compresión arterial, lo que haría necesario retirar el vendaje y colocarlo de nuevo con menor nivel de compresión.
 - La alteración de la movilidad significa posible compresión de las fibras nerviosas motoras. Indica que el vendaje debe ser sustituido por otro menos compresivo.
 - La alteración de la sensibilidad se debe a la compresión de las fibras nerviosas sensitivas, lo que igualmente requiere recambio de vendaje.
 - Vigilar molestia o dolor en las zonas de prominencia ósea por la posible aparición de lesiones, se debe cambiar el vendaje aplicando mayor protección o almohadillado en la zona dolorosa.
 - Mantener seco el vendaje para evitar maceración, si se moja debe ser cambiado.
 - En el caso de vendajes elásticos en los que el paciente debe retirarlo por la noche para dormir, instruir al paciente y/o familia de cómo colocarlo.
 - Recordar al paciente que el vendaje puede provocarle limitación de movimientos.
 - Indicarle que debe vigilar la aparición de hinchazón, cianosis o frialdad y en caso de presentarse consultar al enfermero.

Consideraciones especiales:

- Evitar el contacto de dos superficies cutáneas entre sí (espacios interdigitales mamas, axilas, ingles...) para evitar maceración y/o ulceración de la piel.
- No hacer inversos en ningún tipo de vendajes, ya que realizaría más presión sobre un punto pudiendo provocar una herida.
- En caso de lesión traumática es normal que en los días posteriores a la colocación del primer vendaje, la inflamación ceda en la zona lesionada, lo que hace que el vendaje quede suelto disminuyendo su presión y con ello su efectividad, por lo que precisaría la retirada del mismo y la aplicación de uno nuevo.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado
- Firma, fecha y hora de realización.
- Tipo de vendaje y de venda utilizada.
- Cualquier observación relacionada con la técnica.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Realización de Electrocardiogramas	Procedimiento N° P.G. – F7.

Definición:

El electrocardiograma (ECG) es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, detectada a través de una serie de electrodos, colocados en la superficie corporal y conectada a un electrocardiógrafo. Se obtienen así 12 derivaciones, seis frontales y seis precordiales, que proporcionan información de distintos puntos del corazón. Algunas veces, este examen se lleva a cabo mientras uno realiza ejercicios o está bajo un estrés mínimo con el fin de monitorizar cambios en el corazón. Este tipo de ECG a menudo se denomina prueba de esfuerzo (ergometría).

Objetivos:

- Obtener un registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, mediante un electrocardiógrafo para identificar alteraciones anatómicas, metabólicas, iónicas y hemodinámicas.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de Enfermería.

Material:

- Camilla o cama.
- Electrocardiógrafo.
- Cable con cuatro terminales de extremidades y seis torácicas.
- Electrodos (desechables o de ventosa).
- Gel conductor y/o solución salina.
- Toallas de papel.
- Maquinilla de rasurar desechable (si fuese necesario).
- Papel milimetrado.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.
- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.

- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Crear un ambiente de intimidad adecuado para el paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino, asegurándose que no esté en contacto con superficies ni objetos metálicos.
- Pedir y/o ayudar al paciente a descubrirse el tórax, tobillos y muñecas así como a desprenderse de cualquier objeto metálico que pudiera estar en contacto con los electrodos (relojes o pulseras) para garantizar la calidad del registro.
- Valorar el estado de la piel y si hay restos de lociones corporales, limpiar con alcohol y secar la zona.
- Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.

Procedimiento:

- Aplicar gel electrolítico en las zonas de colocación de los electrodos (ambos son buenos conductores).
- Colocar los cuatro electrodos periféricos en las muñecas y tobillos del paciente. Los electrodos deben aplicarse en superficies carnosas, evitando las prominencias óseas, las superficies articulares y las zonas de vello abundante. En pacientes amputados colocar el electrodo correspondiente en la parte más distal disponible, si no fuera posible, se colocarán en el tronco, cerca de la zona amputada.
- Conectar cada uno de los cables a su electrodo periférico correspondiente. El extremo de cada cable está rotulado con las siglas y el código de color de identificación:
 - RA (right arm o brazo derecho) o rojo al electrodo de la muñeca derecha.
 - LA (left arm o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda.
 - LL (left leg o pierna izquierda) o verde al electrodo del tobillo izquierdo.
 - RL (right leg o pierna derecha) o negro al electrodo del tobillo derecho.
- Valorar el estado de la piel en la zona precordial. Si hay restos de lociones corporales se deben limpiar y secar. Rasurar si existe abundante vello.
- Colocar los electrodos precordiales, contando de forma manual los espacios intercostales en el paciente. Si son electrodos con sistema de vacío (ventosas), apretar la pera, colocar sobre la piel y soltar; si son autoadhesivos, despegar la cubierta protectora y aplicar sobre la piel en las siguientes zonas:
 - V1. Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.
 - V2. Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.
 - V3. Equidistante entre V2 y V4.
 - V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea medioclavicular.
 - V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior, al mismo nivel que V4 o en el mismo plano horizontal que V4.
 - V6 Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media, al mismo nivel que V4 o en el mismo plano horizontal que V4.
- Seleccionar la velocidad estándar (25 mm/segundo) y el voltaje a 1mV. (10mm/mV).
- Seleccionar modalidad manual o automática. Si la modalidad es manual se obtendrán tres o cuatro complejos de cada derivación.

- Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
- Si la calidad no es adecuada, repetir el trazado correspondiente.
- Al finalizar el registro pagar el electrocardiógrafo y retirar los electrodos.
- Eliminar el exceso de pasta conductora en el tórax y extremidades del paciente.
- Indicar y/o ayudar al paciente a vestirse dejándolo en una posición cómoda y adecuada.
- Identificar el trazado obtenido con los datos de filiación del paciente, fecha, hora y si existe o no dolor precordial o dificultad respiratoria.
- Incorporar el registro a la historia clínica del paciente.
- Higiene de manos.

Consideraciones especiales:

- Es recomendable que la temperatura de la habitación sea agradable (el temblor muscular puede interferir el registro de la señal eléctrica).
- Si el paciente ha realizado ejercicio o ha tomado algún producto estimulante/excitante poco antes de la prueba, se puede alterar el registro; anotar para su consideración en la interpretación del resultado.
- En pacientes cardíacos, a los que se le realizan periódicamente electrocardiogramas se pueden marcar con rotulador el lugar exacto de las derivaciones precordiales para mejor valoración de posibles cambios.
- Siempre es aconsejable realizar tira larga (15 segundos) en derivaciones I, II o III, siendo imprescindible ante la presencia de arritmias, como se indica en el procedimiento.
- Dependiendo de la situación clínica puede estar indicado el registro de derivaciones adicionales:
 - V7. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar posterior.
 - V8. Quinto espacio intercostal izquierdo, debajo del ángulo del omoplato izquierdo línea escapular media izquierda.
 - V9. En el 5EIC, Línea paravertebral izquierda.
 - Derivaciones derechas (V3R A V9R). En el lado derecho del tórax, en la posición correspondiente a sus equivalentes del lado izquierdo.
 - Si se detectaran anomalías en el trazado electrocardiográfico, no retirar el equipo y avisar al médico.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- La respuesta del paciente al procedimiento.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Cuidados De Enfermería En Afecciones Del Sistema Tegumentario	Procedimiento N° P.G. – F.8.

Conceptos generales:

El sistema tegumentario está formado por la piel y los anexos o faneras (uñas, pelos, pestañas, etc.).

La piel es el órgano de mayor extensión en el cuerpo y consiste en una envoltura resistente y flexible, cuyo epitelio de revestimiento se continúa con los de los sistemas respiratorio, digestivo y génito-urinario, a nivel de sus orificios externos.

El organismo necesita un sistema especial de protección o sistema tegumentario que lo proteja de la agresión constante que proviene del medio ambiente externo.

Las formas de agresión a las que está expuesto el organismo son múltiples y de diverso origen (radiaciones solares, temperatura, golpes, gérmenes patógenos).

La piel es un gran órgano laminar o membranoso, que recubre toda la superficie externa del cuerpo separando al individuo del medio ambiente externo y defendiéndolo de sus agresiones.

Por ser el órgano más visible proporciona importante información acerca del estado de salud del mismo y de otros, como el hígado; si la piel presenta coloración amarilla se nota trastornos en el mismo.

También por su extensión es el órgano más vulnerable por estar expuesto a infecciones, tóxicos químicos y rayos ultravioleta.

Las principales funciones que desempeña son:

1.- Protección. La piel evita la entrada de gérmenes patógenos, al ser semipermeable al agua y a drogas de uso externo.

2.- Regulación térmica. Ayuda a conservar la temperatura corporal.

3.- Excreción. La realiza mediante el sudor.

4.- Síntesis. En la piel se sintetiza la vitamina D y la melanina.

5.- Discriminación sensorial. Debido a que la piel posee los receptores para el tacto, la presión, el calor, el frío y el dolor, mantiene una información al individuo sobre el medio ambiente que lo rodea.

Las faneras, como estructuras, contribuyen también a las funciones de la piel ya mencionadas. Entre otras estructuras tenemos: el pelo, las uñas y las glándulas sudoríparas y sebáceas.

Estructura histológica de la piel

En la piel podemos distinguir tres capas:

1.- Epidermis: es la parte más superficial de la piel y está constituida por un tejido epitelial estratificado plano con queratina, donde se pueden apreciar varias capas o estratos que, en dependencia de su mayor o menor desarrollo, permiten clasificar la piel en gruesa y delgada.

La piel gruesa se halla en las palmas de las manos y las plantas de los pies y se caracteriza por presentar una capa gruesa de queratina y por poseer una capa denominada lúcida que no existe en la piel delgada. La piel delgada también presenta queratina, pero en ella el grosor de la capa de queratina es mucho menor.

2- Dermis: Es la capa de la piel sobre la cual "descansa" la epidermis; también se denomina corion. Es una capa de tejido conjuntivo constituida por dos regiones bien delimitadas: capa papilar y capa reticular. Se dispone en forma laminar y es más gruesa y resistente que la epidermis.

3.- Hipodermis: También se la denomina subcutis. El tejido subcutáneo es predominantemente de tejido conectivo laxo areolar. La hipodermis es como un sistema de lóbulos adiposos, por las paredes de estas cámaras adiposas cursan vasos y nervios los cuales están sostenidos por fibras colágenas, elásticas y reticulares.

El conjunto de lóbulos adiposos y glándulas contenidas en la hipodermis constituyen el llamado panículo adiposo. La hipodermis es un depósito de grasa y agua para el organismo. Es una almohadilla que absorbe golpes, contusiones y presiones.

Observaciones:

Durante la curación de herida deben recordarse los siguientes principios:

1. La piel y las mucosas alojan microorganismos.
2. Cualquier microorganismo se considera patógeno dependiendo del sitio donde se encuentre.
3. Todo microorganismo requiere de condiciones húmedas para reproducirse. La humedad facilita la reproducción y movimiento de los microorganismos.
4. La sangre transporta materiales que nutren y reparan los tejidos.
5. Para realizar una curación de herida se deben aplicar los principios de asepsia los cuales dicen:
 - Un objeto estéril se contamina cuando toca a otro que no lo está.
 - Los materiales estériles se contaminan cuando se humedecen.
 - No se debe hablar, toser o estornudar o pasar la mano sobre el campo estéril
 - No debe dársele la espalda al campo estéril
 - 2.5 centímetros del borde hacia adentro del campo se considera contaminado
 - Las corrientes de aire acarrear microorganismos.
 - El material debe colocarse en una superficie de la cintura hacia arriba.
6. La herida quirúrgica limpia, sana por sí misma, en un lapso de dos semanas.
7. El estado físico, edad de usuario, el tamaño y la localización de la herida afectan el tiempo de cicatrización.
8. Las heridas de cara y cabeza sanan más rápido que las del abdomen y piernas.
9. Al aplicar apósitos con vendas, debe cuidarse de no afectar la circulación ni la sensibilidad.
10. En el post- operatorio generalmente, el primer apósito lo retira el cirujano.

Riegos relacionados con el procedimiento:

El no aplicar los principios de la técnica Médica y Quirúrgica.

Infección de la herida.

Procedimiento: Curación de heridas

Definición:

Es la remoción de sustancias de desecho de una herida con el fin de evitar infecciones y favorecer la cicatrización.

Objetivo:

- Favorecer la cicatrización tisular.
- Prevenir la infección local y generalizada en el paciente
- Estimular la cicatrización y lograrla en el menor tiempo posible.
- Evitar secuelas y optimizar resultados estéticos.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermeros.
- Auxiliar de enfermería (supervisados)

Material:

Parte superior del carro para curación:

- Bandeja
- 1 Lt o más con agua estéril o suero fisiológico.
- Jabón líquido antiséptico.
- Torundas de gasa.
- Ungüentos o cremas.
- Equipo de curación: una pinza disección sin dientes, dos pinzas hemostáticas, tijera estéril punta roma.
- Frasco con alcohol al 70%.
- Apósitos
- Gasas
- Campo estéril
- Equipo de protección personal.

En la parte inferior del carro:

- Riñonera con solución desinfectante.
- Tijera punta roma estéril.
- Recipiente con bolsa roja

Ejecución:

- Revisar o leer historia clínica del paciente.
- Verificar la indicación de medicamentos para aplicar a la herida.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente, informarle y solicitarle el consentimiento.
- Dar privacidad al paciente con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- Descubrir la zona a curar.
- Utilizar una torunda de algodón con alcohol para suavizar los vendajes adhesivos y aflojar los apósitos.

- Colocar alrededor de la zona descubierta el campo estéril.
- Colocarse el equipo de protección personal.
- Aflojar las tapas de los recipientes con las soluciones que utilizará.
- Abrir el cubre paquete de curación y con este formar el campo estéril sobre la bandeja.
- Colocar en el campo estéril las pinzas, los apósitos y otros según sea el caso.
- Ordenar las pinzas haciendo contacto solo con las asas.
- Utilizar una pinza para retirar el apósito y descartarla en la riñonera con solución desinfectante.
- Curar la herida de la siguiente forma:

1- Abrir cubre paquete de curación y con éste formar el campo estéril sobre la bandeja y sobre estas colocar pinzas y apósitos en orden

2- Proceder a curar la herida de la siguiente forma:

Heridas en forma vertical:

- Pase una torunda con jabón sobre la herida de arriba hacia abajo, luego continúe con los lados, primero el distal y después proximal de arriba hacia abajo. Las veces que considere necesario.
- Repita el paso anterior utilizando agua y luego con torundas secas.

Heridas en forma horizontal:

- Pase una torunda con jabón sobre la herida del centro hacia fuera (de lo más limpio a lo más sucio).
- Continúe con los bordes primero el distal y después el proximal, utilice las torundas que considere necesario.
- Repita el paso anterior utilizando agua y luego con torundas secas

Heridas con bordes irregulares o en forma circular:

- Curar del centro a la periferia, en un solo movimiento.
- Utilice las torundas que considere necesario.
- Pinzar una torunda de gasa
- Aplicarle jabón, antes de haber descartado una pequeña porción (si la herida está infectada o contiene restos orgánicos).
- Deslizar la torunda con jabón sobre la herida con movimiento de arriba hacia abajo.
- Utilizar otra pinza para trasladar la torunda del campo a la pinza que va a la herida; aplicarle jabón y continuar la curación por el lado distal.
- Finalizar por el lado proximal, siempre con movimiento de arrastre de arriba hacia abajo.
- Repetir los pasos aplicando agua para eliminar el jabón y para secar.
- Realizar estos pasos las veces que considere necesario, según la condición de la herida o lesión.
- Descartar las pinzas en la riñonera con solución desinfectante.

3- Descartar la pinza en la riñonera con solución jabonosa.

4- Retirar suturas si está indicado por el médico.

5- Proceder a colocar apósito de acuerdo a condición de la herida. En caso de drenaje colocar apósito, separado de la herida.

- 6- Mantener una actitud positiva con el paciente y el personal durante el procedimiento.
- 7- Orientar al paciente sobre el cuidado posterior de la herida y posibles complicaciones.
- 8- Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden
- 9- Realizar cuidado posterior al equipo.

Consideraciones especiales:

- Aplicar el ungüento sobre la herida con una espátula estéril (si está indicado) y colocar el apósito y el vendaje de acuerdo a condición de la herida.
- El equipo completo ahorra energía y tiempo.
- La identificación previene errores y la información favorece la colaboración y disminuye la ansiedad del paciente.
- La privacidad da confianza y seguridad al paciente.
- La aplicación de la técnica permite realizar un procedimiento seguro.
- Las puntas de las pinzas se mantienen siempre hacia abajo porque la gravedad hace que las bacterias, líquidos y partículas se desplacen hacia abajo.
- La limpieza de la herida promueve bienestar al paciente.
- Algunos medicamentos favorecen la cicatrización de la herida o controlan la infección.
- La desinfección del equipo usado disminuye la diseminación de microorganismos.
- El registro de información del cuidado permite el seguimiento y control.
- La comodidad contribuye al confort.
- El cuidado del equipo contribuye a su vida útil y previene infecciones.
- El registro de enfermería es un documento legal y evidencia el cuidado.
- Previa a la recolección de una muestra del exudado de la herida, se debe realizar la curación.
- El uso de jabón antiséptico en la piel no infectada puede irritar el tejido recién formado y retrasa el proceso de cicatrización.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- Sangrado local.
- Dolor.

Registro:

- Firma, fecha y hora
- Condición de la herida (sangrado, enrojecimiento, afrontamiento de los bordes, temperatura).
- Cantidad, color, consistencia y olor de líquidos drenados.

Procedimiento: Cuidado de dispositivo de drenaje a heridas

Definición:

Es el suministro de presión negativa a una la herida, a la cual se aplica un tubo de drenaje aspirativo y/o látex estéril.

Indicaciones:

- Heridas crónicas (úlceras por presión y heridas diabéticas).
- Heridas subagudas (dehiscencias quirúrgicas, grandes heridas abdominales).

Objetivo:

- Disminuir el volumen de la herida.
- Eliminar el exceso de fluidos.
- Ayudar a eliminar el fluido intersticial mejorando el flujo sanguíneo a la herida.
- Promover la granulación.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermeros.
- Auxiliar de enfermería (supervisados)

Material:

- Equipo de protección personal.

Parte superior del carro para curación:

- Bandeja
- 1 l o más con agua estéril o suero fisiológico.
- Jabón líquido antiséptico
- Torundas de gasa.
- Equipo de curación: Una pinza disección sin dientes, dos pinzas hemostáticas, tijera estéril punta roma.
- Frasco con alcohol al 70%.
- Gasas
- Campo estéril
- Vendas
- Equipo de protección personal.

En la parte inferior del carro:

- Riñonera con solución desinfectante.
- Recipiente con bolsa roja
- Campo abierto estéril.
- Tijera estéril.
- Guantes estériles.

Actividades:

- Leer historia clínica del paciente.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente o sitio donde se realizará el procedimiento.

- Identificar al paciente, informarle y solicitar el consentimiento.
- Solicitar al paciente que se coloque en la camilla o silla (ayudarlo, si es necesario), dependiendo del sitio anatómico donde se localiza la lesión.
- Dar privacidad al paciente con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- Colocarse el equipo de protección personal.
- Retirar los vendajes y apósitos si los hay. Descartar los guantes.
- Realizar higiene de manos y colocarse guantes estériles.
- Realizar la curación; seguir los pasos y principios del procedimiento.
- Curación de heridas. Utilizar jabón únicamente si la herida está infectada.
- Descartar los guantes.
- Colocarse guantes estériles.
- Colocar el campo abierto estéril sobre la zona a tratar.
- Si se trata de cuidado hacia drenajes aspirativos, desinfectar la piel cuidadosamente alrededor del tubo.
- Controlar una vez por turno, cantidad, consistencia y color de líquidos drenados y registrarlo.
- Este tipo de drenaje dura entre 48 y 72 hs.

Procedimiento: Retiro de broches y suturas

Definición:

Es el mecanismo para remover suturas y broches de una herida quirúrgica

Objetivo:

- Favorecer la granulación y cicatrización de la herida.
- Prevenir las infecciones.
- Valorar la evolución de la herida.
- Favorecer la comodidad y seguridad del paciente

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermeros.
- Auxiliar de enfermería (supervisados)

Material:

Carro para curación que contenga en la parte superior:

- Bandeja.
- Jabón líquido antiséptico
- Agua estéril o suero fisiológico.
- Torundas de gasa.
- Ungüentos o cremas (de acuerdo a indicación médica).
- Equipo de curación estéril con: una pinza de disección sin dientes, dos pinzas hemostáticas, una tijera estéril punta roma.
- Cinta hipoalergénica.
- Gasas
- Campo estéril
- Equipo para retirar suturas y broches

En la parte inferior del carro:

- Riñonera con solución desinfectante.
- Recipiente con bolsa roja-

Actividades:

- Revisar la indicación en la historia clínica.
- Preparar el equipo y trasladar al paciente a la unidad o sitio donde realizará el procedimiento.
- Identificar al paciente, informarle y solicitarle el consentimiento.
- Dar privacidad con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- Ayudar al paciente a colocarse en la posición más cómoda según sea el sitio anatómico a curar.
- Higiene de manos.
- Curar la herida según procedimiento.
- Retirar las suturas de la siguiente forma:
 - Adjuntar el equipo de retiro de suturas (contiene una pinza de disección y una tijera, que tiene una de sus hojas curva y filosa).
 - Con la pinza de disección, sujeta el nudo del hilo de sutura y jalar hacia arriba suavemente.
 - Pasar el extremo curvo y filoso de la tijera entre la piel y el hilo de sutura; accionar la tijera para cortar el hilo de la sutura y jalarla en sentido opuesto a usted.
 - Verificar que el hilo de la sutura salió completo.
 - Retirar las suturas una de por medio (o sea, una sí y otra no: no retirarlas todas, salvo indicación médica).
 - Si no está abierta la herida, completar el retiro.
- Limpiar y secar la herida si es necesario.
- Colocar el apósito si está indicado o en su defecto, dejarla sin apósito

Retiro de broches:

- Previa revisión de la indicación médica y limpieza de la herida se procede al retiro de los broches.
- El procedimiento se realiza utilizando un instrumento denominado quita broches.
- Introducir el quita broches debajo de la piel, entre la piel y el broche, en el centro del broche.
- El quita broches se introduce hasta el fondo, en un solo movimiento, ejerciendo presión; de esta manera los dientes de los broches salen de la piel por sí solos, sin maltratar al paciente.
- Limpiar y secar el área si es necesario
- Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.
- Dar el cuidado equipo posteriormente.
- Registrar en la hoja de enfermería.

Consideraciones especiales:

- El conocer el procedimiento a realizar aumenta la colaboración por parte del paciente.

- El espacio privado para realizar el procedimiento preserva los derechos del paciente y previene infecciones cruzadas.
- Las suturas se retiran una de por medio (o sea una sí y otra no, salvo indicación médica) y al día siguiente se retiran las restantes, para evitar que la herida se abra.
- Es importante verificar que los broches y suturas se retiren completamente; de lo contrario, podrían originar procesos infecciosos locales.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- Infección nosocomial.
- Dolor local.

Procedimiento: Curación de quemaduras

Definición:

Es la remoción de tejidos y exudados de lesiones producidas en los tejidos blandos a causa de exposición a calor o frío excesivo. El cuidado se aplica según el grado y el agente que originó la lesión.

Objetivos:

- Disminuir riesgo de infección.
- Valorar el tipo y grado de profundidad de la quemadura.
- Favorecer el proceso de epitelización (regeneración del apitelio sobre el tejido conjuntivo, durante la cicatrización).
- Evaluar la eficacia del tratamiento aplicado.
- Favorecer la autoestima

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermeros.
- Auxiliar de enfermería (supervisados)

Material:

Curación del paciente sin sedación.

- Carro de curación.
- Bandeja estéril.
- Agua estéril.
- Campo estéril.
- Jabón líquido antiséptico.
- Gasas estériles.
- Vendas.
- Tijera estéril.
- Tratamiento según indicación médica (analgésico, platsul, gasa vaselinada).
- Equipo de curación.
- Campo estéril.
- Cinta hipoalergénica.
- Guantes estériles.

- Barbijos.
- Botas.
- Bata estéril
- Anteojos protectores.
- Espátulas estériles
- Aceite mineral.
- Recipiente con solución desinfectante.
- Historia clínica
- Birome azul o negra
- Recipiente para descartar desechos

Actividades:

- Revisar la indicación en la historia clínica del paciente.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente; informarle según su condición y solicitarle el consentimiento.
- Dar privacidad al paciente con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- Aplicar la analgesia indicada al paciente.
- Colocar al paciente en la posición requerida para la curación.
- Lavarse las manos según procedimiento.
- Colocarse el equipo de protección personal.
- Colocarse los guantes.
- Realizar aseo personal al paciente.
- Cambiarse de guantes nuevamente.
- Humedecer los vendajes con agua estéril y retirarlos lentamente.
- Realizar la curación del área de piel quemada; seguir los pasos y principios de la curación de heridas.
- Aplicar sobre la piel lesionada el tratamiento específico indicado (platsul, gasa vaselinada, rifocina en spray, otros) con espátulas estériles.
- Cubrir la piel lesionada con gasa estéril y colocar vendaje. Registrar con firma, fecha, el turno y hora de curación.
- Medir y registrar los signos vitales.
- Dejar al paciente cómodo en su unidad y los dispositivos funcionando.
- Elaborar la hoja de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- Dar cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- Dolor intenso, pasado el efecto de la sedación.
- Reacción anafiláctica a la sedación.

Procedimiento: Curación de úlceras por presión

Definición:

Es la remoción de tejido necrótico o exudado en una zona determinada de la piel para ayudar al proceso de cicatrización de una lesión causada por inhibición del aporte sanguíneo local, como consecuencia de presión sostenida durante mucho tiempo.

Objetivos:

- Detener o controlar el proceso infeccioso.
- Disminuir el tamaño y la profundidad de la úlcera.
- Evitar inversiones costosas al paciente y a la institución.
- Agilizar el proceso de cicatrización.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermeros
- Auxiliar de enfermería (Supervisado).

Material:

- Equipo para curación.
- Caja de curación
- Guantes estériles.
- Agua estéril
- Gasa estéril.
- Jabón líquido antiséptico.
- Gasa vaselinada o yodada.
- Crema de óxido zinc.
- Rifocina en spray
- Equipo de protección personal.
- Recipiente para descartar desechos con bolsa roja.

Actividades:

- Revisar la indicación médica en la historia clínica del paciente.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente, informarle sobre el procedimiento y solicitarle el consentimiento.
- Dar privacidad al paciente con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- Lavarse las manos según procedimiento. Colocarse el equipo de protección personal.
- Retirar vendajes de la zona afectada. Si están adheridos a la piel, mojar con agua estéril o solución fisiológica.
- Valorar y clasificar cuidadosamente la lesión en grados I, II, III, IV.
- Retirarse los guantes.
- Realizar higiene de manos y colocarse nuevamente los guantes.
- Obtener una muestra del exudado con los aplicadores. Depositarla en el tubo de ensayo. Seguir los pasos y principios de la obtención de muestras para cultivo.
- Curar minuciosamente la lesión. Seguir los pasos y principios del procedimiento de curación de heridas.
- Seleccionar el material debridante, para eliminar exudados o cicatrizante, según lo requiera la lesión.
- Colocar el material elegido sobre la lesión. Aplicar vendajes si es necesario.
- Informar al paciente los cuidados que debe tener según el material aplicado.
- Rotular con los datos de identificación del paciente la muestra obtenida y enviarla al laboratorio para el estudio de cultivo.

- Dar cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas.
- Elaborar la hoja de enfermería siguiendo criterios de calidad establecidos y anotar la clasificación y las características de la úlcera.

Consideraciones especiales:

- La clasificación correcta del grado de estadio de la úlcera permite orientar el tratamiento a instaurar.
- La selección del material adecuado favorece el éxito del tratamiento.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

Dolor local severo.

Procedimiento: Muestra para cultivo de secreción de heridas o úlceras.

Definición:

Consiste en obtener una muestra del exudado de la herida para estudio bacteriológico.

Objetivos:

- Obtener muestra de las secreciones de la herida o úlcera para orientar el tratamiento.
- Aportar datos complementarios para el diagnóstico.

Personal:

- Lic. en Enfermería
- Enfermeros
- Auxiliar de enfermería (supervisados).

Material:

- Equipo de curación.
- Tijera estéril.
- Tubo de ensayo con aplicadores.
- Guantes estériles.
- Agua estéril.
- Equipo de protección personal.
- Recipiente para descartar desechos con bolsa roja

Actividades:

- Revisar la indicación en la historia clínica del paciente.
- Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Identificar al paciente, informarle sobre el procedimiento y solicitarle el consentimiento.
- Dar privacidad al paciente con biombo, cortina o cerrando la puerta.
- Descubrir el área a tratar en el paciente.
- Realizar higiene de manos y colocarse el equipo de protección personal.
- Realizar curación.

- Obtener la muestra frotando el fondo de la herida, o las áreas que desee, pasando el aplicador en forma rotatoria desde el borde interno al externo. Si es posible, extraer tejido (cortar una muestra pequeña con la tijera si es necesario).
- Colocar la muestra en el tubo de ensayo.
- Curar la herida siguiendo los pasos y principios del procedimiento de curación de heridas.
- Rotular la muestra con los datos de identificación del paciente y enviarla al laboratorio de inmediato.
- Dejar al paciente cómodo y la unidad en orden.
- Realizar el cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas.
- Elaborar la hoja de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Consideraciones especiales:

Es necesario extremar las medidas de protección personal cuando se atienden heridas muy contaminadas.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- Errores de identificación de la muestra.
- Contaminación.

Manual de Procedimiento General de Enfermería	
Vigencia: 2020	Alcance: Enfermería
Revisión:	Aprobó: Disp. Interna N°
Procedimiento Normas Básicas de Mecánica Corporal	Procedimiento N° P.G. –G.1.

Definición:

Describe una serie de pautas encaminadas al uso eficiente, coordinado y saludable del cuerpo, dirigidas a movilizar los pacientes y a llevar a cabo las actividades que entrañen un especial riesgo de lesiones músculo - esqueléticas en el trabajo.

Objetivos:

- Facilitar el uso eficiente y sin riesgo de los grupos musculares apropiados para mantener el equilibrio, disminuir la energía necesaria, reducir la fatiga y eludir el riesgo de lesiones al paciente y al equipo.
- Potenciar la autonomía del paciente, asistiéndolo de forma pasiva solo cuando sea estrictamente necesario, buscando siempre su colaboración.

Personal:

- Lic. en enfermería
- Enfermera.
- Auxiliares de enfermería

Material:

- Guantes, si está indicado.
- Ropa de cama (sábana y zalea).
- Almohadas.
- Trapecio.
- Sillón.

Ejecución:

Preparación del personal:

- Conocer los movimientos y postura correcta.
- Vestuario que permita emplear una mecánica corporal correcta (ropa holgada que no limite el rango articular en los movimientos).
- Calzado cómodo de tacón bajo y con buen apoyo del pie.
- Organizar cuidadosamente el desplazamiento o cambio de sitio.
- Conocer la patología del paciente para tener en cuenta los cuidados específicos. Ej: no traccionar del hombro hemipléjico, no provocar una excesiva rotación externa en la prótesis de cadera, etc.
- Asegurar que todo el material necesario esté a mano.
- Higiene de manos.

- Colocación de guantes.

Preparación del paciente:

- Identificación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar.
- Fomentar la colaboración del paciente según sus posibilidades.
- Preservar la intimidad y confidencialidad.
- Planificar la estrategia a seguir previamente a desarrollarla.

Procedimiento:

- Despejar el área de obstáculos y colocar el equipo necesario.
- Obtener ayuda de otra persona o utilizar dispositivos mecánicos para mover los objetos demasiados pesados o si por las características del paciente requiere de más de un operador (por ejemplo uno mantendría asegurada la parte más vulnerable impidiendo que sufra movimientos bruscos e intempestivos mediante la movilización).
- Procurar que los pacientes colaboren lo máximo posible para ahorrar esfuerzos musculares. No sólo ahorramos energía, de este modo ellos son más autónomos y contribuimos a acelerar su recuperación funcional.
- Usar los brazos como palancas para aumentar la fuerza de elevación. Acercando el peso lo máximo posible al cuerpo, usando palancas cortas para evitar una excesiva tensión en la columna dorsal. En la medida de lo posible la carga extra debe ir dirigida a nuestros miembros inferiores, cuyos músculos son grandes y se les puede solicitar un sobreesfuerzo con un menor riesgo.
- Acomodar la zona de trabajo a nivel de la cintura y mantener el cuerpo cerca de esa zona. Ajustar la altura de las camas para evitar estiramientos y tensiones. Si la cama se ajusta en altura, podemos trabajar a este nivel y si más adelante necesitamos bajar la altura para pasar por ejemplo al paciente de la cama a la silla de ruedas, podemos hacerlo con el paciente sentado en el borde de la cama manteniéndolo asegurado.
- Procurar que el plano de la cama esté firme, suave y seco antes de mover al paciente en la cama o usar una sábana tensa.
- Colocarse siempre en la dirección del movimiento, dirigiendo nuestros pies en el sentido del movimiento. Es importante no mover los pies durante el desplazamiento para que la base de sustentación permanezca estable. Esto no quiere decir que debemos permanecer estáticos, es importante distribuir el peso entre los dos pies apoyados en el suelo de forma que esta distribución cambie y se adapte continuamente.
- Empezar cualquier movimiento con una alineación correcta. A partir de aquí, intentar seguir la secuencia fisiológica de movimiento del paciente para que éste colabore. Paso de supino a lateral, posterior sedestación (sentado) y finalmente bipedestación (parado sobre los dos pies).
- Mantenerse lo más cerca posible del objeto que se ha de mover. Evitar distensiones, estiramientos y giros que puedan separar la línea de gravedad de la base de sustentación.
- Antes de mover un objeto, aumentar la estabilidad ampliando la base de sustentación (separando los pies para que exista una distancia considerable entre

el apoyo de uno y otro pie) y flexionando las rodillas, las caderas y los tobillos (bajando así el centro de gravedad). A veces podemos descargar nuestro peso en la cama tomando un punto de apoyo en ella, para no solicitar de forma extrema la musculatura de las piernas, sobre todo cuando el peso a movilizar se encuentra fuera de nuestra base de apoyo, como en el caso de movilizar a un paciente en la cama, ya que ésta limitaría nuestra base de acción.

- Antes de mover un objeto realizar una contracción de músculos posturales como los abdominales, multifídus (El músculo multifido es un conjunto de fibrosos fascículos musculares, los cuales rellenan las ranuras en ambos lados de los procesos espinosos de las vértebras, partiendo desde el sacro, y llegando hasta el axis; este músculo es muy delgado) y suelo pélvico. Existen técnicas como la Reeducción Postural Global, Pilates terapéutico, etc. que pueden ayudarnos a mantener una postura más correcta, que nos evitará lesiones al movilizar.
- El profesional desplazará el peso de una pierna a la otra en el sentido del movimiento.
- Tirar, empujar o girar los objetos, en lugar de levantarlos. En la medida de lo posible ayudar al paciente a crear su propia base de sustentación, para que sea cada vez más activo en el movimiento.
- Para sentar a un paciente en la cama usando una cama articulada, es necesario que la cabeza del paciente previamente se encuentre lo más cercana posible al cabecero de la cama; para ello, se desplazará al paciente en el plano horizontal, bajando el cabecero e intervendrán dos operadores: colocar un antebrazo bajo la cintura escapular del paciente y el otro bajo la zona sacra, haciendo coincidir los antebrazos de los dos asistentes. Para desplazamientos laterales mover segmentariamente al paciente, primero la cintura escapular, después la pélvica, pidiendo su máxima colaboración.
- Para levantar un peso utilizar los músculos grandes de los miembros inferiores (glúteos, cuádriceps, etc.) acercando el peso a nuestro centro de gravedad, entre el ombligo y la pelvis, evitando desplazar objetos separados del cuerpo haciendo palanca sobre músculos pequeños como paravertebrales, etc.
- Para empujar un objeto aumentar la base de sustentación moviendo hacia delante un pie. Usar en la medida de lo posible carros que faciliten el deslizamiento.
- Para tirar de un objeto aumente la base de sustentación retrasando una pierna si está frente al objeto o adelantar la pierna si está de espaldas al mismo.
- Para mover o cargar objetos, mantenerlos lo más cerca posible del centro de gravedad.
- Utilizar el peso del propio cuerpo como fuerza para tirar o empujar, balanceando el peso sobre los pies, coordinando las fuerzas del paciente con las nuestras, evitando que tengan sentidos opuestos para no aumentar la resistencia.
- Hacer ejercicio con regularidad para mantener la forma física en general; realizar ejercicios que fortalezcan los músculos pélvicos, abdominales y lumbares. Se recomienda la natación, ya que es un deporte que tonifica, estira y no sobrecarga; es importante realizar estilos correctos que hagan trabajar a todos los músculos y cambiar de estilo continuamente para ganar un mayor equilibrio muscular. En caso de lesiones pregunte al fisioterapeuta por el estilo o ejercicio más adecuado a su patología.

- Recomendaciones para ayudarlo a proteger su cuerpo de lesiones:
- Mantener los pies planos sobre el piso y separados 30 cm el uno del otro.
- Mantener la espalda recta.
- Mantener el objeto cerca del cuerpo.
- Mantener los brazos a los lados del cuerpo.
- Apretar los músculos del abdomen. Realizar una báscula pélvica para evitar la hiperlordosis lumbar.
- Caminar con la espalda recta.
- Si está ayudando a alguien a caminar, puede pasar uno de sus brazos alrededor de la espalda de la persona. Tenga el otro brazo listo para ayudar en caso necesario. Use el desplazamiento de su propio cuerpo al caminar para transmitírselo al paciente.
- Cuando se agache a recoger un objeto, flexione las caderas y rodillas. NO flexionar la cintura.
- Con las rodillas flexionadas y la espalda recta, levantar el objeto usando sobre todo los músculos de las piernas. No sobrecargar los músculos de la espalda, realizar solo una contracción para mantener la postura.

Consideraciones especiales:

- En pacientes demasiado pesados y poco colaboradores es aconsejable el uso de una segunda sábana bajo la espalda del paciente que ayudará a los profesionales a realizar la maniobra que corresponda.
- Si se permanece de pie durante un tiempo, flexionar periódicamente una cadera y una rodilla, apoyar el pie, si es posible, en algún objeto (banquillo).
- Evitar los ejercicios que provocan dolor o que exigen flexionar la columna estando las piernas enderezadas o girar la columna. Moverse en bloque con el paciente, creando en la medida de lo posible una única base de sustentación, desplazando el peso en conjunto, sin segmentar demasiado algunas partes del cuerpo el cuerpo, para evitar esfuerzos excesivos de articulaciones que no están preparadas para este sobreesfuerzo (se trata de un mantenimiento postural, sin llegar a estar rígidos).
- Evitar los esfuerzos musculares continuos, alternando periodos de actividad con otros de descanso.
- Evitar trabajar contra la gravedad.
- Intentar que el centro de gravedad caiga perpendicularmente dentro de la base de sustentación. Si el paciente está en la cama, podemos colocar una rodilla sobre ésta para aumentar la base de forma que el centro de gravedad de la masa formada por el paciente y el asistente esté dentro de ella.

Registro:

Anotar en el registro correspondiente:

- Procedimiento realizado.
- Firma, fecha y hora de realización.
- Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
- Respuesta del paciente al procedimiento realizado, si procede.

Bibliografía

- <https://www.vygon.es/wp-content/uploads/sites/4/2015/08/eleccion-de-un-cateter-de-acceso-vascular-periferico.pdf> C2
- http://www.hca.es/huca/web/enfermeria/html/f_archivos/Cateter%20venoso%20periferico.pdf
- https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/observatorios/eguridadpaciente/gestor/sites/PortalObservatorio/es/galerias/descargas/recursos_compartidos/procedimientos_generales_enfermeria_HUVR.pdf
- Protocolo de procedimientos enfermeros/actasanitaria.com-doc 56363. Protocolos y cuidados de enfermería. Fistera.com.
- Amat Vizcaíno A, Portero Salmerón E, Pardo Carrión D. Paracentesis. Sección 6 [consultado 3 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo112/capitulo112.htm>
- Kozier B, Erb G, Berman A, Zinder S. Fundamentos de Enfermería. Conceptos, proceso y práctica. 7ª Ed. Editorial McGraw-Hill. Interamericana. Madrid 2005.
- McCloskey Dochterman, J. Bulechek, G, editors. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). 4ª Ed. Madrid: Elsevier España; 2005.
- Asensio-González, J.A.; Meneu, J.C.G. Moreno, E.G. Traumatismos: Fisiopatología, Diagnóstico y Tratamiento. Ed: Fundación MM. Madrid, 2005.
- Chozas García, B; Leal de Pedro, E; Sánchez Juan, A; Domínguez Pérez, L; De Prada Marty, A; Blázquez Rodríguez, MC. Procedimientos de enfermería en urgencias: Vendajes. Ciber Revista. Oct. 2007. [Consultado febrero 2020]. En:http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/PRIMERA_EPOCA/2007/octubre/vendajes.htm
- Kozier, B.; Erb, G.; Olivieri, R. Enfermería Fundamental. Procedimientos, Procesos y Práctica. 4ª edición. Ed: Interamericana-McGrawHill. Madrid, 1994.
- Abellán Hervás MT, Pérez Moreno A. La Electrocardiografía en el ejercicio profesional de Enfermería. Enferm Cient. 2001;(232-3) jul-ago: 54-61.
- Arellano Hernández F, Tapia Villanueva M, Jiménez Villegas MC. Índice de eficiencia en el registro e interpretación del electrocardiograma por el personal de enfermería. Rev Mex Enferm Cardiol. 2004;12(3):99-105.

- Gonzalez C, Jiménez AM, Luís MT. Medición de signos vitales. Metas de Enfermería noviembre 2000; 46: 50-53.
- Ibarra Fernández Antonio José. Toma de constantes vitales. Manual de técnicas y procedimientos de enfermería. [Consultado el día 18 de Enero de 2012]. Edición Disponible en: <http://www.aibarra.org/Manual/default.htm>
- Cotilla Franco, JM; Prieto Tinoco, J; Frigolet Maceras, P. Protocolo de uso y mantenimiento del reservorio venoso subcutáneo Enferm Global -Esp- 2008 jun (13). [Consultado en noviembre 2019]. Disponible en: <http://revistas.um.es/index.php/eglobal/article/viewFile/19601/18971>
- González- Jiménez, Emilio; Álvarez -Ferre, Judi; Siruela-Torrico, María Remedios; Sanchez Salado, Carmen; Nuñez-Blanca, Maria Jose. Protocolo de uso del reservorio subcutáneo en una unidad de ginecología oncológica. Enferm Clin. 2011;21:223-6.
- OMS. Prevención de las infecciones nosocomiales GUÍA PRÁCTICA, 2a edición. 2003.