



Manual de Procedimientos de Enfermería

**Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014
Versión 02**

**Caja Costarricense de Seguro Social
Gerencia Médica
Dirección Desarrollo de Servicios de Salud
Área de Regulación y Sistematización de Diagnóstico y Tratamiento
Coordinación Nacional de Enfermería**

2014



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código

MT-CM-DSS-ARSDT-ENE-211014

ELABORADO
POR

Dra. Carmen Loaiza Madriz	ARSDT, Jefe Coordinación Nacional de Enfermería
Dra. Jacqueline Monge Medina	ARSDT, Asistente Coordinación Nacional de Enfermería
Dra. Maritza Solís Oviedo	ARSDT, Coordinación Nacional de Enfermería
Dra. Guiselle Barrantes Brenes	ARSDT, Asistente Coordinación Nacional de Enfermería
Dra. Gilda Granados Gabelman	ARSDT, Ex Coordinadora Nacional de Enfermería.
Dra. Haydeé Méndez González	ARSDT, Ex Asistente Coordinación Nacional de Enfermería
Dra. Jeannette Quirós Pérez	Jefe Área Servicio Emergencias Hospital Dr. Rafael Ángel Calderón Guardia. Coordinadora Comisión Manual de Procedimientos de Enfermería
Dra. Alejandra Trejos Chacón	Jefe Regional de Enfermería Región Central Sur
Dra. Sonia Román Zeledón	Subdirectora de Enfermería. Hospital Nacional de Geriatria y Gerontología Dr. Raúl Blanco Cervantes
Dra. Ileana Obando Hernández	Directora del programa de Formación de Auxiliares de Enfermería. CENDEISSS
Dra. María de los Ángeles Sequeira Venegas	Profesora Curso Formación de Auxiliares de Enfermería. CENDEISSS

REVISADO POR:

Dra. Ana Lorena Rodríguez Castillo	Hospital San Juan de Dios.
Dra. Eva Román Arias.	Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica
Dr. Diego Alfaro Álvarez.	Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega
Dra. Carmen Loaiza Madriz.	Dirección Regional de Servicios de Salud Central Sur
Dra. Mayela Monge Hernández	Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Norte
Dra. Lidia Campos Quesada	Dirección Regional Brunca
Dra. Lidieth Contreras Angulo.	Dirección Regional de Servicios de Salud Pacifico Central
Dra. Mercedes Corea Caravaca.	Dirección Regional de Servicios de Salud Central Norte
Dr. Manuel Monge Blanco	Hospital Calderón Guardia
Dr. Juan Miguel Rojas Arias.	Hospital México.



	<p>Dra. Yadira Umaña Torres. Dra. Seidy Vargas Solano. Dra. Xinia Martínez Vargas. Dra. Silvia Gutiérrez Oviedo. Dra. Sonia Román Zeledón. Dra. Edita Caballero Núñez. Dra. Hellín Mora Mora. Dra. Ilse Guzmán Quesada Dra. Juanita Oviedo Prendas Dra. María Isabel Rodríguez Zúñiga Dr. Otto Calvo Quirós Dra. Vivian Valverde Benavides</p>	<p>Hospital Nacional de Niños Hospital de las Mujeres Hospital Nacional Psiquiátrico. Hospital La Anexión. Hospital Nacional Geriatria y Gerontología Área de Salud Golfito Área de Salud Zapote Catedral. Hospital William Allen Área de Salud Goicoechea 1. Área de Salud Coronado. Área de Salud Catedral Noreste Área de Salud Desamparados 3</p>
<p>VALIDADO POR 1.</p>	<p>Dra. María del Carmen Pérez Villalobos. Dra. María Auxiliadora Carballo Saballo Dr. Milton Arce Barrantes. Dra. Maira López Araya Dra. Gaudy López Ocón. Dra. Yahaira Herrera Rivera Dra. Amalia Guerrero Herrera Dra. Yesenia Abarca Martínez. Dra. Cándida Villarreal Murillo. Dra. Kattia Jiménez Matarrata. Dra. Yesenia Vilchez Pizarro Dra. Adriana Aguilar Baltodano Dr. Diego Alfaro Álvarez Dra. Ana Lorena Orozco Guevara. Dra. Evelyn Aguirre Peralta</p>	<p>Área de Salud Santa Rosa Área de Salud Los Chiles Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Norte Hospital de Guápiles Área de Salud Guatuso Hospital Los Chiles Área de Salud Alajuelita Área de Salud Cartago Hospital Enrique Baltodano Briseño Hospital Enrique Baltodano Briseño Hospital Enrique Baltodano Briseño Hospital Enrique Baltodano Briseño Dirección Regional de Servicios de Salud Chorotega Hospital Monseñor Sanabria Hospital Monseñor Sanabria</p>

¹ Validado por medio de la metodología de Delphi modificado RAN/UCLA, primer ronda.



	Dra. Karen Porras Padilla Dra. Nelly Irías Carvajal Dra. Maritza Chevez Herra. Dra. Silvia Salazar Sánchez. Dr. Lindbergh Menocal Moya.	Hospital Monseñor Sanabria Hospital Monseñor Sanabria Área de Salud Desamparados 1 Área de Salud Desamparados 1 Hospital México
VALIDADO POR ² :	Msc. Georgina Domínguez Sánchez. Msc. Xinia Molina Juárez. Msc. Lindbergh Menocal Moya. Dra. Anaïs Rodríguez Salas. Dra. Amalia Guerrero Herrera. Dra. Nelda Mantle Arboine. Dra. Eva Román Arias.	Hospital México Hospital México Hospital México Área de Salud Cariari. Área de Salud Alajuelita. Área de Salud Guácimo Dirección Regional de Servicios de Salud Huetar Atlántica Hospital Monseñor Sanabria
	Dra. Ana Lorena Orozco Guevara. Dra. Evelyn Aguirre Peralta. Dra. Karen Porras Padilla. Dra. Mayra Gutiérrez Hernández. Dr. Rodrigo Hernández Noguera. Dr. Jairo Sosa Esquivel. Dra. Hilda Leal Hernández. Dra. Lidieth Contreras Angulo. Dra. Vilma María Delgado Arias. Dra. Jacqueline Álvarez Matarrata, Dra. Marjorie Blanco Quesada. Dra. Marjorie Garro Montoya. Dr. Andy Chamorro Camacho. Dra. Yesenia Abarca Martínez.	Hospital Monseñor Sanabria Hospital Monseñor Sanabria. Hospital Monseñor Sanabria. Hospital Monseñor Sanabria. Hospital de Guápiles. Área de Salud Matina. Área de Salud Coronado.

² Validado por medio de la metodología de Delphi modificado RAN/UCLA, segunda ronda.



REVISADO POR:	Dr. Mario Mora Ulloa. Dr. Raúl Sánchez Alfaro Dra. Viviana Aragón Gómez	Jefe ARSDT Director DDSS Asistente de la Gerencia Médica
APROBADO POR:	Dra. María Eugenia Villalta Bonilla	Gerente Médica
Fecha de emisión:	Noviembre 2014	
Próxima revisión:	Noviembre 2018	
Observaciones:	<p>La reproducción gratuita de este material sin fines de lucro es permitida, siempre y cuando se respete la propiedad intelectual. No se permitirá la reproducción comercial del producto sin la autorización de la CCSS y la Dirección de Desarrollo de Servicios de Salud</p> <p>Se utilizan las siguientes siglas para indicar los lugares de trabajo:</p> <ul style="list-style-type: none">• ARSDT: Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento• DDSS: Dirección Desarrollo Servicios de Salud.	



ÍNDICE

	Página
1. Introducción	13
1.1 Justificación	14
2. Definiciones, Abreviaturas y Símbolos.	15
2.1 Definiciones	15
2.2 Abreviaturas	41
2.3 Símbolos	41
3. Referencias Normativas	42
4. Alcance y campo de aplicación	43
5. Objetivos	43
5.1. Objetivo general	43
5.2. Objetivos específicos	43
6. Metodología	44
7. Desarrollo del Tema	46
7.1. Marco conceptual o de referencia.	46
7.2. Elementos a operativizar	58
7.3. Intervenciones y acciones	58
8. Herramientas de aplicabilidad	60
Capítulo I. Procedimientos Administrativos.	60
1.1 Uso del expediente de salud	60
1.2 Notas de Enfermería: Modelo SOAPE	63
1.3 Uso del Kardex	66
1.4 Admisión del usuario(a)	68
1.5 Egreso del usuario(a)	71
1.6 Egreso por fallecimiento (post-mortem)	78
1.7 Preparación para el alta	81
1.8 Proceso Atención de Enfermería	83
1.9 Referencia y contra referencia de enfermería	85



Capítulo II. Procedimientos de Higiene	87
2.1 Baño en cama	87
2.2 Baño asistido	91
2.3 Baño del recién nacido	93
2.4 Aseo genital en hombres y mujeres	96
2.5 Colocar y retirar el bidé	100
Capitulo III. Técnicas Asépticas	103
3.1 Higiene de manos	103
3.2 Colocación y retiro de la bata estéril	110
3.3 Colocación de guantes	112
3.4 Limpieza y desinfección de la unidad del usuario(a)	114
3.5 Limpieza terminal de la incubadora	116
Capitulo IV. Vestir diferentes tipos de cama	123
4.1 Vestir cama cerrada	123
4.2 Vestir cama ocupada	125
4.3 Vestir cama de anestesia	127
4.4 Vestir cama con arco de protección	129
4.5 Vestir camilla de exploración	130
Capitulo V. Intervención de Enfermería en la Movilización.	132
5.1 Cambios de posición al usuario(a).	132
5.2 Traslado del usuario(a) de la cama a Camilla	137
5.3 Traslado del usuario(a) de cama a silla de ruedas	139
5.4 Movilización con grúa	141
5.5 Método de contención mecánica	146
Capítulo VI. Mediciones antropométricas de constantes vitales y líquidos	149
6.1 Medición de la temperatura corporal Axilar	149
6.2 Toma de temperatura digital	151
6.3 Medición del pulso	152
6.4 Medición de la frecuencia respiratoria	153
6.5 Medición de la oximetría de pulso	154



6.6 Medición de presión arterial	156
6.7 Medición de la presión arterial con monitor.	161
6.8 Medición de capnografía	162
Medidas antropométricas	
6.9 Medición del peso.	164
6.10 Medición de talla	166
6.11 Medición de líquidos ingeridos y Excretados	167
Capítulo VII. Cuidados de Enfermería Quirúrgicos.	170
7.1 Cuidados de enfermería preoperatorios	171
7.2 Preparación del área operatoria.	176
7.3 Cuidados de enfermería postoperatorios	178
7.4 Curación de catéter central	183
7.5 Cuidados de enfermería en paracentesis	187
7.6 Cuidado y medición de drenos (penrose, hemovac, sonda en T)	190
Capítulo VIII. Administración de medicamentos.	194
8.1 Preparación y aplicación de medicamentos por vía oral	196
8.2 Administración de medicamentos por vía sublingual	199
8.3 Administración de medicamentos por vía transmucosa	201
8.4 Preparación y aplicación de medicamentos por vía intradérmica	203
8.5 Prueba de sensibilidad a la penicilina	206
8.6 Administración de medicamentos por vía subcutánea	210
8.7 Aplicación de medicamentos por vía intramuscular.	212
8.8 Técnica “Z” para inyecciones Intramusculares	215
8.9 Preparación de la medicación a partir de un frasco o ampolla	217
8.10 Canalización de vía periférica	221
8.11 Canalización de vía periférica y adaptación del sello de heparina.	223
8.12 Preparación y administración de medicamentos y soluciones endovenosas	225
8.13 Retiro de vía periférica	228
8.14 Administración de medicamentos por vía rectal	230



8.15 Administración de medicamentos por vía nasal.	232
8.16 Administración de medicamentos por vía cutánea	234
8.17 Administración de medicamentos por vía ótica	235
8.18 Administración de medicamentos por vía oftálmica	237
8.19 Administración de medicamentos por vía vaginal	249
8.20 Administración quimioterapia citostática.	241
8.21 Manejo, aplicación y conservación de los biológicos	244
Capítulo IX. Cuidados de Enfermería en procedimientos especiales.	246
9.1 Cuidados de enfermería en cateterismo cardiaco	246
9.2 Intervención de enfermería en Electrocardiograma	252
9.3 Cuidados de enfermería para la prueba de esfuerzo	256
9.4 Cuidados de enfermería en el eco cardiograma transtorácico	258
9.5 Cuidados de enfermería en el ecocardiograma–Dobutamina	260
9.6 Cuidados de enfermería en el eco cardiograma Transesofágico	262
9.7 Cuidados de enfermería en arteriografía vascular periférica	265
9.8 Cuidados de enfermería en cardioversión y desfibrilación	270
Capítulo X. Cuidados de Enfermería relacionados con afecciones del sistema musculo esquelético.	274
10.1 Intervención de enfermería en usuario(a) con tracciones y fijaciones externas.	274
10.2 Intervención de enfermería en usuario(a) con vendajes	277
10.3 Colocación de vendas elásticas en miembros inferiores	281
Capítulo XI. Intervención de Enfermería al usuario (a) durante la realización de exámenes especiales.	284
11.1 Cuidados de enfermería en electroencefalograma	284
11.2 Cuidados de enfermería en arteriografía cerebral	286
11.3 Intervención de enfermería en tomografía axial computarizada	289
11.4 Intervención de enfermería en resonancia magnética	291
11.5 Intervención de enfermería en punción lumbar	293
11.6 Intervención de enfermería en la valoración de signos Neurológicos	295
11.7 Intervención de enfermería en la valoración del estado de sedación	297



Capítulo XII. Cuidados de Enfermería en afecciones relacionadas con el Sistema Digestivo.	299
12.1 Alimentación asistida	299
12.2 Alimentación enteral por sonda nasogástrica	301
12.3 Limpieza de las ostomias de alimentación	304
12.4 Limpieza de ostomias de eliminación	306
12.5 Nutrición parenteral	309
12.6 Cuidados de enfermería en biopsia hepática percutánea	312
12.7 Cuidados de enfermería en gastroscopia (endoscopia gastrointestinal superior)	315
12.8 Cuidados de enfermería en colonoscopia o rectoscopia	317
12.9 Cuidados de enfermería en tránsito intestinal	320
12.10 Cuidados de enfermería en colon por Enema	323
12.11 Colocación de sonda nasogástrica y succión gástrica	326
12.12 Lavado Gástrico.	329
12.13 Colocación de sonda rectal y enema evacuante.	330
12.14 Enema de retención	333
12.15 Enema por colostomía	334
12.16 Irrigación por Colostomía	337
12.17 Recolección de muestra de heces	341
Capítulo XIII. Cuidados de Enfermería en afecciones hematológicas.	344
13.1 Transfusión de hemocomponentes	344
13.2 Transfusión de factores VIII, IX, XI, y XIII liofilizados	348
Capítulo XIV. Cuidados de Enfermería relacionados con afecciones del aparato reproductor.	351
14.1 Cuidados de enfermería en colposcopia	353
14.2 Intervención de enfermería en citología cervical (Papanicolaou)	355
14.3 Examen físico de mamas	358
Capítulo XV. Cuidados de Enfermería relacionados con afecciones del Sistema Respiratorio.	360
15.1 Intervención de enfermería en toracocentesis.	362
15.2 Intervención de enfermería en broncoscopia-laringoscopia	366



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

15.3 Colocar y retirar cánula orofaríngea	370
15.4 Fijación del tubo nasotraqueal u orotraqueal	372
15.5 Aspiración de secreciones de la vía aérea respiratoria superior	374
15.6 Aspiración de secreciones al usuario(a) con vía aérea artificial (sistema abierto)	376
15.7 Curación al usuario(a) con incisión de traqueotomía	379
15.8 Curación al usuario(a) con drenaje de Torác	381
15.9 Terapia de aerosol con micronebulizador	386
15.10 Terapia de aerosol con macronebulizador	388
15.11 Uso del inhalador	390
15.12 Administración de oxígeno nasal	391
15.13 Oxigenoterapia con mascarilla de Venturi	393
15.14 Oxigenoterapia con mascarilla de re inhalación parcial y de no Reinhalación	395
15.15 Oxigenoterapia con halo	397
15.16 Ventilación artificial con bolsa manual auto inflable	399
15.17 Educación al usuario(a) para inspirometría incentiva	401
15.18 Fisioterapia del tórax	403
15.19 Educación al usuario(a) en la técnica de tos efectiva	405
15.20 Educación al usuario(a) para la respiración diafragmática	407
15.21 Recolección de muestra de esputo	409
15.22 Recolección de muestra de secreción bronquial con trampa de Lukens	411
Capítulo XVI. Cuidados de Enfermería relacionados con Afecciones del Sistema Renal y Urinario.	414
16.1 Cuidados de enfermería en biopsia renal.	416
16.2 Cuidados de enfermería en arteriografía renal	419
16.3 Cuidados de enfermería en cistoscopia	422
16. 4 Cuidados de enfermería en pielograma intravenoso	424
16.5 Colocación de sonda Foley vesical fija	426
16.6 Retiro de sonda Foley vesical fija	430
16.7 Educación para el auto cateterismo vesical intermitente en mujeres y	431



hombres	
16.8 Lavado vesical	434
16.9 Diálisis peritoneal	436
16.10 Irrigación vesical	440
16.11 Recolección de muestra de orina General	442
16.12 Recolección de muestra de orina para uro cultivo	445
16.13 Recolección de orina en 12 horas y 24 horas	446
Capitulo XVII. Cuidados de Enfermería en afecciones del Sistema Tegumentario.	449
17.1 Curación de heridas	451
17.2 Aplicación de dispositivo de drenaje a heridas (VAC)	455
17.3 Retiro de grapas y suturas	458
17.4 Curación de quemaduras	460
17.5 Curación de úlceras por presión	464
17.6 Irrigación de úlceras	467
17.7 Colocación de Botta de Unna	469
17.8 Muestra para cultivo de secreción de heridas o úlceras.	472
9. Contactos para consultas.	474
10. Anexos.	475
11. Referencias	483



1. INTRODUCCIÓN

El presente “Manual de Procedimientos de Enfermería” describe ampliamente los pasos en las diferentes actividades y tareas de acuerdo al proceso sustantivo en Enfermería, que es la “Gestión del Cuidado Enfermero” y de acuerdo a los perfiles establecidos al personal de Enfermería que labora para la Caja Costarricense Seguro Social.

El manual de procedimientos de Enfermería se concibe como el instrumento que establece los mecanismos esenciales para el desempeño operativo y de cuidado directo de las áreas de atención de enfermería en el I, II y III nivel. Proporciona información básica para orientar al personal respecto a la dinámica funcional de enfermería. También se considera como una herramienta imprescindible para guiar, en forma ordenada, la ejecución de las actividades, de manera que se evite la duplicidad de esfuerzos, se optimice el aprovechamiento de los recursos y se agilicen los cuidados que se dan al usuario(a). En este sentido, se pretende que la estructura del manual refleje fielmente las actividades específicas que se llevan a cabo en cuanto a ejecución, seguimiento y evaluación del desempeño, así como los medios utilizados para ello. Por otro lado, debe apoyar el proceso de actualización y mejora, mediante la simplificación de los procedimientos.

El presente documento es una guía que orienta las diferentes instrucciones de trabajo del personal de enfermería y guía el desarrollo de las prácticas de los estudiantes en el proceso docencia - servicio.

Los procedimientos están estructurados en varios apartados, se documenta anatómicamente por sistemas, con su respectiva definición, clasificación de riesgo, pasos del procedimiento, nivel de complejidad riesgo, observaciones y principios científicos.

Este documento contempla generalidades del quehacer de enfermería no así procedimientos específicos de las especialidades de atención pediátrica, Salud Mental y Ginecología.



1.1 Justificación

La Coordinación Nacional de Enfermería de la Caja Costarricense de Seguro Social contempla, dentro de su plan estratégico, el diseño, la elaboración, la implementación y el seguimiento del *Manual de procedimientos de Enfermería*, el cual se fundamenta en el marco normativo del quehacer y el ser de enfermería dentro de la organización que es la “Gestión del Cuidado”. Además, es guiado por la Ley de Control Interno, la cual dirige la atención a la ejecución de los procesos sustantivos de la organización, con un enfoque hacia la seguridad de la persona que recibe los servicios.

El manual vigente fue publicado en 1977. Por ello, se vio la necesidad de realizar un esfuerzo de equipo para modificarlo y lograr una versión actualizada, la cual incorpora diferentes elementos que logran como resultado, la identificación de procedimientos a ejecutar por parte de la enfermera(o) y su equipo de apoyo. Para esto se contempla, en la presente fase, la identificación de diversos escenarios de abordaje hospitalario y de atención ambulatoria y comunitaria.



2. DEFINICIONES, ABREVIATURAS Y SÍMBOLOS

2.1 DEFINICIONES

Abducción

Movimiento de separación de un miembro respecto al cuerpo.

Abrasión

Erosión de la epidermis por raspadura o rozamiento; puede ocasionar una hemorragia localizada y posteriormente salida de líquido seroso.

Adaptación

Proceso a través del cual se producen cambios en cualquiera de las dimensiones de la persona como respuesta al estrés.

Aducción

Movimiento de aproximación de un miembro respecto al cuerpo.

Adulto de mediana edad

Etapas de transición entre el adulto joven y el adulto mayor

Adulto joven

Etapas de la vida entre los 22 años y el adulto de mediana edad.

Adulto mayor

Etapas de la vida más allá de la mediana edad.

Afebril

Sin fiebre.

Aflicción

Respuesta a una pérdida por fallecimiento; experiencia subjetiva de quien pierde una persona con la que mantenía una relación significativa.

Agentes

Elementos del modelo de salud y enfermedad agente-huésped-medio ambiente; factores biológicos, químicos, físicos o mecánicos o psicosociales cuya presencia o ausencia puede conducir a enfermedad

Agresión

Amenaza ilegal o daño a otra persona.



Aislamiento

Separación de un usuario(a) de otros usuarios(as) para evitar la diseminación de la infección o para protegerle de factores ambientales irritantes.

Amplitud de movimiento

Rango de movilidad de una articulación, desde la extensión máxima a la flexión extrema, medida que se expresa en grados de círculo.

Anorexia

Falta o pérdida de apetito que da lugar a incapacidad para ingerir alimentos.

Antropometría

Medición de diferentes partes del cuerpo con el fin de determinar el estado de nutrición, el nivel calórico, el desarrollo muscular, el crecimiento cerebral y otros parámetros.

Apnea

Cese del flujo de aire a través de la nariz y la boca.

Articulaciones

Conexiones entre huesos, clasificadas con arreglo a su estructura y grado de movilidad.

Asepsia

Ausencia de gérmenes o microorganismos.

Asepsia médica

Procedimientos utilizados para reducir el número de microorganismos y prevenir su diseminación.

Asepsia quirúrgica

Procedimientos utilizados para eliminar todos los microorganismos de un área. También denominada técnica estéril.

Atelectasia

Colapso de los alvéolos, que impide el intercambio respiratorio normal de oxígeno y dióxido de carbono.

Auscultación Método de exploración física, consistente en escuchar los sonidos producidos por el cuerpo, generalmente con un estetoscopio.

Auto-concepto

Integración dinámica y compleja, por parte del sujeto, de sentimientos, actitudes y percepciones conscientes e inconscientes sobre su propia identidad, su estado



físico, su valía y sus funciones; forma en la que una persona se percibe y define a sí misma

Autonomía

Capacidad o tendencia a funcionar de forma independiente.

Bienestar

Estado dinámico de salud en el que un sujeto evoluciona hacia un nivel más alto de funcionamiento, alcanzando un equilibrio óptimo entre el medio interno y externo.

Bolo

Masa redondeada de alimento masticado y listo para ser deglutido.

Bradycardia

Caída de la frecuencia cardíaca por debajo de los valores normales (60 latidos por minuto).

Bradipnea

Ritmo respiratorio anormalmente lento (12 respiraciones por minuto).

Caloría

Cantidad de calor requerida para elevar 1°C la temperatura de 1 lit. de agua a presión atmosférica; una kilocaloría o caloría grande, utilizada para representar los valores de energía de la comida, es mil veces mayor que una caloría pequeña, unidad utilizada en medicina para describir el intercambio de energía en el cuerpo.

Capa subcutánea Capa continua de tejido conjuntivo que cubre toda la superficie corporal, entre la piel y la fascia profunda.

Características definitorias

Signos o síntomas relacionados o grupos de datos que apoyan el diagnóstico de enfermería.

Cianosis

Coloración azulada de la piel y de las membranas mucosas debida a un exceso de hemoglobina reducida en la sangre o a un defecto estructural de la molécula de hemoglobina.

Datos objetivos

Información que puede ser observada por otros; no se ve condicionada por sentimientos, sensaciones o prejuicios.



Datos subjetivo

Información reunida a partir de las manifestaciones del usuario(a); los sentimientos y percepciones del usuario(a). Información que solo se puede verificar por inferencia.

Defecación

Paso de las heces desde el aparato digestivo al exterior a través del recto.

Dermis

Capa vascular y sensible de la piel situada justo por debajo de la epidermis; está formada por tejidos conjuntivos fibrosos colágenos y elásticos que confieren a la dermis resistencia y elasticidad.

Desarrollo

Aspectos cualitativos u observables de los cambios progresivos que experimenta un individuo para poder adaptarse al entorno.

Diagnóstico de Enfermería

Informe sobre un problema de salud real o potencial que la enfermera(o) puede tratar legalmente y de forma independiente. Segunda fase del procedimiento de enfermería, durante la cual se determinan las respuestas anómalas del usuario(a), actuales o potenciales, a una enfermedad o a un estado.

Diástole

Período de tiempo comprendido entre las contracciones de las aurículas o los ventrículos, durante el cual la sangre entra en las cámaras relajadas.

Diplopía

Visión doble causada por una anomalía de los músculos extra oculares o de los nervios correspondientes.

Distancia personal

Espacio entre el usuario(a) y el asistente sanitario; unos 7 cm o menos.

Distancia social

Distancia mantenida por una persona dentro de un grupo cuando entabla comunicación con otra. En general, suele considerarse que la distancia social es de 1 a 4 m.

Documentación

Anotación escrita en la historia clínica del usuario(a) de toda la información pertinente sobre este. Tales anotaciones confirman los problemas y la asistencia del usuario(a) y tienen valor de registro legal.



Dolor

Sensación subjetiva y molesta causada por la estimulación nociva de las terminaciones nerviosas sensoriales.

Edema

Acumulación anormal de líquido en los espacios intersticiales de los tejidos.

Ejecución

Iniciación y finalización de las actuaciones de enfermería necesarias para ayudar al usuario(a) conseguir sus objetivos de salud.

Electrocardiograma

Registro gráfico de la actividad eléctrica del miocardio.

Electrolito

Elemento o compuesto que, al disolverlo en agua u otro disolvente, se disocia en iones, pudiendo conducir la corriente eléctrica.

Empatía

Comprensión y aceptación de los sentimientos de una persona y capacidad de sentir el mundo privado de esta.

Encías

Mucosa -gingival- de la boca, con tejido fibroso de apoyo que cubre las coronas de los dientes no brotados y circunda el cuello de las piezas ya irrumpidas.

Endorfinas

Neurolépticos de origen natural formados por aminoácidos y secretados en el sistema nervioso central para reducir el dolor.

Endoscopio

Instrumento utilizado para visualizar el interior de órganos y cavidades corporales.

Enfermedad

Proceso anormal en el que algún aspecto del funcionamiento de la persona se encuentra disminuido o debilitado en comparación con su estado previo.

Enfermedad aguda

Proceso caracterizado por síntomas de duración relativamente corta, generalmente graves y que afectan al usuario(a) en todos los aspectos vitales.



Enfermedad crónica

Proceso que persiste durante largo tiempo y afecta la vida emocional, social, intelectual y espiritual del usuario(a).

Enfermedad de Alzheimer

Enfermedad del parénquima cerebral que causa un gradual y progresivo deterioro de las funciones cognitivas.

Enfermedad transmisible

Toda enfermedad que pueda transmitirse de una persona o animal a otro por contacto directo o indirecto, o a través de vectores

Entrevista

Conversación organizada y sistemática que se mantiene con el usuario(a) para obtener información subjetiva en relación a su estado de salud.

Enuresis

Micción involuntaria; incontinencia.

Enuresis nocturna

Incontinencia de orina durante la noche.

Epidermis

Estrato más externo de la piel formado por varias capas finas de piel en diferentes estadios de maduración; recubre y protege los tejidos subyacentes de la pérdida de agua, de lesiones mecánicas o químicas y de la penetración de microorganismos patógenos.

Equimosis

Cambio de coloración de la piel o cardenal producido por la extravasación de sangre al tejido subcutáneo como consecuencia de un traumatismo de los vasos subyacentes.

Escala de Apgar

Sistema de evaluación que clasifica el estado fisiológico del recién nacido, 1 a 5 minutos tras el nacimiento.

Escalofrío

Proceso utilizado por el organismo para elevar la temperatura corporal.

Escara

Costra seca que resulta de la escoriación de la piel.



Esfigmomanómetro

Dispositivo para medir la presión arterial, que consiste en un manguito para brazo o pierna con una cámara hinchable, un tubo y una pera para bombear aire en la cámara y un manómetro que indica la cantidad de presión de aire ejercida sobre la arteria.

Espiritual

De naturaleza religiosa o sagrada.

Espiritualidad

Dimensión espiritual de una persona, que contempla la relación con la humanidad, la naturaleza y un ser supremo.

Estado de atención

Cualidad de percepción como filtro de estímulos relevantes para dar prioridad por medio de la concentración para procesar información de forma más profunda en la conciencia.

Estimulación cutánea

Estimulación de la piel de una persona para evitar o reducir la percepción de dolor. El masaje, el baño caliente, la aplicación de linimento, las terapias por calor y frío y la electro estimulación nerviosa transcutánea son algunas técnicas utilizadas para reducir la percepción del dolor.

Estrabismo

Trastorno ocular caracterizado por la desviación de la mirada de uno o ambos ojos.

Estrato córneo

Capa más externa de la piel, de naturaleza córnea y compuesta por células muertas que se transforman en queratina y se desprenden continuamente.

Estrés

Tensión fisiológica o psicológica que amenaza la homeostasis o el equilibrio psicológico del sujeto.

Estructura familiar

Conjunto de miembros de la familia en el momento actual y patrón de sus relaciones (organización).

Eupnea

Respiraciones normales, sin esfuerzo, tranquilas y rítmicas.



Evaluación

Determinación del grado en el que se han alcanzado los objetivos establecidos en relación a un usuario(a).

Exploración física

Valoración del cuerpo de un usuario(a) mediante las técnicas de inspección, auscultación, palpación y percusión, con el fin de llegar a determinar anomalías físicas.

Extensión

Movimiento que aumenta el ángulo entre dos huesos articulados en ciertas articulaciones.

Exudado

Líquido, células u otras sustancias que son liberadas a partir de células o vasos sanguíneos a través de pequeños poros o aberturas de las membranas celulares.

Factor de riesgo:

Toda variable interna o externa que hace que una persona o grupo de personas sea más vulnerable a la enfermedad o a un episodio morboso.

Factores ambientales

Características del entorno físico o social de una persona que pueden aumentar o disminuir la propensión a una enfermedad.

Familia

Grupo de sujetos interrelacionados que constituye la unidad básica de la sociedad.

Familia como contexto

Perspectiva de enfermería en la que el objetivo principal de los cuidados radica en un sujeto dentro de la familia.

Familia como entorno

Procedimiento de enfermería cuyo objeto es el usuario(a) como individuo y que considera a la familia como el entorno en el que el usuario(a) lucha por su salud.

Fanera: (Del griego phaneros, aparente). Término genérico con el cual se designan a veces las producciones epidérmicas aparentes, tales como pelos, uñas, callosidades, etc.

Febril:

Referido o caracterizado por una temperatura corporal elevada.



Fiebre

Elevación del punto de ajuste hipotalámico de tal forma que la temperatura corporal queda regulada a un nivel más alto.

Fístula

Comunicación anormal entre un órgano interno y la superficie corporal o entre dos órganos internos.

Fisuras

Hendiduras o surcos en la superficie de un órgano, que a menudo determinan la división del órgano en partes.

Flato

Gases intestinales.

Flatulencia

Trastorno caracterizado por la acumulación de gas en la luz intestinal.

Flebitis

Inflamación de una vena.

Flexión

Movimiento de algunas articulaciones que disminuye el ángulo entre huesos articulados.

Fotofobia

Sensibilidad anormal de los ojos a la luz.

Fractura

Rotura de un hueso ocasionada por la aplicación de una fuerza violenta sobre el cuerpo; interrupción de la continuidad del tejido óseo.

Frémito táctil

Vibración temblorosa de la pared torácica durante la respiración, palpable en la exploración física.

Frémito vocal

Vibración de la pared torácica al hablar o cantar, que permite escuchar la voz de la persona cuando el explorador ausculta el pecho con el estetoscopio.

Galope ventricular

Sonido cardíaco de tono bajo, añadido anormalmente (S4), auscultable en el comienzo de la diástole.



Gasto cardíaco

Volumen de sangre expulsado por los ventrículos del corazón, igual a la cantidad de sangre eyectada en cada latido multiplicada por el número de latidos que tiene lugar durante el período utilizado para el cálculo (generalmente 1 minuto).

Heces

Desechos o excrementos procedentes del tracto gastrointestinal.

Hematemesis

Vómito de sangre que indica hemorragia del tramo gastrointestinal superior.

Hematocrito

Medida del volumen celular y eritrocítico global, expresado como porcentaje del volumen sanguíneo total.

Hematoma

Acumulación de sangre que está atrapada en los tejidos de la piel o de un órgano.

Hematuria

Presencia anormal de sangre en la orina.

Hemólisis

Rotura de glóbulos rojos y liberación de hemoglobina, que puede producirse por la administración de soluciones intravenosas isotónicas que causan hinchazón y estallido de eritrocitos.

Hemoptisis

Expectoración de sangre procedente del tracto respiratorio.

Hemorroides

Dilatación e ingurgitación permanente de las venas de la mucosa rectal.

Hemosiderosis

Depósito anormal de hierro en diversos tejidos.

Hemostasia

Detención de una hemorragia por medios mecánicos o químicos o mediante el proceso de coagulación del organismo.

Hemotórax

Acumulación de sangre y líquido en la cavidad pleural, entre las hojas visceral y parietal.



Hernia

Protrusión de un órgano a través de una abertura anormal en la pared muscular de la cavidad que lo contiene.

Higiene oral

Estado o práctica de mantenimiento de los tejidos y estructuras de la boca.

Higiene perineal

Procedimiento de lavado prescrito para las áreas genital y anal como parte del baño diario o después de diversas actuaciones obstétricas y ginecológicas.

Higiene vespertina

Cuidados higiénicos sistemáticos realizados antes de dormir.

Hipercalemia

Elevación de los niveles séricos de potasio.

Hipercapnia

Cantidad de dióxido de carbono en la sangre por encima del valor normal.

Hipercapnia

En medicina se llama hipercapnia al aumento de la presión parcial de dióxido de carbono (CO₂), medida en sangre arterial, por encima de 46 mmHg.

Hipercloremia

Elevación de los niveles séricos de cloruro. Hiperextensión
Posición de extensión máxima de una articulación.

Hiperglucemia:

Elevación de los niveles séricos de glucosa.

Hiperhidratación o exceso de volumen de líquidos.

Exceso de agua en el líquido extra celular.

Hipermagnesemia

Elevación de los niveles séricos de magnesio.

Hipernatremia

Elevación de los niveles séricos de sodio.

Hipertermia

Situación en que la temperatura corporal sobrepasa el límite considerado normal.



Hiperventilación

Frecuencia respiratoria superior a la requerida para mantener niveles normales de dióxido de carbono en los tejidos corporales.

Hiperventilación alveolar

Aumento de la frecuencia respiratoria por encima del nivel requerido para mantener las concentraciones normales de dióxido de carbono en los tejidos orgánicos.

Hipotálamo

Parte del diencéfalo del cerebro que activa, controla e integra el sistema nervioso autónomo periférico, los procesos endocrinos y numerosas funciones del organismo, tales como la temperatura corporal, el sueño y el apetito.

Hipotensión

Descenso anormal de la tensión arterial o presión sanguínea, insuficiente para una irrigación y oxigenación normales de los tejidos.

Hipotermia

Disminución anormal de la temperatura corporal por debajo de 35 °C, generalmente debido a una exposición prolongada al frío.

Historia clínica

Registro escrito sobre el usuario(a); documentación legal.

Historia clínica de enfermería

Datos reunidos sobre el estado actual del usuario(a), sobre posibles cambios de forma de vida o de papel sociocultural, así como sobre las reacciones mentales y emocionales a la enfermedad.

Historia sanitaria

Datos subjetivos y objetivos sobre el estado de salud previo del usuario(a), obtenidos por la enfermera(o) durante la entrevista.

Identidad

Componente del auto concepto.

Imagen corporal

Concepto subjetivo de la persona sobre su aspecto físico.

Informe:

Transferencia de información de la enfermera(o) de un turno a la del siguiente. El informe también puede ser transmitido por uno de los miembros del equipo de



enfermería a otro profesional de la asistencia sanitaria, por ejemplo, un médico o un terapeuta.

Inmovilidad

Incapacidad para moverse libremente, debido a un trastorno en virtud del cual el movimiento se ve impedido o limitado terapéuticamente.

Inspección

Método de exploración física por el que se examina visualmente de forma sistemática el aspecto, la estructura, la funcionalidad y el comportamiento del usuario(a).

Integumento

Piel y sus anexos.

Intervenciones

Actuaciones encaminadas a prevenir un daño al usuario(a) y a mejorar sus funciones mental, emocional, física o social.

Isquemia

Disminución del aporte de sangre a una parte del cuerpo, como el tejido cutáneo, o a un órgano, como el corazón.

Isquemia tisular

Zona en la que los tejidos reciben oxígeno e irrigación insuficientes.

Laceración

Herida por desgarro con bordes irregulares.

Lactación

Proceso y tiempo en el que la madre produce leche para el niño.

Lactancia

Etapa de la vida entre un mes y un año de edad.

Laxantes

Fármacos que actúan favoreciendo la evacuación.

Leucocitosis

Aumento anormal del número de leucocitos circulantes.

Leucoplasia

Placas blancas y gruesas observadas en la membrana de la mucosa oral.



Ligamentos

Bandas blancas, brillantes y flexibles de tejido fibroso que unen las articulaciones entre sí y que conectan varios huesos y cartílagos.

Linfocito

Tipo de leucocito que se desarrolla en la médula ósea; es responsable de la síntesis de anticuerpos y linfocitos T, que atacan a los antígenos.

Lípidos

Compuestos insolubles en agua pero solubles en disolventes orgánicos.

Líquido intersticial

Líquido que ocupa el espacio existente entre la mayoría de las células del organismo y que constituye una parte importante del medio líquido.

Líquido intracelular

Líquido existente por dentro de la membrana celular.

Líquidos extracelulares

Porción de líquidos corporales integrada por el líquido intersticial y el plasma sanguíneo.

Maceración

Ablandamiento y resquebrajaduras de la piel por exposición prolongada a la humedad.

Maduración

Proceso por el que se alcanza un desarrollo y crecimiento completos y a lo largo del cual la capacidad biológica del individuo y las circunstancias ambientales pueden modificar las funciones y el aprendizaje.

Malnutrición

Cualquier trastorno nutritivo, como una dieta desequilibrada, deficiente o excesiva, o un deterioro de absorción, de asimilación o utilización del alimento.

Maniobra de Valsalva

Esfuerzo de espiración forzada en contra del obstáculo que opone una vía aérea cerrada, tal y como sucede cuando el sujeto contiene la respiración y tensa los músculos en un esfuerzo enérgico y coordinado para mover un objeto pesado o para cambiar de postura en la cama.

Marcha

Forma o estilo de caminar, que incluye el ritmo, la cadencia y la velocidad.



Masticar

Mascar o desgarrar la comida con los dientes al mismo tiempo que se mezcla con la saliva.

Mecánica corporal

Esfuerzos coordinados de los sistemas músculo esquelético y nervioso para mantener el equilibrio, la postura y el alineamiento orgánico adecuados.

Medidas preventivas de enfermería

Medidas de enfermería orientadas a prevenir la enfermedad y fomentar la salud, para no tener que recurrir a la asistencia sanitaria primaria, secundaria o terciaria.

Medidas universales de precaución

Conjunto de medidas recomendadas a los profesionales de la asistencia sanitaria para evitar la exposición al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), causante del SIDA, agentes patógenos de origen sanguíneo, como la hepatitis y el VIH

Melena

Deposición anormal, viscosa y de color negro, que contiene sangre digerida; indicativa de hemorragia gastrointestinal.

Menarquía

Presentación de la primera menstruación en una mujer.

Metabolismo

El conjunto de todos los procesos químicos que se desarrollan en organismos vivos, dando lugar al crecimiento, la producción de energía. La eliminación de los productos de desecho y otras funciones relacionadas con el transporte sanguíneo de nutrientes después de la digestión.

Micción

Acto de salida o expulsión de la orina de forma voluntaria a través de la uretra.

Microorganismos

Seres microscópicos capaces de realizar procesos vivos, tales como las bacterias, los virus y los hongos.

Minerales

Elementos inorgánicos esenciales para el organismo debido a su papel como catalizadores de las reacciones bioquímicas.

Modelado

Técnica por la que una persona aprende una respuesta dada observando cómo la desarrolla otra persona.



Motivación

Impulso interno que hace que una persona realice una acción.

Movilidad

Capacidad de una persona para moverse libremente.

Músculos accesorios

Músculos de la caja torácica que participan en la respiración.

Músculos antagonistas

Músculos que trabajan de forma conjunta para ejecutar un movimiento en una articulación.

Músculos antigravitatorios

Músculos que participan en la estabilización de las articulaciones, oponiéndose al efecto de la gravedad sobre el cuerpo.

Músculos sinérgicos

Músculos que se contraen a la vez para realizar el mismo movimiento.

Necesidades fisiológicas

Requerimientos del ser humano para su supervivencia, entre los que se incluyen los referentes a oxígeno, líquido, nutrición, temperatura, eliminación y refugio.

Necrótico

Relativo a la muerte de un tejido como consecuencia de una enfermedad o lesión.

Negligencia

Acto de omisión o comisión que, por descuido, ocasiona una lesión a otra persona.

Neumotórax

Acumulación de aire o gas en el espacio pleural.

Nistagmo

Movimiento involuntario y rítmico de los ojos; las oscilaciones pueden ser horizontales, verticales, rotatorias o mixtas. Puede ser indicativo de enfermedad vestibular, neurológica o vascular.

Nutrición parenteral total (NPT)

Administración de una solución hipertónica compuesta por glucosa, proteínas, minerales y vitaminas a través de un catéter permanente colocado en la vena cava superior. Se utiliza en usuario(a) con coma prolongado o con mal absorción grave



no controlada, quemaduras extensas, fístulas GI y otros trastornos en los que la alimentación por vía oral no proporciona suficientes nutrientes.

Nutrientes

Alimentos que contienen los elementos necesarios para las funciones del organismo, incluidos el agua, los hidratos de carbono, las proteínas, las grasas, las vitaminas y los minerales.

Obesidad

Aumento anormal de la proporción de células grasas, principalmente en las vísceras y en los tejidos subcutáneos.

Obtención de datos

Fase de la valoración del procedimiento de enfermería en la que se reúne toda la información subjetiva y objetiva pertinente sobre el usuario(a). La obtención de datos incluye la historia clínica de enfermería, la exploración física, los datos y pruebas de diagnóstico de laboratorio y la información proporcionada por los miembros del equipo sanitario, por los familiares y amistades del usuario(a).

Oftálmicos

Fármacos depositados en el ojo, en forma de gotas o pomadas oculares.

Olfativo

Relativo al sentido del olfato.

Orientación sexual

Preferencia erótica clara y persistente por una persona del mismo sexo o del sexo contrario.

Orientación temporal

Valor que el usuario(a) asigna a la rapidez, a la planificación del futuro y al establecimiento de citas, elementos importantes en la programación de la asistencia a largo plazo y de los tratamientos que el usuario(a) deberá seguir una vez dado de alta.

Orina residual

Volumen de orina que permanece en la vejiga después de una micción normal; normalmente la vejiga queda prácticamente vacía después de la micción.

Ortopnea

Situación anómala en la que el sujeto, para respirar cómodamente, tiene que estar sentado o de pie.



Osmolaridad

La concentración o presión osmótica de una solución expresada en osmoles o miliosmoles por kilo de agua.

Osmorreceptores

Receptores sensibles a la concentración líquida del plasma sanguíneo; regulan la secreción de hormona antidiurética.

Osmosis

Movimiento de un soluto puro a través de una membrana semipermeable desde una solución con una concentración de soluto menor hacia otra con una concentración de soluto mayor.

Osteoporosis por desuso

Disminución de la masa esquelética que acompaña habitualmente a la inmovilidad o a la parálisis.

Ostomía

Procedimiento quirúrgico que consiste en la realización de una abertura en la pared abdominal para permitir la salida del contenido intestinal desde el intestino (colostomía) o el contenido urinario desde la vejiga (urostomía).

Ototóxico

Que posee un efecto nocivo sobre el VIII nervio craneal (vestibulococlear) o sobre los órganos de la audición o el equilibrio.

Oxímetro:

Es un aparato médico que mide de manera indirecta la saturación de oxígeno de la sangre de un paciente, directamente a través de una muestra de sangre.

Usuario(a) ambulatorio

Usuario(a) no ingresado en el hospital que recibe tratamiento en una clínica o instalación asociada al hospital.

Paliativo

Relativo al tratamiento diseñado para aliviar o reducir la intensidad de los síntomas molestos, pero no para producir la curación.

Palidez

Baja intensidad de color o ausencia de color de la piel.



Palpación

Método de exploración física por el que el examinador aplica los dedos o las manos sobre el cuerpo del usuario(a) con el fin de percibir las partes situadas por debajo de la piel.

Palpitaciones

Salto o aceleración del corazón asociados a emociones normales o a un trastorno cardíaco.

Parásito

Organismo que vive dentro o sobre otro organismo y que se nutre de él.

Paro cardíaco

Cese súbito del gasto cardíaco y de la circulación eficaz.

Patógenos

Microorganismos capaces de producir una enfermedad.

Percepción

Imagen mental o concepto que tiene una persona de los elementos de su entorno y en la que interviene la información obtenida a través de los sentidos.

Percusión

Método de exploración física que permite determinar la localización, el tamaño y la densidad de una región corporal a través del sonido obtenido al dar golpecitos cortos y rápidos con los dedos.

Percusión torácica

Acción de golpear la pared torácica con la mano ahuecada para facilitar la movilización y el drenaje de las secreciones pulmonares.

Pérdida de maduración

Pérdida, que suele ser un aspecto del propio yo, como resultado de los cambios normales del crecimiento y el desarrollo.

Pérdida insensible de agua

Pérdida de líquido corporal por evaporación, como sucede normalmente durante la respiración.

Peristalsis

Contracciones rítmicas del intestino que propulsan el contenido gástrico a lo largo del tracto gastrointestinal.



Pigmento

Material colorante orgánico, como la melanina, que confiere color a la piel.

Pirexia

Elevación anormal de la temperatura corporal por encima de 37° debido a una enfermedad. Sinónimo de fiebre.

Pirógeno

Sustancias que producen una elevación de la temperatura corporal, como las toxinas bacterianas.

Plan de asistencia de enfermería

Resumen escrito o esquema que incluye la identificación de los resultados esperados para la resolución del problema, así como las intervenciones concretas y las instrucciones de enfermería. El plan de asistencia, un documento legal que forma parte del registro escrito del usuario(a), documenta y garantiza el seguimiento del procedimiento de enfermería.

Plano frontal

Línea vertical que atraviesa el cuerpo de lado a lado y que lo divide en una parte anterior y otra posterior.

Plano sagital

Línea que atraviesa el cuerpo desde la parte anterior a la posterior, dividiéndolo en un lado derecho y otro izquierdo.

Plano transversal

Cualquiera de los planos que atraviesan el cuerpo perpendicularmente a los planos frontal y sagital, dividiéndolo en una parte craneal y otra caudal.

Portadores

Animales o personas que transportan y transmiten los microorganismos causantes de enfermedades, pero que no desarrollan la enfermedad.

Prescripción

Instrucciones escritas sobre un determinado agente terapéutico, esto es, un medicamento, un fármaco.

Presión de pulso

Diferencia entre las presiones sistólica y diastólica, normalmente 30-40 mmHg.

Presión hidrostática

Presión causada por un líquido.



Procedimiento de enfermería

Método sistemático de resolución de problemas por el que el personal de Enfermería, personaliza la asistencia al usuario(a). El procedimiento tiene como fin el seguir ciertos pasos predefinidos para desarrollar una labor de manera eficaz.

Profesionalidad

Conducta o cualidades que caracterizan o distinguen a un profesional.

Promoción de la salud

Actividades dirigidas a mantener o mejorar la salud y bienestar del usuario (a).

Prueba de esfuerzo

Evaluación de la resistencia cardiopulmonar del usuario(a) en la actividad física. En la prueba suele realizarse un ECG y un estudio de la función respiratoria.

Prueba del quayaco

Prueba para la detección de sangre oculta en heces.

Pruebas de función pulmonar

Método para determinar la capacidad de los pulmones para intercambiar eficazmente oxígeno y dióxido de carbono.

Ptosis

Trastorno de uno o ambos párpados superiores caracterizado por el descenso del párpado como consecuencia de la debilidad del músculo elevador o de la parálisis del III par craneal.

Pulso apical

Latido cardíaco tomado con la campana o membrana del estetoscopio apoyada en la punta del corazón.

Pulso carotideo

Latido rítmico palpado sobre la arteria carótida.

Pulso cubital

Pulso de la arteria cubital, que se palpa a lo largo de la cara cubital del antebrazo.

Pulso femoral

Latido rítmico palpado sobre la arteria femoral.

Pulso humeral

Latido rítmico palpado sobre la arteria humeral.



Pulso pedio

Latido rítmico palpado sobre la arteria pedía.

Pulso poplíteo

Pulso de la arteria poplíteo, que se palpa en la cara posterior de la rodilla en flexión, estando el usuario(a) en decúbito prono.

Pulso radial

Pulso de la arteria radial palpado en la muñeca sobre el radio. Este pulso es el que se toma con mayor frecuencia.

Pulso tibial posterior

Pulso de la arteria tibial posterior, que se palpa en la cara medial del tobillo, inmediatamente por detrás del maléolo interno.

Punción venosa

Técnica que consiste en la punción de una vena por vía transcutánea mediante un fiador rígido afilado (como una aguja en mariposa), una cánula (como un angiocatéter que contiene un catéter flexible de plástico) o una aguja fijada a una jeringuilla.

Registro

Forma escrita de comunicación que reúne de manera permanente información relacionada con el tratamiento de asistencia sanitaria.

Registro de referencia

Modelo de historia clínica en el que cada departamento o especialidad dispone de su propia sección.

Registros computadorizados

Sistema que contiene toda la información pertinente para la solicitud, prestación y documentación de asistencia sanitaria a un usuario(a) determinado.

Reposo en cama

Permanencia del usuario(a) en cama durante un período prescrito por razones terapéuticas.

Resistencia de las vías respiratorias

Es la diferencia de presión entre la boca, nariz y otras vías y los alvéolos.

Respiración abdomino-diafragmática

Respiración en la que, durante la inspiración, el abdomen se desplaza hacia adelante, mientras que el diafragma desciende.



Respiración con los labios fruncidos

Inspiración profunda seguida de una espiración prolongada a través de los labios fruncidos.

Respiración diafragmática

Tipo de respiración en la que el abdomen se distiende mientras el diafragma desciende durante la inspiración.

Respiración externa

Movimiento de aire entre el medio externo y los alvéolos pulmonares.

Respiración interna

Movimiento de oxígeno a nivel celular entre la hemoglobina y los tejidos.

Responsabilidad

Capacidad de responder de los propios actos.

Respuesta inflamatoria

Reacción localizada a un traumatismo, que evita la diseminación de la infección y favorece la curación de una herida.

Retención urinaria

Retención de orina en la vejiga; Trastorno causado con frecuencia por una pérdida temporal de la función muscular.

Retroalimentación

Proceso por el que la información de salida de un sistema vuelve al mismo.

Ritmo circadiano

Repetición de determinados fenómenos fisiológicos en un ciclo de 24 horas.

Ruidos anormales

Sonidos pulmonares anómalos percibidos durante la auscultación.

Ruidos de Korotkoff

Ruidos escuchados al tomar la presión arterial utilizando el esfigmomanómetro y el estetoscopio.

Salud

Estado dinámico en el que el sujeto se adapta a su medio interno y su medio externo, estableciéndose una situación de bienestar físico, emocional, intelectual, social y espiritual.



Salud espiritual

Conciencia y receptividad en relación con un sistema de creencias, un ser supremo o un dios; presencia trascendente en el interior de cada persona.

Salud familiar

Determinada por la eficacia de la estructura familiar, por los procedimientos que utiliza la familia para conseguir sus objetivos y por los recursos internos y externos.

Saturación de oxígeno

Cantidad de hemoglobina totalmente saturada con oxígeno, facilitada como cifra porcentual.

Segmentación

Contracción y relajación alternantes de la mucosa gastrointestinal.

Sibilancias

Ruidos pulmonares anormales con origen en un bronquio estrechado.

Sístole

Contracción del corazón que conduce la sangre hacia la aorta y las arterias pulmonares. El comienzo de la sístole coincide con el primer ruido cardíaco percibido por auscultación y con el latido de la punta, el cual es palpable.

Socialización

Proceso de desarrollo en una cultura determinada y de adquisición de las características de un grupo dado.

Solución

Mezcla de una o más sustancias disueltas en otra sustancia. Las moléculas de cada una de las sustancias se dispersan de forma homogénea y no experimentan cambios químicos. Las soluciones pueden ser líquidas, gases o sólidos.

Soplo

Sonido anormal o murmullo percibido al auscultar un órgano, una glándula o una arteria.

Soplos

Ruidos de soplo o de tránsito provocados por alteraciones del flujo sanguíneo a través del corazón o por anomalías en el cierre de las válvulas.



Sublingual

Vía de administración de medicamentos, en la que el fármaco se coloca bajo la lengua del usuario(a).

Sueño

Estado caracterizado por una conciencia reducida, una menor actividad de los músculos esqueléticos y un metabolismo deprimido.

Supinación

Posición de la mano con la palma hacia abajo.

Taquicardia

Frecuencia cardíaca regular y rápida que oscila entre 100 y 150 latidos por minuto.

Taquipnea

Frecuencia aumentada anormalmente de la respiración.

Taxonomía

Sistema de clasificación de los diagnósticos de enfermería en amplios grupos de patrones de respuesta humana.

Termorregulación

Control interno de la temperatura corporal.

Tinitus

Campanilleo escuchado en uno o ambos oídos.

Tolerancia

Punto a partir del cual una persona está dispuesta a aceptar un dolor de mayor intensidad o duración.

Tono muscular

Estado normal de tensión muscular en equilibrio.

Tos productiva

Expulsión súbita de aire de los pulmones, que elimina eficazmente el esputo del tracto respiratorio y colabora a la limpieza de las vías aéreas.

Valoración

Primera fase del cuidado de enfermería; las actividades que integran esta primera fase son la recogida de datos y su verificación, clasificación y documentación. El objetivo es reunir información para identificar el problema sanitario que se presenta.



Varices

Alteraciones de las venas caracterizadas por la inflamación y la irregularidad de la forma o el trayecto.

Vasoconstricción

Estrechamiento de la luz de cualquier vaso sanguíneo, especialmente de las arteriolas y las venas de los reservorios de sangre de la piel y las vísceras abdominales.

Vasodilatación

Aumento de diámetro de un vaso por inhibición de sus nervios vasoconstrictores o estímulo de los dilatadores.

Ventilación

Proceso respiratorio por el cual los gases entran y salen de los pulmones.

Vías aéreas respiratorias

Parte de las vías aéreas pulmonares en la que tiene lugar el intercambio de oxígeno y dióxido de carbono.

Vibración

Suave presión de agitación aplicada por las manos sobre la pared torácica solo durante la espiración.

Volumen sistólico

Cantidad de sangre expulsada por los ventrículos en cada contracción

	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 41 de 492
Manual Técnico	Manual de Procedimientos de Enfermería	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

2.2 ABREVIATURAS

- NVO: nada por vía oral
- CC/hrs: centímetros cúbicos por hora
- IM: intramuscular
- IV: intravenoso
- Sc: subcutáneo
- VO: vía oral
- Dx: diagnóstico
- SS: suspendido
- CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social
- a.m.: ante meridiano
- p.m.: post meridiano
- PRN: en caso necesario
- RX: rayos equis
- ARSDT: Área Regulación, Sistematización, Diagnóstico y Tratamiento.
- DDSS: Dirección Desarrollo Servicios de Salud.
- NA: No aplica
- EBAIS: Equipo básico de atención integral en salud
- OMS: Organización Mundial de la Salud
- ATAP: Asistente Técnico de Atención Primaria.
- DPSS: Dirección de Proyección Servicios de Salud
- ASADA: Acueducto rural
- A y A: Acueductos y alcantarillados
- ICE: Instituto Costarricense de electricidad
- ESPH: Empresa de Servicios Públicos de Heredia
- MT: Manual Técnico.
- GM: Gerencia Médica.
- ENF: Enfermería.

2.3 SÍMBOLOS





3. REFERENCIAS NORMATIVAS

Constituye el fundamento legal que faculta a una determinada unidad de atención de enfermería para establecer y operar procedimientos con la normatividad vigente, congruente con la naturaleza propia del manual en el ámbito de su competencia:

NÚMERO	NOMBRE DE LA NORMATIVA	AÑO
1.	Ley de Control Interno.	31-07-2002
2.	Ley 7085- y su reglamento 2343: Colegio de Enfermera(o)s (o) de Costa Rica	San José, abril de 1989
3.	Reglamento 2343: Reglamento a la Ley Orgánica del Colegio de Enfermera(o)s de Costa Rica	Mayo 1959
4.	Ley de Administración Pública	1978
5.	Ley Constitutiva de la Caja	Octubre 1943
6.	Código de Ética del Funcionario de la Caja Costarricense de Seguro Social	1999
7.	Ley n° 8239 derechos y deberes de las personas usuarias de servicios de salud públicos y privados	2002
8.	Ley General de Salud	1973
9.	Reglamento interno de trabajo Caja Costarricense Seguro Social	2011
10.	Manual de Infecciones Intrahospitalarias	2007
11.	Manual de enfermería perioperatoria	2012
12.	Manual de visita domiciliaria en el programa de atención primaria.	2003
13.	Política institucional de la Caja Costarricense Seguro Social de calidad y seguridad del usuario(a).	2007
14.	Reglamento expediente de salud CCSS	2009
15.	Manual de esterilización CCSS	2005
16.	Código de ética Colegio de Enfermeras de Costa Rica	2010
17.	Manual de estándares de enfermería	2007
18.	Política nacional de Enfermería	2009
19.	Plan nacional de Enfermería	2011



4. ALCANCE Y CAMPO DE APLICACIÓN

Este manual es de acatamiento obligatorio para todas las personas trabajadoras del servicio de Enfermería, estudiantes, contratistas u otros usuarios que laboran en los tres niveles de atención de salud de la CCSS.

El área o campo de aplicación del procedimiento:

- Área hospitalaria
- Consulta externa
- Atención domiciliaria
- El hogar

Políticas de operación, normas y lineamientos

Unificar los criterios relacionados con los diferentes procedimientos en la parte operativa del quehacer de enfermería, así como el rol y las responsabilidades en el cuidado a las personas en los tres niveles de atención.

Se establecen responsables de la operación del procedimiento:

- Profesionales de enfermería.
- Estudiantes de enfermería (con la supervisión correspondiente).
- Auxiliares de enfermería (por delegación y con supervisión).
- Cuidadores o familiares del usuario(a), previa educación y orientación e información del profesional de enfermería.

5. OBJETIVOS

5.1. OBJETIVO GENERAL

- Disponer de un Manual de procedimientos de Enfermería, en la Caja Costarricense de Seguro Social, que permita guiar, educar, orientar, respaldar y regular el quehacer de enfermería en la atención de las personas en las diferentes etapas de desarrollo de la vida y escenarios de atención,

5.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Elaborar el Manual de Procedimientos de Enfermería, que identifique los lineamientos, ético legal y científico-técnico, que fundamente el quehacer de Enfermería.



- Identificar los escenarios de intervención en salud, en que actúa y participa enfermería en la organización.
- Orientar la construcción del procedimiento, considerando las determinantes bajo el concepto de salud (conciencia-conducta, biológico, social, cultural, ecológico, psicológico).
- Determinar el enfoque epistemológico de enfermería que lo fundamenta.
- Establecer los elementos que conforman los procedimientos.
- Enunciar los diferentes procedimientos de enfermería contemplados en la organización.
- Clasificar según complejidad cada una de los procedimientos, bajo el enfoque de riesgo.
- Validar el Manual de Procedimientos para su implementación.

6. METODOLOGÍA

Según I. Chiavenato “el mundo de hoy es una sociedad compuesta de organizaciones. Todas las actividades dirigidas hacia la producción de bienes (productos) o a la prestación de servicios son planeadas, coordinadas, dirigidas y controladas dentro de la organización, la cual está constituida por personas, recursos físicos y materiales, recursos financieros, recursos tecnológicos, etc.”. (Chiavenato, 2000)

La vida de las personas depende de las organizaciones y estas dependen del trabajo de aquellas. Las personas nacen, crecen, aprenden, viven, trabajan, se divierten, estudian, son curadas y mueren dentro de las organizaciones.

Aspectos metodológicos del manual de procedimiento

Siendo un manual la concentración sistemática de elementos administrativos propuestos para alcanzar un objetivo, su función en la organización es garantizar la conducta uniforme en las actividades, además de orientar a quien lo consulta sobre aspectos relacionados con técnicas, procedimientos y organización.



Los objetivos que pretende este manual de procedimientos se orientan a:

- Precisar funciones
- Ser fuente de información
- Unificar criterios
- Simplificar el trabajo
- Establecer rutinas de trabajo
- Permitir el mejor aprovechamiento de recursos
- Facilitar la adaptación del personal de nuevo ingreso
- Ser un medio de comunicación
- Servir de instrumento de control.
- Fundamentar científicamente las actividades a ejecutar por el equipo de enfermería.

El manual de procedimientos contiene la secuencia cronológica de las operaciones de un determinado trabajo:

- a) Datos generales sobre la organización
- b) Contenido
- c) Introducción
- d) Procedimientos
- e) Revisión Bibliográfica.

Propósitos de este Manual:

Se espera que los miembros del equipo de enfermería según sus competencias y roles ocupacionales fortalezcan los procesos cognitivos, psicomotrices y/o actitudinales en el desarrollo de los diferentes procedimientos y cuidados de enfermería que el usuario requiere.

Participantes del proceso:

Para facilitar el proceso de construcción de este Manual, participaron profesionales de enfermería con experiencia clínica, docente, educativa y en investigación de los diferentes niveles de atención. Además, se atendieron los aportes y recomendaciones de profesionales de enfermería de diferentes escenarios de atención en salud del país.



7. DESARROLLO DEL TEMA

7.1 MARCO CONCEPTUAL O DE REFERENCIA

Marco teórico. Conceptualización de manual de procedimientos.

El manual de procedimientos es un componente del sistema de control interno. Se crea para obtener una información detallada, ordenada, sistemática e integral que contiene todas las instrucciones, responsabilidades e información sobre políticas, funciones, sistemas y procedimientos de las distintas operaciones o actividades que se realizan en una organización. Fundamentos científico técnicos.

Definiciones operacionales del manual:

Enfermería: Es la ciencia y el arte de cuidar de la salud del individuo, la familia y la comunidad. Su campo de acción es la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención de la enfermedad y la participación en su tratamiento, incluyendo la rehabilitación de la persona, independientemente de la etapa de crecimiento y desarrollo en que se encuentra. El objetivo de la enfermería es mantener al máximo el bienestar físico, mental, social y espiritual del ser humano. (Dugas, 2000)

Práctica de la Enfermería: Es la gestión del cuidado directo del individuo, la familia y la comunidad. Incluye el estimado de necesidades, la planificación y ejecución del cuidado de enfermería y la evaluación de las acciones de enfermería. Se utiliza para ello un cuerpo sistemático de conocimientos propios de la disciplina, juicios y destrezas basados en los principios, observaciones y puntos claves de las ciencias biológicas, físicas, sociales y de la conducta humana. (Dugas, 2000)

Esta práctica tiene el propósito de utilizar al máximo el potencial físico, emocional, espiritual y social del ser humano; promover y mantener la salud y prevenir la enfermedad; formular diagnóstico de enfermería y atender los problemas de salud de la persona que requiera intervención de enfermería; cuidar y rehabilitar al enfermo; ejecutar medidas terapéuticas incluyendo la administración de medicamentos y tratamientos de conformidad con las leyes vigentes.

Se reconoce el rol independiente del profesional de enfermería basado en juicio crítico, el dominio de destrezas y conocimientos especializados en la categoría que corresponda. Mediante todas las acciones de enfermería, se observa, se garantiza y se aboga por el respeto a la dignidad del ser humano. Se reconoce el derecho de todo ciudadano a recibir servicios de enfermería de calidad, cantidad y con enfoque en la calidez.



Proceso:

Serie de pasos interrelacionados dirigidos a alcanzar una meta en común.

Proceso de Enfermería: Es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, que permite sistematizar el cuidado de manera lógica, racional y humanista. Se compone de cinco fases interrelacionadas que se procesan en el siguiente orden: valoración, diagnóstico de enfermería, planificación, acciones (intervención) y evaluación.

Valoración: Primera fase del proceso de enfermería en la que el profesional recopila información del usuario o la familia. Esta información es continua y se realiza por medios de entrevista, observación, expediente, historial de enfermería y examen físico.

Diagnóstico de enfermería: Es el juicio clínico que hace el profesional de enfermería luego de finalizar la valoración. Es el criterio clínico que realiza el profesional de enfermería, después de la valoración del usuario y familia, para realizar una adecuada intervención con base en sus conocimientos y destrezas.

Planificación de cuidado: Es la determinación de objetivos a corto y largo alcance y de las acciones de enfermería a ser realizadas para alcanzarlos.

Acciones de enfermería (intervención): Son estrategias o actividades que realiza el profesional de enfermería para alcanzar los objetivos establecidos.

Evaluación: Es la valoración constante de las respuestas del usuario a las acciones de enfermería realizadas.

Registro y documentación: Son aquellas acciones específicas que documentan el actuar profesional.
(Carpenito, 2003)

Usuario: Individuo o familia que recibe cuidado de enfermería.

Escenario de atención: Contexto en el cual se brinda cuidado de enfermería en forma integral.

Equipo interdisciplinario: Grupo de profesionales de diferentes disciplinas que interviene en la atención con un propósito en común.

Destrezas clínicas: Habilidades que desarrolla el profesional de enfermería en la realización de procedimientos y acciones.



Conceptos: Unidades de pensamiento que se expresan con un término preciso. Representan aspectos de la realidad que son objetivables. Cada disciplina utiliza conceptos distintos que tienen un significado concreto, formando un código común de términos propios.

Modelo: Representación de la realidad, abstracción, imagen mental que nos ayuda a comprender algo que no se puede ver o de lo que sabemos poco.

Estándar: Criterio de medición de valor cuantitativo o cualitativo establecido por la profesión como nivel de excelencia para la práctica de enfermería.

Ciencia: Forma de orientar el conocimiento en un campo específico que desarrolla una metodología o proceso para adquirir nuevo conocimiento. La ciencia de enfermería consiste en observar, describir, identificar, explicar e intervenir en las diversas situaciones del proceso salud/enfermedad y del desarrollo vital de las personas, proporcionando bases racionales para dirigir, ordenar, dar continuidad y evaluar el resultado de su intervención.

Filosofía: Base de referencia de los componentes de la ciencia, sin implicación empírica, donde se reflejan creencias, valores, metas y opiniones.

Entorno: Aquello que enmarca o rodea a la persona y que comprende aspectos de su medio interno (factores intrapersonales) y del externo con una repercusión directa en la actuación de la enfermera(o) y en el bienestar de la persona y su salud.

Salud: (meta de los cuidados enfermeros(a): es un estado dinámico que cambia dentro de un continuum salud-enfermedad. Debe ser contemplada desde las áreas de promoción, prevención, mantenimiento, recuperación y rehabilitación, con objeto de orientar la actuación de enfermería.

Enfermería: Profesión que basa su intervención en un servicio de atención integral en el proceso salud-enfermedad.

Teoría: Conjunto de conceptos, definiciones y proposiciones; el modelo es un referente ideal que representa de manera simplificada una teoría.

Persona: Receptor de los cuidados de la familia, el grupo, la comunidad. Desde el enfoque ético y bioético, la enfermería tiene la responsabilidad de cuidar la salud de las personas y debe hacer que estas mejoren para que la naturaleza pueda actuar sobre ella. (Nightingale F, 1859)

Cuidados: Son todas las acciones dirigidas a promover el bienestar integral del usuario. La profesión de enfermería tiene la responsabilidad de desarrollar



estándares de práctica que describan la ejecución mínima esperada y de establecer criterios para la evaluación de una ejecución efectiva.

Estándares de enfermería

Bajo el concepto de estándar como un patrón, norma o medida que se utiliza para efectuar comparaciones de entidades similares. (CCSS, enfermería, 2003) se orienta este manual, que fundamenta su propósito en los siguientes aspectos:

- Promover y facilitar la realización de un trabajo de calidad y cantidad adecuada.
- Brindar una atención oportuna, continua, humana y de buena calidad al individuo, familia y comunidad

Cuyas fuentes son:

- Juicio de experto
- Investigación
- Realización de prácticas
- Base científica

Para la obtención de los siguientes beneficios:

- Da una mayor coherencia a la organización.
- Facilita los procesos de capacitación.
- Disminuye la posibilidad de errores
- Facilita el control y la calidad.
- Optimiza recursos.
- Facilita las comunicaciones.
- Mejora la calidad de la información.
- Mejora la orientación a los usuarios.
- Mejora la toma de decisiones.
- Estimula el trabajo en equipo

Calidad y seguridad de la atención:

El enfoque de la calidad es eje fundamental en la aplicación de este manual de procedimientos, sin duda alguna cada momento de encuentro con la persona en la atención en salud requiere una reflexión por parte de las personas que ejecutan las acciones de cuidado.



Es así que el sistema de salud requiere que todos los responsables de brindar atención a la población se involucren en las acciones destinadas a mejorar la calidad del servicio en los diversos ámbitos. La enfermería, a nivel internacional, trabaja arduamente por mejorar la calidad de la formación, la asistencia, la investigación y la gestión de enfermería con el fin de lograr así la seguridad del paciente. (Ortega C, 2006.)

Por ello es necesario identificar los criterios que sustentan la enfermería como profesión, la misión y las directrices que rigen la responsabilidad social, así como los criterios internacionales para evaluar la seguridad del usuario. Dentro de los programas de garantía de calidad, la seguridad del usuario no es una moda, ni un nuevo enfoque en los servicios de salud, sino una responsabilidad profesional implícita en el acto del cuidado. Se debe preparar enfermeras(os) que tengan una visión de su profesión como disciplina científica, que se preocupen por el bien fundamental de la humanidad y que sean capaces de brindar cuidados oportunos, de calidad y libres de riesgo (Política de seguridad del paciente CCSS, 2007)

La enfermería es una profesión con profundas raíces humanistas, genuinamente preocupada por las personas que confían en su cuidado, en especial de quienes experimentan una situación de enfermedad y sufrimiento. Es una actividad formal que aprecia y valora la conciencia colectiva del gremio. Sus fundamentos dan sustento a una práctica profundamente holística que ha evolucionado con el avance técnico-científico. Acorde con su propósito de superación, se acoge a la corriente que tiende a garantizar la calidad en los sistemas de los servicios de salud y que busca satisfacer las necesidades de la sociedad. (Ortega C, 2006.)

El abordaje por parte de enfermería de temas de calidad y efectividad de los tratamientos en los usuarios(as), se remonta a tiempos pasados, como se puede apreciar en el postulado de Florence Nightingale, cuando planteó que "...las leyes de la enfermedad pueden ser modificadas si comparamos tratamientos con resultados..." (ACAMI., 2006)

La calidad en la atención de enfermería es un concepto complejo que comprende la asistencia acorde con el avance de la ciencia, a fin de implantar cuidados que satisfagan las necesidades de cada uno de los usuarios(as) y asegurar su continuidad. (prensa, 2002)

La enfermería abarca los cuidados autónomos y en colaboración que se prestan a las personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o sanos, en todos los contextos, e incluye la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, y los cuidados de los enfermos, discapacitados, y personas moribundas. Funciones esenciales de la enfermería son la defensa, el fomento de un entorno seguro, la investigación, la formación, la participación en la política de



salud y en la gestión de los usuarios(as) y los sistemas de salud. (Enfermería:, 2006)

La enfermería es una profesión porque:

- √ Provee un servicio a la sociedad.
- √ Posee un cuerpo de conocimientos y habilidades propias, que busca constantemente acrecentar su competencia para mejorar la calidad de sus servicios.
- √ Cuenta con un objeto de estudio, el cuidado de la persona
- √ Establece sus propias normas y políticas para controlar sus actividades.
- √ Se encarga de la preparación de las personas que van a desempeñar la profesión.
- √ Adapta sus servicios a las necesidades que se le van presentando.
- √ Acepta la responsabilidad y el compromiso de proteger al público al que sirve.
- √ Las personas que la ejercen potencializan sus facultades.
- √ Regula su propia práctica.
- √ Se ajusta a un código de conducta basado en sus principios, observaciones y puntos claves éticos.
- √ Convoca la unión de sus miembros con el propósito de alcanzar objetivos comunes en respuesta al encargo social.

La finalidad y el objetivo de la prestación de los servicios de enfermería, consisten en cumplir las metas inherentes a la definición de esta profesión que, con su calidad humana y como elemento fundamental del sistema de salud, ha sido una fuerza importante para delinear el futuro del sistema. (Rev Cubana Enfermer 2006;22(3))

Es indudable que los cambios que se han producido en el sistema del servicio de salud han repercutido en el ejercicio de la enfermería, por lo que es inevitable hacer innovaciones en este campo, no escapándose el profesional de enfermería del escenario como es la CCSS

Enfermería basada en la evidencia

La enfermería basada en la evidencia es un movimiento que, apoyándose en las bases conceptuales de la medicina basada en la evidencia aboga por la utilización juiciosa del conocimiento en la práctica clínica. En este sentido, asume la definición de Sackett, como la utilización consciente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia clínica disponible para tomar decisiones sobre el cuidado de cada usuario(a), así como los cuatro conceptos generales que la sustentan: la investigación, la experiencia del clínico, las preferencias y valores de los usuarios(as) y los recursos disponibles. (Rojas, 2012).



Pero las pruebas científicas en enfermería tienen unas connotaciones especiales. Desde la perspectiva de la práctica, la concepción de la práctica de la enfermería se ve modificada, en la medida que brinda la posibilidad de revisar, reconstruir y rehacer los servicios que presta la enfermera(o) a la luz de pruebas válidas (aproximación a la verdad) y útiles (aplicabilidad clínica) procedentes de la investigación.

Visto de esta manera, las pruebas científicas son, en enfermería, un instrumento de extraordinaria utilidad para mejorar la eficiencia de la práctica asistencial. Las evidencias científicas en enfermería otorgan la autoridad para cambiar la realidad asistencial con base en argumentos sólidos y bien informados. Usadas con sabiduría, son un medio excelente para difundir la voz de la enfermera(o) en los sistemas de salud, y para mejorar la práctica asistencial y el cuidado de las personas a las que atiende diariamente. Bajo la guía del método científico.

Medidas de bioseguridad aplicadas en enfermería:

Es el conjunto de normas y procedimientos que garantizan el control de los factores de riesgo, la prevención de impactos nocivos y el respeto de los límites permisibles, sin atentar contra la salud de las personas que laboran y/o manipulan elementos biológicos, técnicas bioquímicas, experimentaciones genéticas y sus procesos conexos; igualmente, garantizan que el producto de estas investigaciones y/o procesos no atenten contra la salud y el bienestar del consumidor final ni contra el ambiente.

Al respecto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (1997) señala la bioseguridad como el "...conjunto de medidas destinadas a proteger la salud y seguridad del personal que labora frente a riesgos provenientes de agentes biológicos, físicos y químicos". Es decir comprende estrategias, acciones o procedimientos que deben ser considerados para evitar o prevenir los riesgos presentes en el área de trabajo.

Dentro del concepto de bioseguridad, deben abarcarse también todos los aspectos que, en relación con el ambiente quirúrgico, puedan afectar negativamente al personal de salud, incluso a usuarios(as); por lo tanto, debe prestarse atención al espacio físico, a la limpieza e higiene del área y a la capacitación del personal, sin olvidar que el trabajo en cirugía es una interacción multidisciplinaria entre médicos, estudiantes, profesionales de enfermería y personal de anestesia.

Toda medida preventiva debe estar enmarcada dentro de los principios, observaciones y puntos claves que fundamentan la bioseguridad en todo nivel. Al respecto, Barriga y Castillo (2004) refieren que estos pueden resumirse en tres postulados:



Universalidad

Se debe involucrar al personal y los usuarios(as) de todos los servicios, aun sin conocer su serología y seguir con el cumplimiento de los estándares para prevenir exposición a riesgos.2256819

Barreras

Tiene que ver con evitar la exposición directa a sangre u otros fluidos contaminantes y sustancias nocivas, mediante la aplicación de medidas o materiales que se interpongan al contacto de los mismos.

Medios de eliminación de material contaminado

Se refiere al conjunto de dispositivos y procedimientos adecuados por medio de los cuales el material utilizado en la atención del usuario(a) se elimina sin riesgo. Estas medidas preventivas se deben aplicar a la sangre, a todos los fluidos, secreciones y excreciones corporales, excepto el sudor, independientemente de la presencia de sangre visible, piel no intacta y membranas mucosas.



MARCO METODOLÓGICO

Enfoque epistemológico: Constructivista

Sujetos participantes

- ↪ Profesionales de enfermería
- ↪ Estudiantes de enfermería
- ↪ Auxiliares de enfermería
- ↪ Asistentes de pacientes
- ↪ Estudiantes del curso de auxiliares de enfermería

Variables

- ↪ Manual de procedimientos
- ↪ Principios, observaciones y puntos claves científicos
- ↪ Riesgo
- ↪ Seguridad
- ↪ Calidad
- ↪ Proceso de atención de enfermería
- ↪ Cuidado

Tipo de estudio

Descriptivo – explicativo

Alcance y ámbito de aplicación

Alcance: estandarización en la ejecución de los procedimientos propios del quehacer de enfermería, desde lo técnico- científico y lo ético y legal.

Ámbito de aplicación: Escenarios de atención en salud (hospitalización, ambulatoria, comunitaria) en la CCSS.

Instrumentalización. Considerando la metodología aplicada en el diseño de este manual, en esta fase se aplicó:

- √ La observación en el campo laboral.
- √ La entrevista con expertas
- √ Consulta y revisión documental

Experiencia de las participantes del proceso:

La experiencia clínica, docente, administrativa e investigativa de los miembros del comité del manual, en escenarios del I, II y III nivel de atención.

Revisión documental: se elaboró un marco teórico conceptual sobre el objeto específico de estudio “procedimientos de enfermería”.



Fuentes primarias:

- √ Libros
- √ Monografías
- √ Revistas especializadas
- √ Informes técnicos
- √ Tesis

Fuentes secundarias:

- √ Enciclopedias
- √ Manuales
- √ Guías clínicas
- √ Otros

Consulta a expertos:

Se les consultó a profesionales de enfermería de los escenarios de atención de la Caja Costarricense de Seguro Social, quienes enviaron por escrito su experiencia en los procedimientos, su opinión y su propuesta de ajustes a la estructura.

Este manual contempla una serie de fases:

1. Guía
2. Diseño
3. Validación
4. Publicación
5. Socialización
6. Ejecución y medición de resultados
7. Actualización periódica

Criterios a considerar para evaluar el manual:

- ↪ Nivel gramatical.
- ↪ Conocimiento científico por parte del profesional de enfermería.
- ↪ Aplicación práctica en enfermería.
- ↪ Enfoque ético y bioético.
- ↪ Insumos requeridos.
- ↪ Valor agregado al proceso de atención.
- ↪ Calidad y seguridad de la atención.
- ↪ Costos.

En cada nuevo procedimiento que se ejecute, la coordinación de enfermería plantea una directriz que lo valide y lo autorice.

Elementos que componen la estructura del procedimiento:

- a) Nombre
- b) Definición
- c) Objetivo



- d) Nivel de atención
- e) Clasificación
- f) Recurso humano
- g) Material y equipo
- h) Actividades
- i) Principios, observaciones
- j) Observaciones
- k) Riesgos

Modelo de instrumento

Nombre del procedimiento: La acción a realizar para suplir una necesidad en el usuario(a) y que requiere una serie de actividades en orden cronológico.

Clasificación según la complejidad del abordaje: Es la complejidad técnica que presenta el procedimiento que lo convierte en una acción no delegable o delegable.

Alta: De ejecución exclusiva de la enfermera(o).

Media: De ejecución de la enfermera(o) o de la auxiliar de enfermería por delegación, con procesos de control.

Baja: De ejecución del Auxiliar de Enfermería, Asistente de pacientes y otros (familiares /cuidadores), por delegación de Enfermería con procesos de supervisión y control.

Nota: Los procedimientos clasificados como de baja complejidad podrán ser ejecutados en el hogar, por familiares, quienes recibirán previamente información, educación y orientación; a la vez, deberán recibir seguimiento por un profesional de enfermería a nivel comunitario o con programas de atención domiciliar mediante la Atención Domiciliar

Recurso humano de enfermería

- √ Profesional de enfermería
- √ Estudiante de enfermería
- √ Estudiante del curso de formación de auxiliares de enfermería.
- √ Auxiliar de enfermería
- √ Asistente de pacientes
- √ Asistente técnico de atención primaria
- √ Estudiante de asistente de atención primaria
- √ Familiar y cuidador.



Requisitos: Son las condiciones necesarias para la ejecución de los diferentes procedimientos:

Ambiente: seguro y libre de riesgo mínimo (limpio, iluminado, ventilado, que proporcione privacidad, equipado con los insumos y materiales necesarios para la ejecución del procedimiento).

Conocimientos de las personas del equipo de salud de enfermería o del cuidador que ejecuta el procedimiento, desde un enfoque de derechos.

Material y equipo: Son los insumos y activos utilizados en la ejecución del procedimiento, en concordancia con la existencia institucional.

Usuario(a): Es la persona objeto de la atención de enfermería.

Principios, observaciones y puntos claves científicos: Son los elementos que rigen el ejercicio y la disciplina de la enfermería.

Acciones: Es la descripción cronológica de las tareas que conforman el procedimiento.

Riesgos: Es la posibilidad de un perjuicio o daño para las personas y cosas.

Responsabilidad: Autoridad o delegación de funciones dentro del procedimiento.

Medidas de seguridad y autocontrol: Son medidas aplicables al procedimiento (considérese, lineamientos sobre infecciones nosocomiales, descarte de material bioinfeccioso y otros)

Informes y registros: Uso de registros de enfermería en expediente de salud.

Supervisión, evaluación: Acciones de control preventivo y correctivo ejecutadas por el o profesional de enfermería de la unidad de atención.



7.2 ELEMENTOS A OPERATIVIZAR

Bajo los lineamientos en el presente Manual, emitidos por la Coordinación Nacional de Enfermería de la CCSS, las (os) responsables de velar por el cumplimiento son los (as) Directoras de Enfermería, Jefes Regionales de Enfermería, Jefes de servicios de Enfermería, en los tres niveles de atención de la CCSS.

La implementación tendrá varias etapas:

- a. Dar a conocer a las diferentes unidades de atención del I, II y III nivel el resultado de la actualización del manual de procedimientos.
- b. Cada unidad de atención socializará el manual con el equipo de enfermería.
- c. Cada unidad de atención velará por que el manual (relacionado con las actividades, principios y enfoque de riesgos) se cumpla.
- d. Cada unidad de atención debe ejecutar el proceso relacionado con la socialización, aplicación y cumplimiento.
- e. En caso de que en las unidades de atención se requiera incorporar un procedimiento nuevo, el documento respectivo debe ser enviado previamente a la Coordinación Nacional de Enfermería para que la Comisión del Manual de Procedimientos lo valore y avale.
- f. Cada unidad debe contemplar en el programa de educación continua la revisión, el análisis y la aplicación de los diferentes procedimientos.

7.3. INTERVENCIONES Y ACCIONES

Este proceso contempla etapas de:

- Impresión en papel
- Versión electrónica
- Entrega a las áreas de atención
- Socialización
- Incorporación de otros procedimientos según solicitud de especialistas.
- Revisión y aval de los procedimientos nuevos (Comisión Central del Manual de Procedimientos).



META	ESTRATEGIA	ACCIONES	INDICADORES	RESPONSABLE	TIEMPO	RESULTADO ESPERADO
Que el 100 % de las unidades de atención I,II,III nivel, cuenten con el material escrito y digital del manual de procedimientos de enfermería.	Fortalecimiento y participación de enfermería en el cumplimiento de la ejecución de este manual	Coordinar con las autoridades, la distribución y entrega del manual.	Existencia del manual de enfermería	Coordinación Nacional de Enfermería Jefaturas de Enfermería	Tres meses	Que cada unidad de atención I,II,III, cuenten con el documento en versión de papel y electrónica.
Que el 100 % de las unidades logren un proceso de socialización del manual en sus áreas de trabajo.	Desarrollar procesos de capacitación continua sobre el manual de procedimientos.	Diseñar un plan de socialización del manual entre el personal de enfermería.	Personal de enfermería conoce el manual de procedimiento. Capacitaciones programadas.	Coordinación Nacional de Enfermería Comisión del Manual de Enfermería Jefes Regionales Direcciones de enfermería Educadoras de enfermería	Seis meses.	Personal de enfermería conocedor de la existencia del manual de procedimientos actualizado

Fuente: Elaboración Comité de Manual de Procedimientos. (Diciembre 2013).



8. HERRAMIENTAS DE APLICABILIDAD

A continuación se desarrolla cada uno de los Procedimientos de Enfermería, según actividades y sistemas previa revisión de material bibliográfico y normativas que regulan el quehacer de Enfermería. La delegación de procedimientos a otros integrantes del equipo de Enfermería, se realizara previa valoración del profesional.

CAPÍTULO I. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

1.1 Nombre del procedimiento: Uso del expediente de salud

Definición:

Los expedientes de salud contienen la evidencia documental integrada sobre la atención brindada a los usuarios, lo cual, le transfiere un trascendental valor como instrumento de apoyo directo en los procesos asistenciales. Por ello, contribuye la mejor fuente de información primaria para el análisis del estado de salud del individuo y la comunidad, para la evaluación de la calidad de la atención y para la administración de los servicios de salud. En un establecimiento de salud permanecen archivados bajo una misma identificación y de carácter único. Se considera sinónimo de expediente de salud, expediente médico y expediente clínico. El expediente está conformado por fórmulas especiales aprobadas por la Gerencia de la División Médica, mediante el Comité Institucional del Expediente de Salud(CIES).

Objetivos:

- √ Mantener un informe actualizado sobre el abordaje y la evolución durante el proceso salud-enfermedad del usuario(a), que facilite la toma de decisiones e informes a otros miembros del equipo de salud.
- √ Facilitar la investigación epidemiológica y científica.
- √ Permitir la enseñanza a miembros del equipo de salud y estudiantes.
- √ Contribuir en la creación de datos estadísticos fidedignos y de referencia legal.
- √ Documentar el proceso de atención de enfermería y otros, así como las anotaciones de otro personal de salud autorizados.

Niveles de atención:

I, II y III

Nivel de complejidad:

Alta.

Media



Recursos humanos:

- ✓ Profesional en enfermería
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Secretaria y/o oficinista.
- ✓ Otro personal de salud autorizado por la Institución.

Material y equipo:

- ✓ Formularios (autorizados según nivel de atención)
- ✓ Folders
- ✓ Prensas
- ✓ Bolígrafo (azul o negro)
- ✓ Computadora (expediente electrónico)
- ✓ Carro porta expedientes
- ✓ Regla

Actividades

- ✓ Asignar al personal o secretaria(o) la inclusión de formularios al expediente de salud y ordenar según la norma institucional,.
- ✓ Identificar con el nombre, número de cédula u otros datos según la norma institucional, cada formulario contenido en el expediente salud.
- ✓ Anotar en el expediente la atención y evolución del usuario, en los formularios correspondientes.
- ✓ Suscribir las anotaciones con nombre código profesional, estudiante o auxiliar de enfermería.
- ✓ Mantener el expediente archivado en el carro porta expedientes o en el lugar asignado, cada vez que lo desocupa.
- ✓ Anexar dentro del expediente de salud, los diferentes reportes, estudios de diagnóstico o gabinete, según la norma.
- ✓ Suscribir las anotaciones con nombre, código profesional, estudiante o auxiliar de enfermería.
- ✓ Enviar el expediente a la unidad de admisión o a archivo, cuando el usuario (a) egresa o concluye consulta.

Principios científicos:

- ✓ El orden cronológico del expediente contribuye a la seguridad del usuario(a) (interno y externo).



Observaciones:

- ✓ La legislación del Archivo Nacional y el Reglamento del Expediente de Salud institucional, establece el color de tinta azul o negra, para las anotaciones en el expediente de salud.
- ✓ Es la fuente principal de información para la certificación de procedimientos e intervenciones y para aclarar conflictos de carácter jurídico.
- ✓ Queda prohibido utilizar correctores, marcadores para resaltar datos, sellos no autorizados por la Gerencia Médica, realizar anotaciones fuera de los márgenes del formulario y tachaduras, siendo lo correcto corregir los errores en las anotaciones mediante nota aclaratoria firmada y fechada.
- ✓ De acuerdo al Artículo 32 del Expediente de Salud, queda prohibido hacer anotaciones ajenas a la atención de los usuarios o que lesionen el principio ético del ejercicio de la profesión.
- ✓ En las áreas de hospitalización, la enfermera (o) es responsable de la custodia del expediente de salud.
- ✓ En las áreas de consulta externa, el personal de archivo es el encargado de la custodia del expediente.
- ✓ Específicamente en las hojas de registro de enfermería se anotan los procesos de valoración y atención del usuario.
- ✓ En caso de que Enfermería brinde Consulta Externa al usuario, las anotaciones se realizan en la hoja de evolución.
- ✓ Se adjuntan documentos de orden legal u otras disciplinas para su seguimiento y respaldo.
- ✓ El contenido del expediente es confidencial; se deben respetar los principios éticos.
- ✓ En caso de personal de salud que solicite revisión del expediente, debe solicitar permiso a la enfermera (o) e identificarse presentando su licencia vigente.
- ✓ El personal externo al escenario del usuario no está autorizado para la revisión del expediente

Riesgos relacionados con el procedimiento

- ✓ Extravío del expediente de salud.
- ✓ Errores de identificación al archivar estudios, al rotular el expediente, física o electrónicamente.
- ✓ Sub-registro de información.
- ✓ Deterioro de la carpeta por uso excesivo o por mantenerse archivado en condiciones inadecuadas.
- ✓ Desprendimiento de formularios.
- ✓ Incumplimiento de las normas del orden del expediente.
- ✓ Pérdida de información por redes o sistemas informáticos inadecuados.
- ✓ Personas no autorizadas con acceso al expediente.



1.2 Nombre del procedimiento: Notas de Enfermería. Modelo SOAPE

Definición:

Es un documento legal que forma parte del expediente de salud que registra los cuidados de enfermería, evolución, tratamiento, situaciones especiales y educación ofrecidos al usuario y/o familia.

Objetivos:

- Evidenciar la aplicación del Proceso de Atención de Enfermería.
- Ofrecer información escrita que oriente al personal de salud en la continuidad de la atención del usuario.
- Registrar la evidencia de la actuación de enfermería.

Niveles de atención:

I, II y III

Nivel de Complejidad:

√ Alto. Medio.

Recursos humanos:

- √ Enfermera(o).
- √ Estudiante de enfermería
- √ Auxiliar de enfermería.
- √ Estudiante de auxiliar de enfermería.

Material y equipo:

- √ Expediente de salud.
- √ Carro de expediente de salud.
- √ Bolígrafo con tinta color azul o negra.
- √ Formularios (anotaciones de enfermería).
- √ Regla.
- √ Kardex
- √ Hoja de registro de preclínica



Actividades

- √ Identificar al usuario(a) y cerciorarse de que el expediente de salud sea el correspondiente.
- √ Registrar en el formulario “Anotaciones de Enfermería”, la fecha, el turno y la hora.
- √ Establecer un clima de confianza que facilite una conversación genuina con el cliente o el usuario(a).

Modelo SOAPE.

Subjetivo:

- √ Interrogar al usuario(a) o familiar presente o al personal de turno anterior sobre la percepción del estado de salud.
- √ Utilizar preguntas sencillas relacionadas con la enfermedad y anotar las respuestas con las palabras del usuario(a).

Objetivo:

- √ Describir en qué forma se recibe al usuario(a) y si está acompañado.
- √ Anotar estado de conciencia y orientación de la persona.
- √ Describir la apariencia general en orden cefalocaudal (cabeza, tórax, abdomen, pelvis, miembros superiores, miembros inferiores), realizar la valoración de la piel y registrar alteraciones en las zonas de presión y color.
- √ Valorar situaciones psicológicas, sociales y espirituales,
- √ Referirse a los dispositivos (sondas, drenos, oxígeno, heridas, soluciones, prótesis y objetos personales u otros) y trámite su custodia.
- √ Registrar signos vitales y sus características.

Apreciación:

- √ Anotar el diagnóstico de enfermería reportado por el profesional de enfermería y comunicar al personal técnico.

Plan:

- √ Establecer el plan de cuidados de enfermería e incluir acciones para atender las necesidades físico funcional, social, espiritual y psicológico.
- √ Establecer los cuidados para atender las necesidades básicas de alimentación, higiene, eliminación, movilización y los específicos del problema de salud, relacionándolo con cada diagnóstico de enfermería.

Evaluación:

- √ Registrar los cuidados que se realizaron al usuario y los resultados obtenidos de los mismos.
- √ Anotar el evento que ocurrió durante el turno (educación impartida, nuevas indicaciones de la visita clínica y otros)



- √ Reportar el porcentaje de aceptación y tolerancia a la dieta (por ejemplo, más de la mitad o menos de la mitad de la ración).
- √ Reportar número y las características de las eliminaciones intestinales y vesicales.
- √ Registrar el resultado de los cuidados y anotar estudios, tratamientos, trámites, y otros reportes que quedan pendientes y su motivo. Al concluir la nota, describir la condición en que queda la persona.
- √ Subscribir con nombre completo, puesto que desempeña, número de licencia.

Principios:

- √ Las anotaciones de enfermería proveen información valiosa para actualizar el plan de cuidados y evaluar los resultados.
- √ La nota de enfermería debe aplicar un modelo sistemático o científico. Se recomienda el formato SOAPE.
- √ El registro de las acciones evidencia los cuidados de enfermería que se ofrecieron a la persona.

Observaciones:

- √ La nota de enfermería debe realizarse al lado de usuario.
- √ La escritura se hace con tinta azul o negra, letra clara, sin faltas de ortografía, con redacción concisa, sin espacios libres.
- √ Se debe cumplir con lo que se indica en el Reglamento de Expediente de Salud de la Caja, Artículo 32 Anotaciones en el Expediente.
- √ Los registros de enfermería constituyen una base legal
- √ En caso de fallecimiento del usuario, o si se traslada a otras áreas críticas u otros centros de salud, también se debe realizar la nota de enfermería.
- √ Las anotaciones de enfermería presentan variaciones en la información que se registra dependiendo del escenario, la complejidad y el momento en que se encuentre el usuario.

Riesgos relacionados con los procedimientos:

- √ Omisión de notas en algún turno
- √ Anotaciones equivocadas
- √ Ilegibilidad de la letra
- √ Omisión de información



1.3 Nombre del procedimiento: Uso del Kardex

Definición:

Es un registro de información del usuario, realizado por enfermería, que evidencia la Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería y las indicaciones de otros profesionales de salud autorizados. Constituye un conjunto de indicaciones que formará parte de la historia clínica y evolución del usuario.

La información que suele ofrecer el kardex del usuario(a) es la siguiente:

- ✓ Nombre y apellido del usuario(a),
- ✓ N° de identificación,
- ✓ Edad.
- ✓ Diagnóstico médico principal.
- ✓ Indicaciones médicas para el usuario (dieta, frecuencia en que se deben medir las constantes vitales, medicaciones, pruebas diagnósticas).
- ✓ Diagnósticos de enfermería y plan de cuidados basado en la valoración de enfermería.
- ✓ Tratamiento farmacológico y estudios diagnósticos. Debe ser actualizado por el profesional de enfermería,

Objetivos:

- ✓ Registrar las necesidades y problemas del usuario(a), para dar cumplimiento por parte del personal de enfermería, durante la jornada.
- ✓ Establecer un sistema de comunicación propio entre los miembros del equipo de enfermería.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto y medio, por delegación.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería, por delegación.
- ✓ Estudiante del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Tarjetas de Kardex (Proceso de Enfermería e indicaciones médicas).
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Lapiceros y lápiz.
- ✓ Porta kardex.



Actividades

- ✓ Anotar los datos de identificación del usuario(a) en las tarjetas de kardex, “proceso de enfermería” e “indicaciones médicas”: nombre, número de identificación y número de cama.
- ✓ Anotar en la tarjeta “Proceso de Enfermería”, en el apartado “diagnóstico de enfermería”, los diagnósticos de enfermería; en “intervención de Enfermería”, el plan de cuidados; en “observaciones/interconsultas”, situaciones especiales; ej. alérgico a la penicilina y las interconsultas a las especialidades.
- ✓ Dieta: la indicada, ayuno o NVO, (con lápiz.).
- ✓ Baño: tipo de baño, en cama, asistido o ambulatorio.
- ✓ Actividad: reposo relativo, absoluto o ambulatorio.
- ✓ Completar la información en las casillas de: fecha de ingreso, médico, edad, servicio, diagnóstico médico y religión.
- ✓ Anotar en la tarjeta “indicaciones médicas”, en “fecha”: día en que inicia el medicamento. En “medicamentos”: la farmacoterapia, fluido terapia y transfusiones de hemoderivados. Completar las casillas de Frecuencia, Vía y Horario (fecha de suspensión).
- ✓ Anotar en Exámenes, la fecha en que se indica el estudio diagnóstico, el tipo de estudio, la fecha y hora de la cita. Una vez realizado el estudio, anotar seguidamente la palabra “ya”.
- ✓ Anotar en Tratamientos: la fecha, el tratamiento indicado y la frecuencia. Ej.: enema evacuante “stat”.
- ✓ Colocar la tarjeta “Proceso de Enfermería” en la parte superior del porta kardex y la tarjeta “Indicaciones médicas” en la parte inferior.

Principios

- ✓ El orden del instrumento minimiza el error, agiliza la atención y facilita los procesos de comunicación interdisciplinaria.
- ✓ El plan de cuidados debe considerar el enfoque holístico.

Observaciones

- ✓ La actualización del plan de cuidados debe realizarse continuamente para dejar evidencia de los cambios de condición en el usuario.
- ✓ Se debe utilizar lápiz, en aquellas indicaciones de enfermería que pueden variar frecuentemente.
- ✓ Cada área de atención de enfermería definirá, dentro de su proceso administrativo, el análisis y el tiempo de conservación del documento.
- ✓ Este documento puede ser útil para consulta, control, evaluación e investigación.
- ✓ El Kardex se debe utilizar para la conferencia de cambio de turno.

Riesgos relacionados con el procedimiento:



- ✓ Eventos adversos: Errores de transcripción y letra ilegible, que pueden dar origen a errores en el cuidado del usuario.
- ✓ Extravío del documento.
- ✓ Planes de cuidados desactualizados.

1.4 Nombre del procedimiento: Admisión del usuario(a)

Definición:

Es el ingreso del usuario(a) que, debido a una alteración de salud, requiere la hospitalización en una unidad de atención específica.

Se pueden presentar 3 tipos de ingreso:

- Urgente: proviene del servicio de urgencias.
- Programado: proviene del servicio de admisión.
- Traslado intrahospitalario: procedente de otra unidad de hospitalización.

Objetivo:

- ✓ Ofrecer al usuario(a), desde su ingreso. atención de enfermería, con un enfoque holístico.
- ✓ Proporcionar al usuario(a) y familia la información y orientación necesaria para el proceso de adaptación al internamiento.
- ✓ Realizar las acciones de cuidado iniciales en atención a las necesidades del usuario(a).

Niveles de atención:

- ✓ II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio, por delegación.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo.

- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Tarjetas de kardex.
- ✓ Formularios.
- ✓ Lapicero con tinta color azul o negra.
- ✓ Regla.



- ✓ Equipos para medición de constantes vitales.
- ✓ Esfigmomanómetro
- ✓ Báscula.
- ✓ Tallímetro.
- ✓ Pulsera de identificación.
- ✓ Identificación para la unidad.
- ✓ Identificación de alguna capacidades limitadas (por ejemplo, no vidente, problema auditivo, uso de algún dispositivo (muletas, bastón, otros).
- ✓ Censo de 8 horas.
- ✓ Censo de 24 horas.
- ✓ Tarjetas de medicamentos.
- ✓ Otros

Actividades

- ✓ Recibir la información telefónica referente a la condición de salud del usuario(a) y coordinar los preparativos de la unidad, según sea el caso.
- ✓ Presentarse con el usuario(a) y familia.
- ✓ Ubicar al usuario(a) en la unidad correspondiente, preparada según requerimientos de la condición de salud.
- ✓ Revisar indicaciones médicas en el expediente de salud y transcribir a tarjetas de kardex, tarjetas de medicamentos y formularios del expediente de salud.
- ✓ Medir y registrar signos vitales, medidas antropométricas, conectar dispositivos y soluciones, según la condición del usuario(a).
- ✓ Aplicar la etapa de valoración por parte del profesional en enfermería (historial de enfermería y examen físico) al usuario, para continuar con las etapas de diagnóstico y plan de cuidados.
- ✓ Realizar el plan de atención enfermería.
- ✓ Cumplir, coordinar las indicaciones y delegar en los colaboradores lo que corresponde.
- ✓ Informar al usuario(a) y familia sobre: personal que lo atenderá, ubicación física de la unidad, salidas de emergencia, mobiliario, normativa hospitalaria (visitas, horarios de comidas, depósito de objetos de valor, servicios del hospital, derechos y deberes de los usuarios(as), entrega de material escrito, etc.)
- ✓ Verificar que el usuario tenga su pulsera de identificación con el nombre y número de cama e identificar la unidad asignada. En caso de usuarios neonatales se coloca pulsera en miembro superior e inferior.
- ✓ Anotar al usuario en los censos de 8 y 24 horas. (De acuerdo a normativa de cada centro de atención hospitalaria).
- ✓ Comunicar al médico asignado el ingreso del usuario(a). (Considerar normas internas de cada unidad).



- ✓ Cumplir o delegar las acciones de cuidado para dar continuidad a la atención.
- ✓ Realizar anotaciones en los registros de enfermería tomando en cuenta criterios de calidad, e informando la condición de salud del usuario(a) y la intervención realizada.

Principios

- ✓ La atención inmediata del usuario(a) disminuye la ansiedad y previene complicaciones posteriores. Incluir la calidez y humanización.
- ✓ Disponer de una unidad personal le ofrece al usuario(a) un sentido de propiedad y seguridad.
- ✓ La adecuada información promueve el conocimiento y colaboración por parte del usuario(a) y familia. Según legislación Ley 8239, sobre derechos y deberes de las personas en un servicio de salud.
- ✓ El profesional de enfermería realiza las tres primeras etapas del proceso de atención de enfermería (valoración, diagnóstico y planificación), fundamento del quehacer de enfermería.
- ✓ Bajo el principio de autonomía, se respeta la identidad del usuario(a) y familia bajo el lineamiento del código de ética del Colegio de Enfermeras de Costa Rica y sus principios filosóficos.
- ✓ La atención coordinada con los otros miembros del equipo de salud brinda al usuario(a) una atención holística.
- ✓ Las anotaciones en el Kardex es un método eficaz para registrar el cuidado de enfermería.

Observaciones

- ✓ La prioridad para ubicar al usuario(a) en su unidad depende de la condición de salud y del escenario de atención.
- ✓ Las anotaciones adecuadas ayudan a la efectividad y proceso de comunicación con el equipo de salud

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Caídas.
- ✓ Errores en la identificación de documentos
- ✓ Traumas.
- ✓ Información incompleta relacionada con la condición del usuario
- ✓ Retraso en el abordaje inicial.
- ✓ Comunicación inadecuada del usuario(a), relacionada con información incompleta o ausente de lineamientos internos



1.5 Nombre del procedimiento: Egreso del usuario(a)

Definición:

Etapa final del proceso de atención de enfermería, que incluye los trámites y procedimientos administrativos y legales.

Tipos de egreso:

- A. Egreso por mejoría o curación.
- B. Egreso de menores de edad.
- C. Egreso exigido.
- D. Egreso de una unidad por traslado a otra.
- E. Egreso por traslado a otro hospital.
- F. Egreso por fuga.

Objetivos:

Concluir con el proceso de atención de enfermería.

Incorporar al usuario(a) del servicio a su comunidad bajo el principio de auto cuidado y autocontrol cuando es posible.

Guiar a la familia o cuidador de la persona, a un proceso de auto cuidado y autocontrol en el hogar.

Continuar la atención.

Niveles de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Alto.

Medio.

Recursos humanos:

Enfermera(o).

Estudiante de enfermería.

Auxiliares de enfermería.

Asistentes de Pacientes

Estudiante del curso de auxiliares de enfermería.

Asistentes de usuario(a).

Oficinistas.

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud con egreso firmado por médico tratante.
- ✓ Tarjeta de incapacidad, si es asegurado directo.
- ✓ Interconsultas con cita programada según fechas.
- ✓ Medicamentos.
- ✓ Censo de 24 horas.



- ✓ Censo de 8 horas.
- ✓ Silla de ruedas
- ✓ Material y equipo requerido según su condición, para su hogar.
- ✓ Camilla.
- ✓ Registro de epicrisis
- ✓ Referencia de enfermería
- ✓ Interconsultas.

Egreso por mejoría o curación.

Actividades.

- ✓ Valorar la condición de salud de egreso del usuario(a) de acuerdo al Plan de Atención.
- ✓ Verificar que el egreso esté firmado por el médico tratante.
- ✓ Verificar que los registros de salida estén completos (epicrisis, hoja de referencia y nota de egreso, otros).
- ✓ Retirar los dispositivos que tenga colocados el usuario(a) (catéteres intravenosos, etc).
- ✓ Reforzar los conocimientos impartidos durante la hospitalización y explicar los cuidados a seguir en el hogar:
- ✓ Citar a la familia y/o responsable legal para brindar información y orientación sobre aspectos generales de los cuidados a seguir en el hogar. (medicamentos o tratamientos, dieta, citas de control en consulta externa u otros servicios de salud según el caso, recomendación de incapacidad o reincorporación a centros educativos), horas de salida (de acuerdo con norma establecida). Cuidados de la herida si la persona usuaria ha sido intervenida quirúrgicamente. (Condición de la piel.)
- ✓ Realizar las coordinaciones con otros miembros del equipo de salud o transportes, según lo requiera al usuario(a) que va a egresar.
- ✓ Realizar contra referencia, según criterio de enfermería y condición del usuario.
- ✓ Realizar o delegar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos; incluye aspectos como: condición actual del usuario(a). Registrar la educación impartida y a quienes se impartió. Documentos entregados. Medicamentos indicados y educación al respecto. Hora, fecha, nombre y firma de la persona que realizó el egreso, número de licencia.
- ✓ Registrar el egreso del usuario(a) en los censos de 8 y 24 horas.
- ✓ Solicitar al asistente de pacientes el traslado del usuario(a) al servicio de admisión o transportes, con expediente de salud, documentos y pertenencias. Indicarle si puede ir caminando, en silla o camilla.
- ✓ Retirar tarjetas de kardex, medicamentos e identificación de la cama del usuario(a). Proceder según normativa.
- ✓ Asignar el aseo terminal de la unidad al asistente de pacientes.



Principios:

- ✓ La valoración permite evaluar el resultado del plan de atención.
- ✓ La educación durante la hospitalización fortalece el conocimiento para el auto cuidado y autocontrol en el hogar.
- ✓ Educar a la familia de la persona con dependencia funcional, garantiza la continuidad de los cuidados en el hogar.
- ✓ La información detallada favorece el resultado en la continuidad de la atención.
- ✓ Revisar la piel del usuario con la familia garantiza continuidad en el cuidado.
- ✓ Aplicar las técnicas de asepsia, en la desinfección de la unidad, disminuye el riesgo de infecciones cruzadas.

Observaciones

- ✓ El retiro de dispositivos previene eventos adversos.
- ✓ La información detallada permite minimizar los eventos adversos.
- ✓ Las coordinaciones oportunas agilizan el proceso de egreso.
- ✓ Casos específicos definidos “egreso transitorio” consiste en un permiso de salida por un periodo de tiempo determinado para que atienda trámites personales.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Información y orientación incompleta
- ✓ Procesos de egreso incompletos

Actividades específicas para cada tipo de egreso.

Egreso del menor de edad

Actividades

- ✓ Verificar la identidad y vínculo que tiene el solicitante con el menor de edad. (Coordine con trabajo social cualquier situación especial).
- ✓ Solicitar a la persona que retira al menor de edad que firme en el expediente de salud, en el apartado correspondiente al retiro de menores. Comparar la firma con el documento de identificación que aporta.
- ✓ Solicitar a la persona que retira al menor de edad que firme en el expediente de salud, en el apartado correspondiente al retiro de menores. Comparar la firma con el documento de identificación que aporta.
- ✓ Permitir que el menor de edad cambie la vestimenta hospitalaria por la personal en presencia de la persona autorizada para retirarlo del hospital.



Observaciones

- ✓ El retiro del menor de edad solo puede ser realizado por personas debidamente autorizadas y que sean mayores de edad. (La persona o cuidador que ingresa, egresa al menor).
- ✓ Ofrecer protección al menor de edad evita complicaciones legales a la institución.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Secuestro de menores.
- ✓ Información incompleta
- ✓ Documentos falsos
- ✓ Falsificar la identidad

Egreso exigido:

Son las actividades por medio de las cuales, a petición del usuario o la familia responsable, se da trámite formal al egreso, sin autorización del médico tratante, para lo cual se debe aplicar la Normativa de Registros Médicos.

Actividades

- ✓ Escuchar las razones que tiene el usuario(a) para solicitar la salida exigida.
- ✓ Analizar la situación en conjunto con el usuario(a), enfatizando los inconvenientes de la decisión y explicándole que designe un testigo para que ambos firmen un formulario.
- ✓ Notificar al médico y a la jefatura inmediata de enfermería la decisión del usuario(a).
- ✓ Completar la información que solicita el reverso del formulario de ingreso correspondiente e indicar al usuario(a) y testigo que firmen en el espacio "Firma o huella digital" y al testigo, en "Firma o huella digital e identificación del testigo". Si el usuario(a) o el testigo no pudieren firmar, lo harán con la huella digital.

Principios:

- ✓ Una orientación proporcionada al usuario(a) seguridad y evita complicaciones posteriores.
- ✓ Respetar el criterio del usuario, como un derecho.

Observaciones:

- ✓ Retomar aquellos casos que, por condición clínica (mental o física) y, según el profesional, el usuario no puede emitir un criterio de solicitud de salida exigida.



- ✓ El aviso oportuno a las jefaturas correspondientes facilita el manejo adecuado de al usuario(a).
- ✓ Al constatar que al usuario(a) tiene los documentos necesarios y firmados se evita pérdida de tiempo y complicaciones.
- ✓ Registrar en la nota de enfermería condición del usuario(a), reportando la razón por la que solicita su salida evita complicaciones legales posteriores.
- ✓ El personal de salud de la institución no puede fungir como testigo.
- ✓ En caso de menores de edad este procedimiento no se aplica, por disposiciones jurídicas, según artículo 144 del Código de Familia.

Riesgo:

- ✓ Procesos legales.
- ✓ Registro incompleto o incorrecto.
- ✓ Documentos ilegales

Egreso por traslado a otra unidad del hospital: Es el conjunto de actividades por medio de las cuales se realiza la transferencia del usuario de un servicio a otro.

Actividades

- ✓ Constatar la información que tiene el usuario y su familia sobre su traslado.
- ✓ Verificar en el expediente de salud la indicación de trasladar al usuario(a) y la unidad de destino
- ✓ Coordinar con el profesional de enfermería de la unidad de destino la asignación de la cama, los preparativos necesarios para la continuidad del cuidado e informarle de los resultados obtenidos con el cuidado brindado, actividades y estudios pendientes
- ✓ Comunicar telefónicamente al servicio de admisión el traslado interno del usuario.
- ✓ Establecer las medidas de seguridad necesarias para el traslado del usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario esté identificado (que use pulsera de identificación), notificar a la familia o al responsable el traslado, y la documentación relacionada con el proceso de atención (médica, enfermería, laboratorio y otros).
- ✓ Valorar condiciones de traslado (quién lo acompaña, qué insumos y materiales requiere).
- ✓ En caso de realizar referencia se debe hacer uso del formulario Institucional
- ✓ Trasladar y entregar (o delegar personal designado) al usuario(a) con expediente de salud, documentos, pertenencias, kardex, radiografías, tarjetas y medicamentos, así como la explicación detallada de los cuidados brindados y la continuidad de los mismos al servicio de destino.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería por el profesional de Enfermería o por el personal auxiliar, por delegación.



Principio

- ✓ Las anotaciones de enfermería proporcionan una guía para la continuidad de tratamiento y evolución del usuario(a).

Observaciones

- ✓ Reintegrar al servicio el equipo utilizado en el traslado.
- ✓ Recordar la entrega de las pertenencias del usuario.
- ✓ Tomando en cuenta la disponibilidad de cama, se le evita al usuario(a) situaciones incómodas.
- ✓ El constatar que los documentos de usuario(a) estén firmados evita pérdida de tiempo.
- ✓ Un adecuado traslado brinda seguridad a la persona que se traslada y custodia el equipo utilizado.
- ✓ El orden en la tramitación de un traslado asegura una continuidad de los servicios de salud.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Alteraciones hemodinámicas.
- ✓ Traumas durante el traslado.
- ✓ Pérdida de equipo, medicamentos y prótesis dental.
- ✓ Información incompleta

Egreso por traslado a otro hospital:

Es el conjunto de actividades por medio de las cuales, a petición del médico, se da trámite a la salida del usuario para ser trasladado de un hospital a otro.

Actividades.

- ✓ Verificar en el expediente de salud, la autorización de traslado, el centro de salud designado, los documentos médicos (epicrisis) y nota de enfermería y enviar la orden de ambulancia a la oficina de transportes.
- ✓ Informar del traslado al usuario(a) y la familia. Si la familia no está presente hacerlo de forma telefónica.
- ✓ Valorar la condición de salud del usuario(a) y determinar el traslado ambulatorio, en silla o camilla, el acompañante (personal de salud) y los implementos requeridos para la continuidad del cuidado durante el traslado.
- ✓ Realizar, por parte del profesional de enfermería, la nota de enfermería en el expediente de salud, siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Realizar la **nota** de enfermería.
 - ✓ El profesional de enfermería (o por delegación al auxiliar de enfermería) acompaña al usuario(a) y entrega detalladamente con los documentos, al médico y profesional de enfermería en la unidad de destino y espera el reintegro del equipo.
 - ✓ Remitir el expediente de salud al servicio de Admisión.



Principios

- ✓ Cumplir con el proceso de atención de enfermería durante el traslado del usuario garantiza la continuidad del cuidado.

Observaciones

- ✓ Confirmar que los documentos del usuario(a) estén firmados y sellados, con la información completa y número de teléfono, evita pérdida de tiempo.
- ✓ Asignar al personal según condición del usuario o coordinar con el médico para acompañar al usuario.
- ✓ Enviar orden de epicrisis a la unidad correspondiente.
- ✓ Si la familia no se encuentra presente, comunicar vía telefónica o por otro medio la decisión de traslado
- ✓ Retomar los aspectos administrativos de cada centro de salud donde se traslada al usuario.

Riesgo relacionado con:

- ✓ Fuga.
- ✓ Traumas.
- ✓ Accidentes de tránsito.
- ✓ Alteraciones hemodinámicas
- ✓ Pérdida y daño del equipo

Egreso por fuga:

Actividades

- ✓ Activar el código interno de fuga, según norma hospitalaria.
- ✓ Organizar al personal para la búsqueda exhaustiva del usuario(a) en la unidad de hospitalización donde se detecta la fuga.
- ✓ Coordinar con el servicio de vigilancia la búsqueda del usuario(a) en el hospital.
- ✓ Informar a la jefatura superior de enfermería, al médico tratante, a la familia, Guardia Rural y Cruz Roja (911) la desaparición del usuario(a).
- ✓ Elaborar nota de enfermería en el expediente de salud. Anotar la fecha y hora en que se detecta la fuga y las acciones realizadas.
- ✓ Registrar la fuga del usuario(a) en el censo de 8 y 24 horas.
- ✓ Enviar el expediente de salud al servicio de admisión.

Principios

- ✓ Las anotaciones de enfermería proporcionan información detallada sobre la fuga y lo acontecido posteriormente.



- ✓ Las anotaciones correctas ayudan a mantener el récord estadístico al día y facilita el movimiento bioestadístico institucional.

Observaciones

- ✓ Avisar oportunamente a las jefaturas y a quien corresponda facilita la localización del usuario(a).
- ✓ Ofrecer seguridad a la familia y protección al usuario.
- ✓ La información inmediata del evento evita conflictos legales a la institución.
- ✓ Si se detecta algún indicio de desorientación o fuga del usuario, coordinar con la familia el acompañamiento.

Riesgos:

- ✓ Complicaciones del estado de salud.
- ✓ Accidentes de tránsito.
- ✓ Asalto y violación.
- ✓ Demanda legal.
- ✓ Secuestro.
- ✓ Muerte.

1.6 Nombre del procedimiento: Egreso por fallecimiento (post-mortem)

Definición:

Consiste en el cuidado que brinda el personal de enfermería a la persona fallecida en un establecimiento de salud.

Objetivos:

- ✓ Conservar la posición anatómica del cuerpo.
- ✓ Trasladar a la persona fallecida al servicio de anatomía patológica o morgue judicial.

Nivel de atención:

I, II y III

Nivel de complejidad:

Media.

Baja

Recursos humanos:

- ✓ Profesional de enfermería
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería



- ✓ Asistente de pacientes
- ✓ Familiar y cuidador en el hogar

Material y equipo

- ✓ Agua.
- ✓ Jabón recomendado para higiene de las manos.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Pulseras para identificar al usuario(a).
- ✓ Sábanas para envolver el cuerpo.
- ✓ Algodón.
- ✓ Vendas para atar las muñecas y tobillos, esparadrapo.
- ✓ Acta de defunción.
- ✓ Bolígrafo.

Actividades.

- ✓ Identificar a la persona fallecida.
- ✓ Verificar que la información del certificado de defunción esté completo
- ✓ Enviar el expediente de salud a la oficina de admisión para obtener el certificado de defunción.
- ✓ Completar los formularios institucionales de comunicación de fallecimiento y enviar a la central telefónica, admisión y supervisión de enfermería
- ✓ Registrar el fallecimiento en el censo de 24 horas y en el formulario de condición de pacientes
- ✓ Elaborar la nota de enfermería.
- ✓ Comunicar el fallecimiento a la familia (o los representantes) si está presente o por vía telefónica (según norma hospitalaria).
- ✓ Aislar el cadáver entre cortinas y/o biombos.
- ✓ Dar un trato humanizado al cuerpo del usuario y a los familiares o representantes.
- ✓ Preparar el equipo para realizar los cuidados post mortem.
- ✓ Mantener la higiene de manos.
- ✓ Colocar el equipo protector.
- ✓ Revisar que la pulsera de identificación de la persona tenga nombre completo y apellidos.
- ✓ Retirar sonda, dispositivos, drenajes, apósitos y otros dispositivos como marcapasos, tutores u otros que le corresponden al personal médico de patología.
- ✓ Desnudar a la persona, hacer la higiene del cuerpo y colocar las prótesis (en caso de que cuente con ellas).
- ✓ Colocar a la persona en posición supina con las manos sobre el pecho.
- ✓ Cubrir heridas o áreas expuestas con apósitos e informar a la familia para que no los retire.



- ✓ Valorar la necesidad de taponar las cavidades (oídos, nariz, boca, recto) y de aspirar la cavidad abdominal.
- ✓ Colocar la sábana diagonalmente; envolver el cuerpo en forma de momia e identificarlo con pilot, anotando el nombre y número de cédula en una cinta ancha de esparadrapo.
- ✓ Posicionar el cuerpo en una camilla.
- ✓ Colocar todas las pertenencias en una bolsa plástica (si existen objetos de valor, coordinar con el servicio de admisión para su custodia), rotularlas con los datos de identificación y ubicarlas en los pies.
- ✓ Solicitar al personal colaborador que lo traslade a patología.
- ✓ Hacer entrega de las pertenencias de valor a los familiares o al departamento de patología
- ✓ Retirar el equipo protector, lavarse las manos.

Principios:

- ✓ La comunicación inmediata a la familia o representante es un deber humano y una consideración a los dolientes.
- ✓ El uso del equipo protector y las medidas de asepsia previenen las infecciones intrahospitalarias.
- ✓ Agregar humanización en los cuidados.
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y esfuerzo.
- ✓ La identificación y el registro completo previenen errores y confusiones.
- ✓ El manejo adecuado del cuerpo de la persona fallecida evita infecciones cruzadas

Observaciones

- ✓ Permitir a la familia o los cuidadores permanecer con la persona fallecida el tiempo que sea necesario
- ✓ Proteger al personal de responsabilidades por pérdidas de prendas de valor material o sentimental
- ✓ Cerrar los ojos y la boca con suavidad.
- ✓ Si es un caso médico legal, se omite la limpieza del cuerpo.
- ✓ Las secreciones, aparte de ser potencialmente contaminantes, al manchar la ropa del cadáver, le dan mal aspecto; aspirar contenido gástrico o bronquial.
- ✓ Confeccionar un informe completo de las pertenencias.
- ✓ La nota de enfermería debe ser elaborada por el profesional de enfermería por las implicaciones legales que esto conlleva, siempre y cuando se cuente con este personal.
- ✓ En caso de situación médico-legal, se realizan los trámites correspondientes.
- ✓ Se ha de proteger a otras personas usuarias del impacto emocional.
- ✓ Proteger la integridad del usuario.



- ✓ Vestir a la persona fallecida según normativa interna de cada centro de salud.
- ✓ Retomar normativa interna de cada centro relacionado con el manejo de pertenencias
- ✓ El médico es el representante legal para constatar el fallecimiento.
- ✓ Si la persona que fallece en el servicio de urgencias o en área de hospitalización con 24 horas o menos de haber ingresado, el médico debe llenar el formulario número CCSS-2010 "Causa de defunción".
- ✓ Aplicar la normativa de infecciones intrahospitalarias, en el manejo de enfermedades infectocontagiosas.
- ✓ Riesgos relacionados con el procedimiento:
- ✓ Infección nosocomial.
- ✓ Legal y administrativo
- ✓ Error de identificación de la persona fallecida.
- ✓ Error en las anotaciones en los números de teléfono.
- ✓ Error en el reporte de condición de paciente.
- ✓ Pérdida de pertenencias.

1.7 Nombre de procedimiento: Preparación para el alta

Definición:

Es un proceso sistemático de valoración, preparación y coordinación que facilita la planeación del cuidado sanitario y asistencia social antes y después del alta. Requiere una acción coordinada y de colaboración entre los profesionales de la salud de los centros asistenciales involucrados y la comunidad.

Objetivos:

- ✓ Preparar al usuario(a) con dependencia de cuidado y a la familia para continuar la atención en el hogar.
- ✓ Proporcionar información del usuario(a) a los profesionales de salud para continuar la atención domiciliar.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alta.

Recursos humanos:

Enfermera(o)

Auxiliar de enfermería, por delegación.



Material y equipo:

- ✓ Papelería
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Recetario.

Actividades

- ✓ Aplicar la escala de Apreciación de la Agencia de Auto cuidado (ASA), para el usuario ambulatorio. (Anexo 3)
- ✓ Valorar el riesgo de úlcera por presión en usuario(a) con dependencia funcional en las primeras 24 horas del ingreso al centro de salud y referir a la enfermera(o) del programa de alta.
- ✓ Valorar las necesidades de educación para la salud, de acuerdo con condición del usuario y la familia.
- ✓ Aplicar apgar familiar para identificar potenciales cuidadores del usuario(a) y solicitar la participación de otros profesionales, de ser necesario.
- ✓ Planear la orientación y educación del cuidador principal, durante la hospitalización
- ✓ Implementar el plan con los cuidadores principales utilizando la técnica del modelaje y repetición para la enseñanza de cuidados básicos de enfermería (baño en cama, alimentación, cambios de posición, promoción de la salud y prevención de complicaciones y otros).
- ✓ Coordinar con otros profesionales de la salud para el abordaje del usuario(a) y su familia, de ser necesario.
- ✓ Entregar detalladamente el plan de cuidados a seguir en el hogar, los medicamentos, las citas, la epicrisis y las referencias al usuario(a) y familia el día del egreso.
- ✓ Coordinar lo correspondiente a oxígeno domiciliar.
- ✓ Retomar posibilidades de cada centro de salud para que el profesional de enfermería de alta coordine y refiere a la persona con dependencia funcional a los programas de hospitalización a domicilio (geriatría y cuidado paliativo) y servicios de atención domiciliar en el I y II nivel. Enviar referencia al primer de atención, para su seguimiento.
- ✓ Elaborar nota de enfermería en donde el cuidador principal firma para dar como recibida la información y documentación del alta.
- ✓ Informar periódicamente los resultados obtenidos en el programa.

Principios:

- ✓ Un plan de cuidados oportuno previene complicaciones.
- ✓ La participación de los cuidadores fortalece los vínculos familiares.
- ✓ La técnica de modelaje y repetición permite el aprendizaje efectivo del cuidador.
- ✓ El uso adecuado de los insumos y materiales entregados a la familia, permite la continuidad del cuidado.



- ✓ Los registros de enfermería son una evidencia legal del proceso efectuado.
- ✓ La medición de los resultados del programa permite realizar los cambios para su continuidad y vigencia.

Observaciones

- ✓ La coordinación con los profesionales de enfermería y otros de la red interna permite ofrecer al usuario(a) y la familia educación especializada en el campo que lo necesita.
- ✓ La coordinación con la red externa permite la continuidad del cuidado.
- ✓ La participación de las enfermeras(os) de salud mental permite preparar al usuario(a) y la familia para la nueva situación.
- ✓ El material impreso facilita la comprensión de la información y educación impartida a los cuidadores.
- ✓ La utilización de una herramienta científica, como la escala de Norton, facilita la identificación del grado de dependencia del usuario(a).

Riesgos relacionados con el procedimiento

- ✓ Incumplimiento del plan por parte del cuidador.
- ✓ Cambio de cuidador.
- ✓ Visita domiciliar tardía o nula.
- ✓ Reingreso del usuario(a) (a).
- ✓ Información incompleta
- ✓ Proceso de enfermería

1.8 Nombre del procedimiento: Proceso Atención de Enfermería

Definición:

El Proceso de Atención de Enfermería se basa en teorías y modelos conceptuales propios de la disciplina, es el método de abordaje al cuidado integral de las personas. El cuidado humano, es visualizado como fenómeno universal, con dimensiones biofísicas, culturales, sociales y ambientales, lo que permite concebirlo, de acuerdo a los determinantes sociales de salud, con un trasfondo sociocultural; una historia personal, valores, creencias y con derecho de participar en el mismo.

Valoración sistemática fundamentada en un modelo científico que permite al profesional de enfermería obtener información relacionada con la salud del usuario(a) para definir el diagnóstico y orientar el plan de cuidados. **(Anexo 1)**

Objetivo:

- ✓ Registrar la historia de salud del usuario(a) aplicando una entrevista y una valoración física para determinar los diagnósticos y el plan de cuidados.



Nivel de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alta.

Recursos humanos:

Profesional de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Lápiz.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Monitor de signos vitales o esfigmomanómetro.
- ✓ Expediente de salud.

Actividades.

- ✓ Presentarse con el usuario(a) y familia e identificarse con el nombre y el cargo.
- ✓ Explicar el objetivo de la actividad y solicitar el consentimiento informado al usuario y la familia.
- ✓ Verificar el nombre completo del usuario.
- ✓ Entrevistar y registrar la historia de salud del usuario(a) en el expediente.
- ✓ Medir y registrar las constantes vitales al usuario(a) y realizar la exploración física.
- ✓ Analizar en compañía del usuario el plan de cuidados y determinar con él las acciones más adecuadas y convenientes para mejorar su estado de salud.
- ✓ Realizar el plan de atención de enfermería al usuario(a); modificarlo cada vez que sea necesario, según criterio profesional.

Principios:

El Proceso de Atención de Enfermería, tiene fundamentación científica, por lo que debe seguir un modelo.

Observaciones:

Se recomienda utilizar escalas de valoración de situaciones específicas: riesgo Ulceras Por Presión, de ambiente social, dependencia-autonomía, estado neurológico, psiquiátrico, nutricional, sedación y otras, según sea el caso o por normativa interna.

Para la clasificación de los usuarios, se usa la Escala de Parroca (usuario hospitalizado) (**Anexo 2**) y la escala de Apreciación de la Agencia de Auto cuidado (ASA), para el usuario ambulatorio. (**Anexo 3**)



Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Limitantes para obtener la información relacionada con la salud del usuario(a).
- ✓ Barreras en la comunicación
- ✓ Nivel cultural del usuario
- ✓ Registro incorrecto

1.9 Nombre del procedimiento: Referencia y contra referencia de Enfermería.

Definición:

Mecanismo que permite coordinar la continuidad de la atención en salud del usuario(a).

Objetivos:

Identificar al usuario(a) con dependencia de cuidado o situaciones especiales que requiere ser referido o contra referido para dar continuidad en los servicios de salud, según el nivel de atención que corresponda.

Nivel de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alta.

Recursos humanos:

Profesional de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Papelería.
- ✓ Formulario de referencia y contra referencia institucional.
- ✓ Material especial para egreso o cuidado en el hogar.
- ✓ Bitácora

Actividades

- ✓ Identificar al usuario(a) con dependencia de cuidado o situaciones especiales que requiere ser referido o contra referido.
- ✓ Completar la información que solicita en documento de referencia o contra referencia.
- ✓ Entregar al usuario(a) o familiar la referencia o contra referencia para que la presente en el área de salud correspondiente.



Principios:

- ✓ La valoración de enfermería permite identificar necesidades reales de atención.
- ✓ La información completa garantiza continuidad en el cuidado enfermera(o).
- ✓ El modelo de Trabajo en Red facilita la continuidad de servicios en los diferentes niveles de atención.

Observaciones:

- ✓ La enfermera (o) coordina, vía telefónica, con la enfermera del establecimiento de salud en caso necesario.
- ✓ Enviar informe de los usuarios(as) referidos o contra referidos al superior jerárquico designado.
- ✓ Las enfermeras(os) supervisoras (es) de los servicios o áreas de atención envían un informe semanal o quincenal de los usuarios que fueron contra referidos o referidos a la enfermera(o) coordinadora del programa de referencia y contra referencia.
- ✓ Al usuario(a) o familiar se le solicita firmar documento.
- ✓ La enfermera(o) que refiere o contra refiere envía un consolidado de las personas con cuidados especiales referidos a las diferentes regiones o centros de atención en salud, para su seguimiento y control.
- ✓ La enfermera(o) del área de salud que recibe el consolidado (copia de referencia o contra referencia) de personas referidas a su área, planea y realiza un plan de atención domiciliar, para continuidad o modificación del plan de cuidados.
- ✓ La enfermera(o) (o) del área de salud que abordó al usuario(a) referido o contra referido envía un informe mensual a la enfermera coordinadora del centro de salud que le refirió o contra refirió al usuario(a).
- ✓ La enfermera(o) coordinadora y las enfermeras(os) del área de salud participante, asisten a la reuniones según programación, para evaluar el impacto del programa.

Riesgos:

- ✓ Interrupción del cuidado.
- ✓ Información incompleta o tardía
- ✓ No continuidad en los cuidados
- ✓ La no entrega de la referencia de enfermería al área de salud correspondiente.
- ✓ Fallecimiento.



CAPÍTULO II. PROCEDIMIENTOS DE HIGIENE

2.1 Nombre del procedimiento: Baño en cama

Definición:

Es la limpieza del cuerpo con agua y jabón en la cama del usuario, cuando este está incapacitado para hacerlo por sí mismo o tiene indicación para guardar reposo.

Clasificación de baños:

- A. Baño en cama.
- B. Baño en cama asistido.
- C. Baño en ducha asistido.

Objetivos:

- ✓ Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- ✓ Observar la integridad cutánea y otros signos físicos relacionados con la salud del usuario(a).
- ✓ Favorecer la circulación periférica y la ejercitación de músculos y articulaciones.

Nivel de atención:

II y III

Nivel de complejidad:

Alta
Media

Recursos humanos:

Enfermera(o)
Auxiliar de enfermería
Asistentes de Pacientes
Estudiante de enfermería
Estudiante del curso de formación auxiliar de enfermería
Familiar y cuidador.

Material y equipo:

- ✓ Agua.
- ✓ Toalla.
- ✓ Jabón-shampoo
- ✓ Peine.
- ✓ Pijama.
- ✓ Palangana.



- ✓ Riñón
- ✓ Equipo de aseo perineal
- ✓ Orinal y/o bidé
- ✓ Hisopos- aplicadores.
- ✓ Ropa de cama
- ✓ Canasta de ropa
- ✓ Toallita
- ✓ Ahulados
- ✓ Guantes
- ✓ Equipo para higiene bucal o sustituto.
- ✓ Crema o solución para hidratar la piel
- ✓ Crema para genitales.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Biombo

Actividades.

- ✓ Verificar que el equipo esté completo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Presentarse e identificar al usuario(a) y familia; informar del procedimiento, solicitar el consentimiento.
- ✓ Colocar ropa en la silla, según orden establecido de arriba hacia abajo: paño, bata, sábana inferior, ahulado sábana móvil, cruzado sábana superior, cobija, colcha y funda.
- ✓ Ofrecer privacidad al usuario(a) por medio de biombo o cortina y/o cerrar la puerta.
- ✓ Mantener la higiene de manos y colocarse el equipo protector (bata y guantes)
- ✓ Aflojar y retirar las piezas de la ropa de cama una a una.
- ✓ Retirar la colcha, sujetándola por el borde superior; doblarla en 4 partes, colocarla en la silla si va a reutilizarla; si no, descartarla en el soporte para ropa sucia.
- ✓ Retirar la cobija de la misma forma.
- ✓ Aflojar la sábana superior y dejarla cubriendo al usuario(a).
- ✓ Valorar la condición general de salud y el estado de conciencia general del usuario(a) antes de iniciar el baño.
- ✓ Establecer comunicación terapéutica.
- ✓ Si el usuario se encuentra defecado, hacer la higiene genital; ofrecer el bidé u orinal antes de iniciar el baño. Retirar los guantes.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semifowler o fowler.
- ✓ Ofrecer un vaso con agua, riñón, cepillo de dientes y pasta dental, si el usuario se encuentra en condiciones de realizar su higiene bucal; de lo contrario, esto será realizado por el personal de enfermería (el cepillo de



- dientes y la pasta dental pueden remplazarse por espátulas forradas con gasa, agua y aceite mineral). (Ver procedimiento de aseo de boca y dientes)
- ✓ Ofrecer el desayuno y repetir la higiene oral.
 - ✓ Retirar la almohada y colocar al usuario(a) en posición supina; si presenta dificultad respiratoria, dejarlo en posición semifowler.
 - ✓ Doblar la sábana superior hasta la cintura del usuario(a); retirar la camisa o bata y cubrirlo de nuevo con la sábana superior.
 - ✓ Iniciar el baño limpiando los ojos de adentro hacia afuera con torundas de algodón humedecidas.
 - ✓ Limpiar las fosas nasales con aplicadores, el pabellón auricular con torundas de algodón y terminar de limpiar la cara con el paño y luego secar.

Lavar la cabeza, en el siguiente orden:

- ✓ Colocar un ahulado con sábana movable debajo de los hombros y la cabeza.
- ✓ Sostener la cabeza con una mano y colocar la palangana debajo (según la condición de la persona).
- ✓ Verter agua (valorar la condición de la temperatura y las necesidades de la persona) sobre el cabello; aplicar pequeña cantidad de champú o sustituto y masajear hasta hacer espuma.
- ✓ Verter agua tibia sobre la cabeza cuantas veces sea necesario hasta retirar el shampoo o acondicionador.
- ✓ Retirar la palangana.
- ✓ Secar la cabeza y el cuello; retirar el ahulado y la sábana movable.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición cómoda.
- ✓ Cepillar el cabello en forma suave y lenta.
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar de la mano hasta la axila en forma rotatoria. Retirar el jabón de la misma forma y posteriormente ofrecer el paño para el secado de estas áreas siguiendo igual orden; ofrecer desodorante, talco o bicarbonato para las axilas, limpiar y cortar las uñas. Iniciar con el otro brazo.
- ✓ Con el pañito húmedo y con jabón, limpiar el cuello y tórax; dar atención a región sub mamaria de la mujer.
- ✓ Dejar el paño sobre el tórax y doblar la sábana hasta el pubis. Lavar el abdomen y limpiar el ombligo con aplicaciones, secar con el paño y cubrir con la sábana.
- ✓ Si la condición del usuario lo permite, ofrecer pañito, jabón y agua; de lo contrario, la enfermera debe realizar todo el procedimiento Voltrear al usuario para proceder a lavar la espalda y los glúteos con jabón y agua. Si el usuario está inconsciente o grave, voltearlo para el lado de la enfermera (o) que está realizando el baño.
- ✓ Secar la espalda y los glúteos; aprovechar que el usuario está de lado y hacer masaje con movimiento circular utilizando crema, dando énfasis a las



prominencias óseas; realizar percusión para facilitar el drenaje de secreciones.

- ✓ Cubrir al usuario colocando camisa o bata. En caso de usuarios con venoclisis, poner la bata o camisa del lado que tiene vía endovenosa. Lo mismo se hará si el usuario tiene yeso o alguna lesión.
- ✓ Lave y secar la pierna y el muslo iniciando del tobillo hasta la ingle, con movimientos rotatorios. Hacer lo mismo con la otra pierna
- ✓ Colocar los pies dentro de la palangana con agua, lavarlos dando énfasis a los espacios interdigitales, secar, cortar uñas y aplicar talco o crema.
- ✓ Hacer el aseo de genitales. Si el usuario coopera, permitir que se realice el aseo él mismo; de lo contrario, realizarle el aseo perineal.
- ✓ Hacer cama según técnica de cama (ver procedimiento, cama ocupada).
- ✓ Dejar al usuario cómodo.
- ✓ Dar cuidado posterior el equipo.
- ✓ Realizar nota de enfermería especificando: hecha, hora, condición de la piel y hallazgos encontrados, colaboración del usuario, nombre de la enfermera y número de licencia

Principios.

- ✓ Reunir el equipo necesario evita pérdida de tiempo y esfuerzo.
- ✓ Todo usuario(a) tiene derecho a ser informado.
- ✓ El orden del equipo facilita el procedimiento.
- ✓ Una habitación libre de corrientes de aire y con temperatura adecuada contribuye al bienestar físico y la privacidad.
- ✓ No sacudir la ropa sucia ya que se esparcen los microorganismos en el aire.
- ✓ La participación del usuario(a) en su propio cuidado disminuye sentimientos de minusvalía e incapacidad.
- ✓ Mantener la sábana superior sobre el usuario(a), lo protege y le ayuda a conservar el pudor.
- ✓ La observación del usuario durante el baño en cama facilita la valoración de enfermería
- ✓ La comunicación terapéutica promueve la confianza y seguridad en el usuario.
- ✓ La acumulación de secreciones propias de las cavidades provoca alteraciones visuales y auditivas.
- ✓ La acción de la espuma ayuda a disminuir la grasa del cuero cabelludo producida por las glándulas sebáceas.
- ✓ El secado cuidadoso del cabello lo mantiene sano.
- ✓ La higiene se realiza en tres momentos: jabón, agua y secado.
- ✓ El sudor y las secreciones de glándulas sebáceas producen olores desagradables
- ✓ En la humedad de los pliegues proliferan microorganismos patógenos.
- ✓ Los movimientos circulares estimulan la circulación y la percusión desprende secreciones pulmonares



Observaciones:

- ✓ Realizar cambio del agua de la palangana las veces que sea necesario, el cambio frecuente del agua brindará una sensación de limpieza y comodidad
- ✓ En los usuarios con sonda Foley, se realiza aseo perineal.
- ✓ Los familiares recibirán información, educación y orientación para realizar el baño en cama en el hogar. La enfermera(o) de atención domiciliar evaluará los resultados periódicamente en la visita domiciliar.
- ✓ La curación de heridas, drenos y catéteres se hace inmediatamente después del baño.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Hipotermia
- ✓ Traumas
- ✓ Quemaduras
- ✓ Desequilibrio hemodinámico
- ✓ Caídas
- ✓ Bronco aspiración
- ✓ Desconexión del sistema de apoyo a la vida

2.2 Nombre del procedimiento: Baño asistido

Definición:

Es el baño que se le realiza al usuario(a) que, por su estado de salud, requiere la ayuda del personal de enfermería.

Objetivos:

- ✓ Proporcionar comodidad y bienestar físico al usuario(a) eliminando sustancias de desecho de la piel.
- ✓ Fortalecer en el usuario(a) la independencia funcional para que realice las actividades de la vida diaria.

Niveles de atención:

II y III.

Clasificación:

- ✓ Alta
- ✓ Media

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Asistente de pacientes
- ✓ Estudiante de enfermería



- ✓ Estudiante de auxiliar.
- ✓ Familiar o cuidador.

Equipo y material:

- ✓ Toalla
- ✓ Jabón
- ✓ Champú y acondicionador
- ✓ Equipo de higiene bucal.
- ✓ Equipo de protección (según patología)
- ✓ Pijama
- ✓ Otros según la condición.

Actividades.

- ✓ Identificar y solicitar consentimiento al usuario(a). Explicar los cuidados durante el baño en ducha.
- ✓ Colocar el equipo de protección.
- ✓ Trasladar al usuario(a) al baño en silla o deambulando.
- ✓ Facilitar los insumos necesarios para el baño.
- ✓ Graduar la temperatura del agua, facilitar el proceso de auto cuidado (permitir que el usuario(a) participe en el baño si su condición lo permite).
- ✓ Descartar la ropa sucia en el soporte dispuesto para tal uso.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a secarse (especialmente los pies), a vestirse y calzarse; acompañarlo a su unidad.
- ✓ Trasladar al usuario a su unidad deambulando o en silla según sea el caso.
- ✓ Dejar al usuario(a) en posición cómoda en su unidad.
- ✓ Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos, el resultado de este cuidado.

Principios.

- ✓ Identificar y educar al usuario al iniciar el procedimiento favorece la colaboración.
- ✓ Utilizar las técnicas de mecánica corporal y de movilización de usuario(a) (a) previene riesgos laborales.
- ✓ Verificar la temperatura del agua previene accidentes.
- ✓ Permitir a la persona participar en el cuidado personal favorece la autonomía.
- ✓ El descartar la ropa sucia en el soporte disminuye el riesgo de infecciones cruzadas.
- ✓ Llenar la bolsa de ropa sucia hasta la mitad si está húmeda, y hasta tres cuartas partes si está seca, permite cerrarlas adecuadamente.
- ✓ Los registros de enfermería proporcionan datos para la continuidad en los cuidados.



Observación

Valorar sentir al usuario si su condición lo amerita; si no, darle el acompañamiento que requiera

El cuidado de la piel es muy importante en adultos mayores y niños.

Riesgo:

- ✓ Infecciones cruzadas.
- ✓ Traumas.
- ✓ Quemaduras.
- ✓ Caídas

2.3 Nombre del procedimiento: Baño del recién nacido

Definición:

Es el cuidado higiénico que se le realiza al neonato después de ocho horas de nacido.

Objetivos:

- ✓ Hacer la higiene del neonato mediante la remoción de residuos producto del nacimiento.
- ✓ Impartir enseñanza a la madre sobre los cuidados del neonato.

Clasificación:

- ✓ Alta.
- ✓ Media.

Niveles atención:

II y III nivel de Atención.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o) obstétrica.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Asistente de pacientes
- ✓ Estudiante del Programa de Postgrado de Perinatología.
- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ Madre

Material y equipo:

- ✓ 2 Sabanas o mantillas.
- ✓ 1 paño.
- ✓ Pañales.



- ✓ Camisa
- ✓ Saquito.
- ✓ Palangana con agua tibia.
- ✓ Jabón neutro.
- ✓ Aplicadores reforzados para el ombligo.
- ✓ Gotero.
- ✓ Frasco de alcohol al 70%.
- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Crema de rosas.
- ✓ Ahulado.
- ✓ Espátulas
- ✓ Canasta para descartar ropa sucia
- ✓ Basurero con bolsas negra y roja.

Actividades

- ✓ Higiene de manos según el procedimiento y colocarse el equipo de protección personal.
- ✓ Llevar el equipo de baño completo al sitio donde realizará el procedimiento.
- ✓ Verificar que no haya corrientes de aire.
- ✓ Extender el ahulado sobre la superficie elegida para el baño; cubrir con una mantilla o sábana y colocar encima al neonato.
- ✓ Revisar al neonato; si está defecado limpiarlo con suficiente agua tibia hasta eliminar todo el meconio; cambiar los guantes.
- ✓ Terminar de desnudar al neonato.
- ✓ Humedecer torundas de algodón o la camisita y limpiar la cara, iniciando por los ojos del ángulo interno al externo, primero un ojo y luego el otro. Continuar con las fosas nasales, pabellones auriculares, boca y el resto de la cara.
- ✓ Colocar al niño con peso menor de 2500 gramos en superficie plana previamente cubierta por sábanas; humedecer, enjabonar, enjuagar y secar la cabecita. Si el peso es mayor de 2500 gramos, se sostiene la cabeza en posición semifowler.
- ✓ Colocar al bebé nuevamente sobre la superficie de baño; enjabonarse las manos; hacer suficiente espuma y frotar desde el cuello, las manitas, los brazos, el tórax anterior y posterior y las extremidades inferiores
- ✓ Enjabonar nuevamente la camisita, limpiar los genitales; si es niña, de la vulva al orificio anal, sin devolverse. Si es niño, desplazar el prepucio lentamente con suavidad.
- ✓ Retirar completamente el jabón con el agua tibia; cambiar la sábana o mantilla de la superficie de baño; secarlo con el paño; secar el ombligo con aplicadores y alcoh.; vestirlo, iniciando con la camisa; aplicar crema en los genitales.



- ✓ Terminar de vestirlo con el pañal y saco; entregarlo a la madre o dejarlo en la cuna.
- ✓ Realizar cuidado posterior al equipo, siguiendo las normas institucionales para la prevención, control de infecciones y manejo de desechos sólidos hospitalarios.
- ✓ Mantener la higiene de manos según técnica.
- ✓ Registrar las observaciones en la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios:

- ✓ El cumplimiento de las actividades previene infecciones y accidentes y ahorra tiempo.
- ✓ La exposición del neonato a corrientes de aire produce pérdida de calor.
- ✓ La seguridad con que se sujete al neonato previene accidentes.
- ✓ La rapidez y seguridad con que realice el procedimiento disminuye el riesgo de hipotermia.
- ✓ El secado minucioso previene la maceración y los malos olores en la piel.
- ✓ El cuidado del equipo elimina gérmenes y preserva la vida útil.
- ✓ El higiene de manos es el método más eficaz para el control de las infecciones nosocomiales.
- ✓ Las anotaciones claras y cortas ayudan a la continuidad del cuidado.

Observación:

- ✓ Detectar alguna anomalía que hasta el momento haya pasado desapercibida.
- ✓ Aprovechar el momento para educar a la madre.
- ✓ Fomentar durante el procedimiento el apego materno

Riesgo:

- ✓ Hipotermia en el niño.
- ✓ Trauma
- ✓ Caídas.
- ✓ Quemaduras



2.4 Nombre del procedimiento: Aseo genital en hombres y mujeres

Definición:

Es el lavado de los genitales externos y la región perineal.

Objetivos:

- ✓ Prevenir irritaciones e infecciones en la zona perineal.
- ✓ Evitar infecciones, después de intervenciones quirúrgicas urogenitales.
- ✓ Fomentar hábitos de higiene.
- ✓ Proporcionar comodidad y bienestar.

Niveles de atención:

II y III.

Nivel de complejidad

Alta y media en hospitalización.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Asistente de Pacientes
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar.
- ✓ Familiar o cuidador

Material y equipo:

- ✓ Azafate
- ✓ Jabón neutro institucional.
- ✓ Agua estéril tibia
- ✓ Pinza de mota estéril
- ✓ Torundas de algodón
- ✓ Bidé
- ✓ Toallas sanitarias
- ✓ Sábana movable
- ✓ Bolsa para descartar.
- ✓ Riñón con solución desinfectante para descartar la pinza
- ✓ Cortinas o biombo
- ✓ Papel Kraff para cubrir el bidé.



Actividades.

- ✓ Identificar, informar y solicitar el consentimiento al usuario(a)
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo al sitio designado para efectuar el procedimiento.
- ✓ Facilitar un ambiente de privacidad con biombos o cortinas, o cerrando la puerta.
- ✓ Deslizar la colcha hasta los pies y la sábana superior hasta las rodillas del usuario(a).
- ✓ Doblar la camisa o bata hasta la cintura y colocar la sábana para tratamiento debajo de los glúteos del usuario(a)
- ✓ Colocar el bidé al usuario(a) (a).
- ✓ Higiene de manos y colocar equipo de protección personal.
- ✓ Retirar y colocar hacia arriba las tapas de los recipientes con jabón líquido, clorhexidina al 2 %y agua estéril.
- ✓ Abrir el cobertor del azafate estéril, la pinza mota y las torundas de algodón según técnica.
- ✓ Pasar las torundas de algodón al azafate con la pinza mota.

Variación para el aseo perineal femenino

- ✓ Verter jabón líquido en el monte de Venus, los genitales y la cara anterior del muslo.
- ✓ Limpiar el monte de Venus con una torunda de algodón; hacer movimientos horizontales desde el monte de Venus hacia el ombligo.
- ✓ Descartar la torunda.
- ✓ Limpiar con otra torunda el labio mayor distal, desde el clítoris hacia el periné, con movimiento vertical en una sola dirección y luego descartar la torunda.
- ✓ Repetir el paso anterior, con el labio mayor proximal y los labios menores en la misma secuencia; utilizar una torunda cada vez y descartar.
- ✓ Deslizar otra torunda por el centro de la vulva con movimiento vertical y descartar.
- ✓ Lavar con otra torunda la región del muslo distal de adentro hacia fuera, con movimientos verticales haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- ✓ Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- ✓ Verter agua tibia sobre el monte de Venus y los genitales.
- ✓ Repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- ✓ Secar las zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma forma y secuencia que en las acciones anteriores.
- ✓ Colocar pinza mota de manera que los anillos queden sobre el borde proximal del cubre paquete.
- ✓ Retirar el bidé y colocarlo con su cobertor en la parte inferior del carro.
- ✓ Colocar a la usuaria en posición de Sims (decúbito lateral izquierdo), limpiar y secar la zona perianal, desde la hendidura bulbar hasta el ano.



- ✓ Incluir surco interglúteo
- ✓ Colocar al usuario(a) la toalla, el pañal desechable o cruzado (de tela) en caso necesario y retirar la sábana móvil; dejar al usuario(a) cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Dar cuidado posterior al equipo siguiendo las normas institucionales para la prevención, el control de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos sólidos hospitalarios.
- ✓ Mantener la higiene de manos según técnica.
- ✓ Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos, las observaciones necesarias en relación con este procedimiento.

Hacer el aseo genital en el hombre de la siguiente forma:

- ✓ Verter jabón líquido recomendado en el pubis, los genitales y la cara anterior del muslo incluyendo pliegue inguinal.
- ✓ Utilizar la pinza mota con torunda de algodón para esparcir el jabón en el pubis del ombligo a los genitales con movimientos horizontales. Descartar la torunda.
- ✓ Sujetar el pene con la mano no dominante y bajar el prepucio
- ✓ Lavar con otra torunda el meato urinario hasta el cuello del glande en forma circular sin devolverse y descartar la torunda.
- ✓ Utilizar nueva torunda para lavar el cuerpo del pene del cuello del glande hasta la raíz del mismo y descartar.
- ✓ Lavar el escroto en dos partes, distal y proximal; utilizar una torunda para cada uno y descartar.
- ✓ Lavar con nueva torunda la región del muslo distal, de adentro hacia fuera con movimiento vertical, haciendo énfasis en el pliegue inguinal y descartar.
- ✓ Realizar el mismo procedimiento con el muslo proximal.
- ✓ Verter agua tibia sobre los genitales y repetir los pasos anteriores a fin de eliminar el jabón.
- ✓ Secar zonas lavadas con las torundas de algodón en la misma secuencia.
- ✓ Colocar la pinza mota de manera que los anillos queden sobre el borde proximal del cubre paquete
- ✓ Retirar el bidé y cubrirlo con cobertor; colocarlo en la parte inferior del carro de procedimientos.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición Sims (decúbito lateral izquierdo), lavar y secar la zona anal, incluyendo el surco interglúteo.
- ✓ Colocar al usuario(a) toalla, pañal desechable o cruzado según sea el caso; retirar la sábana móvil; dejarlo(a) en posición cómoda y la unidad en orden.
- ✓ Dar cuidado posterior al equipo siguiendo las normas institucionales para la prevención, control de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos sólidos hospitalarios
- ✓ Mantener la higiene de manos según técnica.



- ✓ Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos, las observaciones necesarias en relación con este procedimiento.

Principios:

- ✓ La información disminuye la ansiedad y favorece la colaboración del usuario(a).
- ✓ El material completo y en orden permite la efectividad del procedimiento.
- ✓ La privacidad es derecho de todo ser humano, y ofrece seguridad al usuario(a).
- ✓ La colocación del bidé permite recoger la solución usada y evita el derrame de líquidos
- ✓ La higiene de manos y el uso del equipo protector disminuyen el riesgo de infección nosocomial.
- ✓ La preparación adecuada del material facilita la ejecución del procedimiento.
- ✓ El uso de la pinza de mota conserva la esterilidad del material.
- ✓ Los conocimientos de los entes anatómicos masculinos son indispensables para la realización del procedimiento.
- ✓ Aplicar los principios de asepsia evita infecciones al meato urinario.
- ✓ La limpieza siempre se hará del área más limpia a la más sucia y con un solo movimiento para evitar el desplazamiento de microorganismos de áreas sucias a áreas limpias o quirúrgicas.
- ✓ El secado minucioso evita la maceración de la piel.
- ✓ La comodidad y el aseo contribuyen al bienestar físico y mental del usuario(a).
- ✓ El higiene de manos es el método más eficaz para la protección del usuario(a) y del personal.
- ✓ Las anotaciones claras y cortas ayudan a la continuidad del tratamiento

Observaciones

- ✓ En caso de usuarios menores de edad, realizar el procedimiento en presencia de un familiar o testigo, para evitar problemas legales.
- ✓ El equipo se adecúa según condición de salud del usuario(a), el escenario de atención (hogar, hospital) y situaciones especiales como cirugía gineco-obstétrica, urogenital, usuario(a) con sonda Foley o paraplejía.

Riesgos:

- ✓ Transmisión de infecciones por arrastre.
- ✓ Trauma.



2.5 Nombre del procedimiento: Colocar y retirar el bidé

Definición:

Es la acción de colocar y retirar el bidé al usuario(a) a fin de brindar comodidad y privacidad para realizar una necesidad fisiológica o algún otro procedimiento que el usuario requiera, tomando en cuenta su condición.

Objetivos:

- ✓ Asistir a al usuario(a) encamado, para que realice la eliminación vesical o intestinal.

Nivel de complejidad:

II y III

Clasificación:

Media.

Baja.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Auxiliar de Enfermería
- ✓ Asistente de pacientes
- ✓ Cuidador.

Equipo:

- ✓ Bidé
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Biombo o cortina
- ✓ Silla
- ✓ Gradass
- ✓ Papel higiénico
- ✓ Papel Kraff
- ✓ Palangana
- ✓ Agua
- ✓ Jabón
- ✓ Paño.
- ✓ Ropa extra
- ✓ Soporte de ropa.



Actividades.

- ✓ Identificar y solicitar consentimiento al usuario (a).
- ✓ Trasladar el equipo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Durante el procedimiento considerar un ambiente seguro y libre de riesgos mínimos (limpio, iluminado, ventilado que proporcione privacidad, equipado con los insumos y materiales necesarios).
- ✓ Asegurar el ambiente de privacidad al usuario (a).
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Colocar la palangana, el agua y jabón en la mesa de noche.
- ✓ Colocar el papel higiénico sobre la silla.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que flexione las piernas y se apoye en los talones; colocar el bidé en la posición correcta y según comodidad de la persona.
- ✓ Retirar el bidé en la misma forma que lo colocó y valorar las características de las eliminaciones o evacuaciones.
- ✓ Colocar sobre el bidé el cobertor (Kraff) y descartar su contenido en el inodoro; lavar ligeramente los restos de eliminación que queden en el bidé
- ✓ Colocar el bidé en el área respectiva para su aseo terminal y descartar los guantes.
- ✓ Mantener la higiene de las manos.
- ✓ Proporcionar al usuario(a) palangana, agua, jabón y paño para que se lave las manos.
- ✓ Dejar cómodo al usuario(a).
- ✓ Hacer el registro en la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios:

- ✓ Una adecuada educación al usuario(a) sobre el uso correcto del bidé, le proporcionará comodidad y seguridad.
- ✓ Conocer el procedimiento evita pérdida de tiempo en su realización.
- ✓ Ofrecer privacidad al usuario(a) le ofrece comodidad y seguridad.
- ✓ Mantener los principios, observaciones y puntos claves de asepsia evita infecciones cruzadas
- ✓ Una secuencia lógica en los pasos del procedimiento ahorra tiempo y energía, tanto al personal como al usuario(a); además, al brindar comodidad al usuario(a) este podrá satisfacer sus necesidades fisiológicas.
- ✓ En caso de imposibilidad del usuario(a), la ayuda de una tercera persona le dará seguridad y comodidad.
- ✓ Retirar el bidé en el momento adecuado le ofrece al usuario(a) confort y comodidad.
- ✓ Utilizar cobertor para el bidé evita la diseminación de malos olores y partículas en el ambiente.
- ✓ Un adecuado higiene de manos remueve las bacterias o microorganismos.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

- ✓ El higiene de manos del usuario(a) evita las infecciones cruzadas.
- ✓ Una unidad en orden le brinda comodidad y confort al usuario(a).
- ✓ Describir las características de las eliminaciones del usuario(a) ayuda a brindar un mejor tratamiento.

Observaciones:

- ✓ En caso de que el usuario(a) que tenga dispositivo de sonda vesical, gineco-obstétrica o cirugía urológica, realizar el aseo perineal con agua estéril (ejecutar esto diariamente o en caso necesario). De lo contrario, si no se presentan ninguno de los criterios anteriores, realizar aseo perineal y genital con agua potable.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Caída.
- ✓ Laceración de piel.
- ✓ Contaminación.
- ✓ Trauma.

CAPÍTULO III. TÉCNICAS ASÉPTICAS

3.1 Nombre del procedimiento: Higiene de manos



Fuente: CCSS-MS- 2012



Definición:

Es la remoción mecánica de la suciedad y flora transitoria de las manos. Es la forma más eficaz de prevenir las infecciones nosocomiales.

Objetivos:

- ✓ Disminuir la flora residual y eliminar la flora transitoria de las manos para prevenir la llegada a sitios o tejidos donde puedan dar origen a infecciones sistémicas o locales, de consecuencias a veces fatales o incapacitantes para el individuo.

Nivel de atención:

I, II y III

Nivel de complejidad:

Alto, medio, bajo.

Recurso humano:

Todo el personal de enfermería

Tipos de higiene de manos:

Lavado de manos clínico: Higiene de manos que realiza el personal de salud que tiene contacto directo con los usuarios(as). (Se hace con jabón neutro).

Lavado de manos quirúrgico: Higiene de manos que realiza el personal de salud antes de los procedimientos quirúrgicos. Se hace con jabón antiséptico, por un periodo mínimo de 5 minutos.

Lavado de manos social: Lo realiza el personal que no está en contacto directo con el usuario, personal y visitantes. Se emplea jabón líquido o sólido. (Ver procedimiento en Manual de Infecciones Intrahospitalarias)

Los “cinco momentos del lavado de manos”:

1. Antes del contacto con el usuario(a).
 - ¿Cuándo? Lavarse las manos al acercarse al usuario(a) (al estrechar la mano, ayudar al usuario(a) a moverse, realizar un examen clínico).
 - ¿Para qué? Para proteger al usuario(a) de los gérmenes dañinos que tenemos depositados en nuestras manos (libres o con guantes)
2. Antes de realizar tarea aséptica.
 - ¿Cuándo? Inmediatamente antes de realizar la tarea (curación, inserción de catéteres, durante la alimentación de los usuarios, medicación, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).



- ¿Para qué? Para proteger al usuario(a) de los gérmenes dañinos que podrían entrar en su cuerpo, incluidos los gérmenes del propio usuario(a).
- 3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
 - ¿Cuándo? Inmediatamente después de exposición a fluidos orgánicos, aunque se lleven guantes (extracción y manipulación de sangre, orina, heces, manipulación de desechos, aspiración de secreciones, cuidado oral/dental).
 - ¿Para qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del usuario(a).
- 4. Después del contacto con el usuario(a)
 - ¿Cuándo? Después de tocar a un usuario(a) y la zona que lo rodea (al estrechar la mano, ayudar al usuario(a) a moverse; realizar un examen clínico).
 - ¿Para qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del usuario(a) (a).
- 5. Después del contacto con el entorno del usuario(a).
 - ¿Cuándo? Después de tocar cualquier objeto o mueble del entorno inmediato del usuario(a), incluso si no se ha tocado al usuario(a) (cambiar la ropa de cama, ajustar la velocidad de perfusión).
 - ¿Por qué? Para protegerse y proteger el entorno de atención sanitaria de los gérmenes dañinos del usuario(a) (a).

Higiene de manos clínico:

Material y equipo:

- ✓ Jabón
- ✓ Toallas de papel.
- ✓ Lavamanos con fuente de agua.
- ✓ Basurero.

Actividades

- ✓ Descubrir el antebrazo (si es necesario)
- ✓ Retirar el reloj y las alhajas
- ✓ Abrir la fuente de agua del lavamanos, colocar las manos bajo el agua permitiendo que corra de la punta de los dedos hacia los codos.
- ✓ Depositar en la palma de la mano una cantidad suficiente de jabón neutro; si se utiliza jabón en pastilla, frotarla hasta que obtenga espuma suficiente.
- ✓ Frotar las palmas de las manos entre sí, la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa por espacio de tres minutos.



- ✓ Frotar el dorso de la palma y dedos de una mano con la palma de la otra mano; entrelace los dedos y viceversa.
- ✓ Atrapar el pulgar izquierdo con la mano derecha, frotarlo con movimientos de rotación y viceversa
- ✓ Frotar las puntas de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, con movimientos de rotación y viceversa.
- ✓ Retomar los espacios interdigitales y las uñas.
- ✓ Retirar el jabón colocando las manos bajo el agua y permitiendo que corra de los dedos hacia el codo.
- ✓ Colocar las manos hacia arriba para evitar que el agua retorne hacia ellas.
- ✓ Secar las manos utilizando toallas desechables individuales para cada mano, primero una y luego la otra.
- ✓ Cerrar la llave del agua con la última toalla y descartar siguiendo las normas para manejo de desechos sólidos.

Principios:

- ✓ Las alhajas albergan microorganismos en sus montaduras.
- ✓ A mayor número de microorganismos se requiere una mayor concentración de agente destructor. La efectividad de los detergentes y jabones requiere la presencia de agua.
- ✓ Los movimientos circulares limpian más eficazmente y la fricción produce una acción mecánica profunda. Hay que lavar las zonas interdigitales.
- ✓ Un área limpia se contamina al contacto con un área sucia.
- ✓ En la humedad proliferan los microorganismos.
- ✓ La piel húmeda se agrieta fácilmente.
- ✓ Tocar una superficie sucia contamina las manos.

Observaciones

El agua debe correr de la zona menos contaminada a la más contaminada. Se considera así porque las manos se lavan más frecuentemente que los codos.

Secándose bien, los guantes se colocan fácilmente.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Higiene de manos incompleta.
- ✓ Infecciones cruzadas

Higiene de manos quirúrgico

- ✓ Material y equipo:
- ✓ Jabón antiséptico
- ✓ 2 cepillos estériles.
- ✓ Campo estéril



Actividades.

- ✓ Retirar alhajas y vestirse con pijama verde para áreas restringidas (según normativa institucional).
- ✓ Abrir la fuente del agua moviendo el pedal con la pierna o según la tecnología existente; colocar las manos bajo el agua; permitir que corra de los dedos hacia el codo.
- ✓ Depositar en la palma de la mano una cantidad suficiente de jabón antiséptico; frotar las manos hasta obtener una buena cantidad de espuma; realizar un lavado rápido de manos y enjuagar.
- ✓ Depositar en la palma de la mano una cantidad suficiente de jabón antiséptico y dar inicio al lavado quirúrgico cepillando con movimientos rotatorios las uñas, dedos, espacios interdigitales, palma y dorso de la mano. Continuar con antebrazo hasta 3 cm arriba del codo, con movimientos firmes y circulares, sin devolverse; descartar el cepillo en el lavatorio.
- ✓ Utilizar el segundo cepillo estéril y lavar el otro brazo con la misma técnica. Mantener las manos en alto más arriba de los codos.
- ✓ Retirar el jabón colocando las manos bajo el agua; permitir que corra de los dedos hacia el codo.
- ✓ Frotar nuevamente las manos con agua y jabón, haciendo suficiente espuma hasta la muñeca; enjuagar.
- ✓ Cerrar el grifo (según la tecnología existente); mantener las manos elevadas y los brazos separados del cuerpo.
- ✓ Sujetar la toalla estéril por uno de los extremos; secar la mano: continuar secando en forma rotativa hasta el codo sin devolverse, con el extremo opuesto y seco de la misma toalla; secar la otra mano de igual manera.

Principios

- ✓ Los microorganismos se alojan en las montaduras de las alhajas.
- ✓ La efectividad de los detergentes y jabones solo se produce en presencia de agua.
- ✓ A mayor número de microorganismos, se requiere una mayor concentración de agente destructor.
- ✓ El agua corriente favorece el arrastre mecánico de los microorganismos.
- ✓ Mantener las manos en alto y los brazos separados del cuerpo evita la contaminación.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Higiene de manos incompleta.

Higiene de manos con solución a base de alcohol



Fuente: CCSS-MS 2012.

Material y equipo:

Dispensador con solución a base de alcohol.



Actividades.

- ✓ Accionar la palanca del dispensador que contiene la solución de alcohol permitiendo que se deposite en la palma de mano la cantidad suficiente del producto.
- ✓ Frotar las palmas de las manos entre sí, entrelazando los dedos.
- ✓ Frotar el dorso de la mano y de los dedos con la palma de la mano opuesta, entrelazando los dedos.
- ✓ Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- ✓ Frotar con movimientos de rotación el pulgar izquierdo atrapándolo con la mano derecha y viceversa.
- ✓ Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

Principios:

- ✓ A mayor número de microorganismos se requiere una mayor concentración de agente destructor.
- ✓ Los espacios interdigitales son fuente de contaminación.
- ✓ Los movimientos circulares limpian más eficazmente y la fricción permite una acción mecánica profunda.

Observaciones:

- ✓ No es sustituto del lavado de manos con jabón y agua.
- ✓ No usar productos a base de alcohol cuando las manos estén visiblemente sucias o se expusieron a sangre u otros fluidos corporales. En estos casos lavarse las manos con agua y jabón

Riesgos:

- ✓ Higiene de manos incompleta.



3.2 Nombre del procedimiento: Colocación y retiro de la bata estéril

Definición:

Es la utilización de una bata estéril como barrera entre el funcionario de salud y un campo estéril durante un procedimiento invasivo o no que se realice al usuario(a).

Objetivo:

- ✓ Evitar la transmisión de microorganismos por contacto directo entre el usuario(a) y el personal de salud durante la realización del procedimiento.

Niveles de atención:

I, II y III nivel.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alta, medio.

Recurso humano:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Azafate estéril.
- ✓ Bata estéril.

Actividades

- ✓ Mantener la higiene de las manos según técnica.
- ✓ Elegir una superficie plana, preferiblemente un carro de procedimientos; colocar el azafate estéril; abrir el cobertor; colocar el paquete de ropa que contiene la bata y abrir el cobertor. Utilizar la técnica para abrir paquetes.
- ✓ Sujetar la bata por la parte interior del cuello y sacarla totalmente del paquete. Evitar que la bata entre en contacto con otras superficies.
- ✓ Introducir ambas manos en la parte superior interna de la bata; sujetar las costuras de las mangas y deslizar simultáneamente ambos brazos en las mangas hasta llegar al puño.
- ✓ Mantener los brazos en alto y separados del cuerpo.
- ✓ Solicitar ayuda para jalar la bata sobre los hombros, tocando solamente la parte interna del cuello; atar las cintas desde el cuello a la cintura.

Retiro de la bata

- ✓ Retirar los guantes y solicitar que le desaten las cintas de la bata.
- ✓ Sujetar, con los dedos índice y medio de la mano dominante, el puño de la manga contraria; jalar sin sacar completamente el brazo, dejando que la mano quede protegida por el puño de la bata.
- ✓ Sujetar con la mano protegida, el puño de la otra manga; jalar; sacar completamente el brazo y sujetar el cuello de la bata por la parte interna.
- ✓ Sacar la mano protegida, doblar la bata con la parte externa hacia adentro y descartarla en la canasta para ropa sucia.

Principios

- ✓ La técnica para abrir paquetes consiste en sujetar con los dedos pulgar e índice el extremo expuesto del cobertor; jalar hacia el lado distal, luego los laterales y por último al lado proximal.
- ✓ La esterilidad se pierde al contacto con áreas que no lo están.
- ✓ La bata se considera estéril por el frente, no así la espalda.
- ✓ El contacto con la bata expone a infecciones cruzadas.
- ✓ Evita la diseminación de infecciones

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Infecciones cruzadas

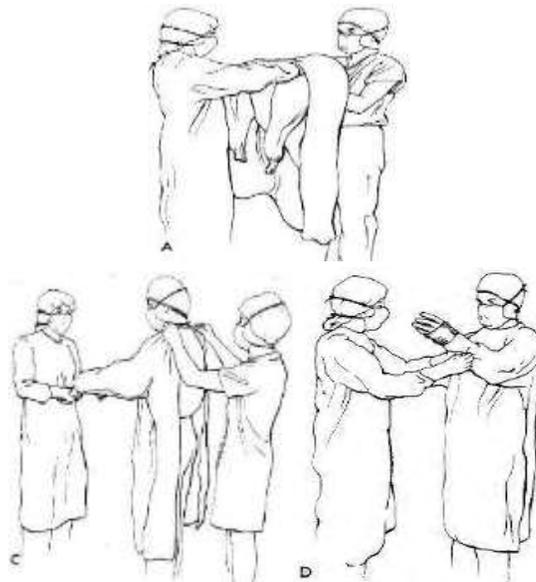


Figura con fines ilustrativos.



3.3 Nombre del procedimiento: Colocación de guantes

Definición:

Medida de barrera de protección, que ayuda a prevenir y controlar las infecciones intrahospitalarias disminuyendo la transmisión de microorganismos de las manos del personal al usuario(a) y viceversa, durante los procedimientos invasivos, no invasivos y de rutina.

Objetivos:

- ✓ Prevenir las infecciones cruzadas.
- ✓ Establecer un mecanismo que permita mantener la esterilidad en los procedimientos invasivos.

Nivel de atención

I, II y III.

Nivel de complejidad

Alto, medio, bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliares de enfermería.
- ✓ Estudiantes de enfermería.
- ✓ Estudiantes del curso de auxiliares de Enfermería.
- ✓ Asistentes de pacientes (solo para actividades según la tarea delegada por la enfermera).
- ✓ Otros miembros del equipo de salud.

Material y equipo:

- ✓ Guantes (considerar tamaño)
- ✓ Agua
- ✓ Jabón
- ✓ Lavamanos
- ✓ Servilleta

Actividades

Método abierto:

- ✓ Higiene de las manos.
- ✓ Colocar el empaque que contiene los guantes sobre una superficie plana y limpia.
- ✓ Verificar la integridad del paquete
- ✓ Abrir con técnica la envoltura externa de los guantes y ampliar con ella el área estéril.
- ✓ Abrir con técnica la cubierta interna para dejar visibles los guantes.



- ✓ Sujetar con el dedo pulgar e índice de la mano dominante la parte interna del puño del guante contrario y deslizar los dedos de la mano no dominante dentro de los dedos del guante.
- ✓ Introducir los dedos de la mano enguantada bajo el dobléz del puño del otro guante y deslizar los dedos de la mano dominante dentro de los dedos del guante.
- ✓ Ajustar los guantes a los dedos.

Método cerrado:

- ✓ Desdoblar el puño del guante sobre el puño de la bata.

Principios:

- ✓ La correcta colocación de guantes elimina el riesgo de contaminarlos.
- ✓ El uso de guantes estériles previene infecciones cruzadas y garantiza seguridad al usuario.
- ✓ Los fluidos del usuario(a) pueden causar infecciones en la piel del personal de salud y viceversa. Prevenir el contacto con el uso de guantes.
- ✓ El uso de guantes facilita el desempeño en el procedimiento y elimina riesgos de contaminación.

Observaciones:

- ✓ Utilizar guantes en la exposición a líquidos corporales.
- ✓ Para actividades de rutina se utilizan guantes no estériles y los estériles para procedimientos asépticos.
- ✓ No utilizar los mismos guantes con diferentes usuarios(as).
- ✓ Cambiar de guantes si se pasa de un sitio anatómico contaminado a uno limpio; por ejemplo, del área perineal a la cara.
- ✓ Al retirarlos, evitar contaminar las manos y las superficies cercanas.
- ✓ Desecharlos en bolsa de basura para desechos biopeligrosos.
- ✓ Mantener la higiene de manos con solución a base de alcohol inmediatamente después de retirar los guantes y en el mismo sitio (por ejemplo en la habitación del usuario(a)).
- ✓ Evitar tocar con las manos enguantadas los equipos destinados al cuidado del usuario(a) (ventiladores, bombas de infusión, monitores) o computadores y teclado.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Contaminación por ruptura del guante inadvertida.
- ✓ Infecciones cruzadas



3.4 Nombre del procedimiento: Limpieza y desinfección de la unidad del usuario(a)

Definición:

Es la utilización de productos de limpieza para descontaminar el equipo hospitalario utilizado en la atención del usuario(a) antes de asignársele a otro.

Objetivos:

Prevenir el riesgo de infecciones cruzadas mediante la limpieza y desinfección de la unidad del usuario(a) (cama, camilla, cuna, mesa de noche, mesa puente, silla y grada, monitores, bombas de infusión y otros).

Nivel de complejidad.

I, II y III.

Clasificación:

Baja.

Recursos humanos:

Asistente de pacientes debidamente capacitado.

Equipo de material:

Carro de procedimientos o azafate conteniendo:

Galón (es) conteniendo cada uno:

Detergente a base de compuestos de amonio cuaternario

Agua.

Desinfectante.

- ✓ Un cepillo e hisopos.
- ✓ Tela absorbente.
- ✓ Soporte para ropa sucia.
- ✓ Bolsa roja para descartar.
- ✓ Equipo de protección.

Actividades

- ✓ Preparar el equipo completo y trasladarlo a la unidad.
- ✓ Colocar el equipo de protección (gorro, bata de puño, anteojos protectores, guantes, cubre bocas, gorro).
- ✓ Inspeccionar cada uno de los equipos que integran la unidad del usuario(a) para verificar que se encuentre en condiciones de uso; cambiar el colchón si es necesario y retirar el equipo dañado e informar al encargado para el trámite de reparación.



- ✓ Retirar todos los objetos que se encuentran en la mesa de noche y descartarlos, clasificados según normas de manejo de desechos sólidos hospitalarios.
- ✓ Colocar el soporte para ropa sucia a los pies de la cama.
- ✓ Desvestir la almohada y depositar la funda en el soporte para ropa sucia; colocar la almohada verticalmente sobre la silla; iniciar el procedimiento.
- ✓ Limpiar la almohada por ambas caras con retazos de tela humedecido con solución jabonosa, agua y luego con solución desinfectante y dejar secar. Continuar con el respaldar de la cama.
- ✓ Doblar la parte superior del colchón sobre la parte inferior; con el retazo de ropa aplicar jabón a esa mitad del colchón; además, utilizar el hisopo para limpiar la malla y los resortes. Con otro retazo aplicar agua hasta retirar el jabón y con otro retazo de ropa aplicar el desinfectante.
- ✓ Desdoblar el colchón y luego doblar la parte inferior sobre la parte superior; limpiar aplicando el mismo procedimiento anterior. Desdoblar y limpiar la superficie superior del colchón.
- ✓ Posicionar la cama en forma horizontal; levantar el colchón por el centro formando la figura de una herradura, debajo; colocar la almohada y permitir que se ventile al menos 15 minutos, dejando que el desinfectante actúe antes de vestir la cama con el método cerrado. La limpieza de las superficies planas se realiza de derecha a izquierda sin devolverse, de último se limpian los bordes, los marcos y las patas de la parte superior a la inferior
- ✓ Limpiar con la técnica para superficies planas la mesa puente y la mesa de noche.
- ✓ Limpiar con la misma técnica otro equipo utilizado como: silla, almohada, soporte portátil para soluciones. Las bombas de infusión y monitores de acuerdo a las recomendaciones del fabricante.
- ✓ Retirar el equipo de protección.
- ✓ Realizar el cuidado posterior al equipo.
- ✓ Realizar higiene de manos.

Principio:

- ✓ La integración del equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ Todo material que ha estado en contacto con el usuario (a) o en la unidad, se considera contaminado
- ✓ La materia orgánica favorece el crecimiento de microorganismos.
- ✓ El jabón y el agua facilitan la eliminación de los microorganismos. El desinfectante es un agente químico que destruye los microorganismos patógenos, a excepción de las esporas.
- ✓ En la técnica aséptica la limpieza de las áreas se hace siempre de la zona limpia a la sucia. La fricción ayuda a la remoción de los microorganismos
- ✓ El tiempo de ventilación permite que el desinfectante actúe.
- ✓ La limpieza de la unidad previene infecciones nosocomiales.



- ✓ Aplicar el principio en la desinfección, de lo más limpio a lo más contaminado.

Observaciones:

- ✓ Es indispensable el lavado minucioso de manos antes y después de realizar un procedimiento.
- ✓ Cada área de atención debe contar con su manual de manejo y desinfección de las camas eléctricas.
- ✓ El auxiliar de enfermería participa en el procedimiento según delegación del enfermero (a).
- ✓ La desinfección en áreas de aislamiento se debe coordinar con servicios generales para la desinfección de las paredes y el piso. Tener cuidado con la salida y entrada de material y equipo, conservando los principios de asepsia.

Riesgos:

- ✓ Accidentes laborales.
- ✓ Infecciones cruzadas

3.5 Nombre del procedimiento: Limpieza terminal de la incubadora

Definición:

Es el procedimiento mediante el cual se realiza el lavado de cada una de las partes de la incubadora con posterior desinfección, utilizando un agente bactericida (sustancia química capaz de destruir bacteria y esporas).

La incubadora es una cámara en la cual se mantiene una temperatura constante, por medio de termostatos, de manera que pueda regularse el grado de humedad y de calor, por lo cual se utiliza en la protección de los recién nacidos prematuros o con alteraciones de salud.

Objetivos:

Disminuir e inhibir el crecimiento de la flora bacteriana existente, a través de la eliminación de residuos de secreciones, sangre, fórmulas lácteas y soluciones que pueden representar un medio de transmisión de infecciones al neonato.

- ✓ Dar comodidad al recién nacido.
- ✓ Mantener el orden y limpieza de la unidad del niño.

Nivel de atención:

II y III



Nivel de complejidad:
Media y baja

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliares de enfermería.
- ✓ Asistentes de paciente
- ✓ Asistentes de usuario(a).

Material y equipo:

- ✓ Área de lavado de incubadoras
- ✓ Galones que contienen:
- ✓ Jabón líquido a base de amonio cuaternario
- ✓ Agua
- ✓ desinfectante
- ✓ Retazos de ropa de lavandería.
- ✓ Jabón antiséptico.

Actividades

- ✓ Apagar y desconectar la incubadora.
- ✓ Trasladar la incubadora al área de lavado.
- ✓ Retirar cintas adhesivas o cualquier cosa que esté pegada en la incubadora.

Desarmar la incubadora:

- ✓ Retirar las conexiones eléctricas y sensores de temperatura.
- ✓ Abrir la puerta frontal; retirar la colchoneta, bandeja, doble pared de acrílico, manguillas, cauchos de las ventanas laterales y pasa tubos.
- ✓ Levantar la cubierta de acrílico; retirar la cortina de aire, la base interna de la incubadora, y las partes metálicas que lo permitan. Retirar la unidad eléctrica, colocarla en un lugar seguro y libre de humedad.
- ✓ Retirar el filtro bacteriano (según instrucciones del fabricante)
- ✓ Lavar cada una de las partes con la dilución de endozime o clorexidina y agua; revisar todos los compartimentos de la incubadora para asegurarse de que no queden residuos de materia orgánica. (Lavarlas piezas con detergente neutro.
- ✓ Secar cada una de las partes.
- ✓ Aplicar desinfectante, dejarlo actuar por 30 minutos y luego retirarlo con una compresa seca.(dejar actuar hasta que seque)
- ✓ Armar nuevamente la incubadora, cambiar y rotular el filtro bacteriano si lo amerita. Rotular la incubadora con: fecha, hora y nombre de la persona que realizó el lavado.



Principios:

- ✓ El orden en el cumplimiento previene accidentes laborales.
- ✓ El cumplimiento de las medidas de bioseguridad previene infecciones nosocomiales.
- ✓ Colocar las piezas en orden evita extravío de las partes.
- ✓ La limpieza y desinfección de las incubadoras se debe realizar con jabones enzimáticos, bacteriostáticos, de amplio espectro y de acción sinérgica, como el endozime, el cual inactiva y elimina sangre, materia mucosa, materia fecal y vómito.
- ✓ La materia orgánica inactiva la acción del agente desinfectante.

Observación:

Si la unidad fue ocupada por un neonato séptico, dejarla airear por un periodo de 24 horas. (La unidad se limpia, se desinfecta y está lista para usar).

Procedimiento de limpieza de las incubadoras abiertas

Equipo:

- ✓ Sacudidores limpios (trozos de tela suave y limpios en desuso).
- ✓ Desinfectante establecido
- ✓ Alcohol
- ✓ Guantes ambidiestros limpios
- ✓ Aplicadores
- ✓ Sábanas
- ✓ Delantal limpio

Actividades

- ✓ Preparar el equipo que se va a utilizar.
- ✓ Apagar y desconectar la incubadora de la fuente eléctrica.
- ✓ Colocarse los guantes y delantal limpios.
- ✓ Retirar la ropa de incubadora con movimientos envolventes hacia adentro.
- ✓ Revisar las gavetas de la incubadora y descartar alimentos y objetos no reutilizables.
- ✓ Recoger todos los suministros reutilizables y colocarlos para su desinfección.
- ✓ Doblar el trozo de tela en 4 o más partes.
- ✓ Humedecer el paño al chorro del agua.
- ✓ Limpiar uniformemente de arriba a abajo y con movimientos uniformes.
- ✓ Iniciar la limpieza del colchón de la cabeza a los pies, por ambos lados del colchón.
- ✓ Limpiar la plataforma y los bordes metálicos donde se coloca el colchón.
- ✓ Dar vuelta al paño cada vez que esté sucio.
- ✓ Descartar el paño cuando no le quedan caras limpias
- ✓ Utilizar aplicadores para la limpieza del marco metálico, esquinas y rincones.



- ✓ Colocar el colchón en su posición original.
- ✓ Limpiar el respaldo inferior de la incubadora.
- ✓ Limpiar las barandas laterales y frontales.
- ✓ Limpiar las patas de la incubadora.
- ✓ Repetir todos los pasos anteriores aplicando desinfectante (amonio cuaternario) o hipoclorito de sodio al 5%.
- ✓ Repetir todos los pasos anteriores con trapo seco.
- ✓ Dar énfasis a estantes y gavetas.
- ✓ Limpiar la silla del acompañante.
- ✓ Limpiar con alcohol el sensor de temperatura, cables de los monitores.
- ✓ Verificar el funcionamiento del equipo.
- ✓ Retirarse los guantes y depositar en el basurero de material bioinfeccioso.
- ✓ Lavarse las manos.

Principios:

- ✓ La preparación previa del equipo no solo ahorra tiempo y energía, sino que disminuye la posibilidad de contaminación.
- ✓ Al mantener el equipo desconectado de la fuente eléctrica, se asegura no recibir una descarga eléctrica.
- ✓ El cumplimiento de la técnica evita la dispersión de pelusa y microorganismos al ambiente.
- ✓ Realizar el descarte del material según normas institucionales disminuye los riesgos de infección.
- ✓ Antes de la desinfección, la superficie de la incubadora debe quedar libre de polvo, sangre, alimentos, grasas, vómito, heces o cualquier otro material.
- ✓ La limpieza y desinfección se realiza, del área menos contaminada a la más contaminada.
- ✓ Los movimientos de retorno o en círculo deben evitarse ya que se trasladan las bacterias del área sucia a la limpia.
- ✓ Realizar la desinfección del área menos contaminada a la más contaminada.
- ✓ Al estar doblado y cambiar de cara el trozo de tela se evita estar girando microorganismos a las superficies.
- ✓ Cada vez que el trozo de tela esté sucio inicie con otro limpio con la misma técnica de doblaje.
- ✓ Se debe realizar una limpieza profunda en cada parte de la incubadora.
- ✓ Toda la incubadora en su parte interna y externa contiene los microorganismos que ha tenido el usuario por lo tanto se debe realizar limpieza de todas las áreas.
- ✓ Hay que revisar que los rodines no tengan pelusa que hace que no gire adecuadamente.
- ✓ Si el usuario es portador hepatitis, *Vibrio cholerae*, *C. difficile* utilizar hipoclorito de sodio al 5% para su eliminación.
- ✓ Prevenir la formación de hongos por la humedad, o daño en el equipo.



- ✓ La higiene de manos es imprescindible para prevenir y controlar las infecciones.

Observaciones

- ✓ Limpiar las incubadoras abiertas en el área del paciente.
- ✓ Para una adecuada limpieza, utilizar tantos trozos de tela limpios que sean necesarios.
- ✓ La incubadora, una vez limpia, se conecta a la fuente eléctrica.
- ✓ Realizar el descarte de material biopeligroso en el recipiente correspondiente para tal fin, evita la contaminación del ambiente.

Procedimiento de limpieza de las incubadoras cerradas

Equipo:

- ✓ Sacudidores limpios (tela absorbente y limpia).
- ✓ Jabón de cristalería
- ✓ Desinfectante establecido
- ✓ Alcohol
- ✓ Guantes ambidiestros limpios
- ✓ Aplicadores/Cepillo de dientes
- ✓ Sábanas
- ✓ Delantal limpio

Actividades

- ✓ Trasladar la incubadora al área de lavado.
- ✓ Preparar el equipo que se va a utilizar
- ✓ Colocarse los guantes y delantal limpio.
- ✓ Retirar la ropa de incubadora con movimientos envolventes hacia adentro.
- ✓ Revisar las gavetas de la incubadora.
- ✓ Descartar alimentos y objetos no reutilizables.
- ✓ Recoger todos los suministros reutilizables y ponerlos en desinfección.
- ✓ Desarmar la incubadora
- ✓ Lavar con agua y jabón utilizando trozos de tela para realizar fricción.
- ✓ Limpiar de arriba a abajo y con movimientos uniformes.
- ✓ Iniciar la limpieza del colchón de la cabeza a los pies por ambos lados del colchón.
- ✓ Utilizar aplicadores o cepillo de dientes para la limpieza de los marcos, esquinas y rincones de difícil acceso.
- ✓ Colocar el colchón en posición original.
- ✓ Limpiar el respaldo inferior de la incubadora.
- ✓ Limpiar las patas de la incubadora.



- ✓ Repetir todos los pasos anteriores aplicando desinfectante (amonio cuaternario) o hipoclorito de sodio.
- ✓ Repetir los pasos anteriores con trapo seco.
- ✓ Dar énfasis a estantes y gavetas.
- ✓ Limpiar con alcohol el sensor de temperatura.
- ✓ Verificar el funcionamiento del equipo.
- ✓ Retirarse los guantes y depositar en el basurero de material bioinfeccioso.
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Colocar fecha de limpieza y nombre de la persona que la realizó.

Principios

- ✓ Mantener las medidas de seguridad en el transporte, para evitar accidentes laborales.
- ✓ La preparación previa del equipo no solo ahorra tiempo y energía, sino que disminuye la posibilidad de contaminación.
- ✓ Esta técnica evita la dispersión de pelusa y microorganismos al ambiente. Asegura que no tenga objetos que produzcan lesiones al momento de la limpieza.
- ✓ Realizar el descarte del material según normas institucionales facilita una mejor limpieza de cada una de las partes.
- ✓ Antes de la desinfección, la superficie de la incubadora debe quedar libre de polvo, sangre, alimentos, grasa, vómito, heces o cualquier otro material.
- ✓ La limpieza y desinfección se realiza del área menos contaminada a la más contaminada.
- ✓ Al estar doblado y cambiar de cara el trozo de tela, se evita estar girando microorganismos a las superficies.
- ✓ Una vez limpia la incubadora, colocar bien el colchón.
- ✓ Eliminar polvo, sangre, alimento, grasa u otro material.
- ✓ Revisar que los rodines estén libres de pelusas y permitan uso adecuado.
- ✓ Si el usuario es portador de hepatitis, *Vibrio Cholerae*, *C. difficile* utilizar hipoclorito de sodio al 5% para su eliminación.
- ✓ Prevenir la formación de hongos por la humedad, o daño en el equipo.
- ✓ Eliminar todos los microorganismos
- ✓ La higiene de manos es imprescindible para prevenir y controlar las infecciones.

Observaciones

- ✓ Para la limpieza de las incubadoras Giraffe ver indicaciones del fabricante.
- ✓ Cambio de filtros según indicación del fabricante.
- ✓ En la utilización diaria, limpiar la cúpula con agua estéril por dentro y por fuera.
- ✓ Limpiar las incubadoras en el área correspondiente.
- ✓ La incubadora, una vez limpia, se conecta a la fuente eléctrica.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

- ✓ Realizar el descarte del material biopeligroso en el recipiente correspondiente evita contaminar el ambiente.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Extravío de partes.
- ✓ Limpieza incompleta.
- ✓ Infecciones cruzadas



CAPITULO IV. VESTIR DIFERENTES TIPOS DE CAMA



Imagen con fines ilustrativos.

4.1 Nombre del procedimiento: Vestir cama cerrada

Definición:

Es la cama que se prepara una vez que se ha realizado la desinfección terminal de la unidad y está dispuesta para recibir un nuevo usuario(a).

Objetivo:

- ✓ Disponer de una cama preparada para recibir al usuario(a) al momento del ingreso al área de hospitalización, urgencias o consulta externa.

Niveles de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Estudiantes de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Cama con colchón
- ✓ Almohada. (1)
- ✓ Funda (1)
- ✓ Sábanas (3)
- ✓ Colcha. (1)
- ✓ Cobija. (1)
- ✓ Ahulado.(1)
- ✓ Ropa protectora (bata y guantes)



Actividades.

Verificar que a la cama se le realizó el aseo terminal.

Preparar el material necesario y trasladarlo al sitio de ubicación de la cama.

Colocar la ropa de cama sobre la silla, de abajo hacia arriba, en el siguiente orden:

- ✓ Sábana inferior
- ✓ Ahulado
- ✓ Sábana movable.
- ✓ Sábana superior.
- ✓ Cobija.
- ✓ Colcha
- ✓ Funda.

Ubicarse de pie al lado de cama, a la mitad de la misma, para realizar los siguientes pasos:

- ✓ Colocar la sábana inferior en el centro del colchón; extenderla hacia los laterales, prensarla bajo el colchón; luego formar un ángulo recto, en la esquina proximal y prensarlo bajo el colchón; continuar por todo el lateral y repetir en la parte inferior.
- ✓ Colocar el ahulado cubriendo la zona intermedia del colchón y cubrirlo con la sábana movable. Prensar la sábana movable con el ahulado bajo el colchón.
- ✓ Colocar la sábana superior y sobre ella la cobija y luego la colcha; hacer un paletón al centro y prensar todo el extremo inferior bajo el colchón; formar el ángulo en la esquina con ambas prendas y prensar bajo el colchón únicamente la esquina.
- ✓ Sujetar con la mano dominante el centro de la boca de la funda, plegarla con los dedos hasta el fondo formando un acordeón.
- ✓ Introducir la almohada con la otra mano y, en forma simultánea, elevar poco a poco la boca de la funda deshaciendo el acordeón hasta cubrir completamente la almohada.
- ✓ Alisar con la palma de la mano la almohada enfundada y colocarla sobre la cama.
- ✓ Ubicar la silla al lado de la cama a nivel de la cabecera. Trasládarse al otro lado de la cama para trabajar los pasos siguientes.
- ✓ Repetir todos los pasos a partir de la colocación de la sábana inferior.

Principio:

- ✓ La integración del equipo ahorra tiempo y energía.
- ✓ Todo material que ha estado en contacto con el usuario(a), se considera contaminado
- ✓ Es indispensable el lavado minucioso de manos antes y después de realizar un procedimiento.
- ✓ El equipo completo conlleva economía de tiempo y esfuerzo.



- ✓ El ahulado protege el colchón y la sábana inferior de mancharse con secreciones, eliminaciones, sangre, etc. La sábana movable protege al usuario(a) de la acción irritante del hule sobre la piel.

4.2 Nombre del Procedimiento: Vestir cama ocupada

Definición:

Es la intervención de enfermería para vestir la cama cuando el usuario(a), dado su estado de salud, no puede levantarse de la cama.

Objetivo:

- ✓ Mantener al usuario(a) cómodo y con la ropa de cama ordenada.
- ✓ Proporcionar al usuario(a) seguridad física y mental durante el procedimiento.
- ✓ Proporcionar higiene, seguridad y bienestar al usuario(a) encamado.

Niveles de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Estudiantes de enfermería

Actividades.

- ✓ Identificar al usuario acerca del procedimiento.
- ✓ Reunir el equipo necesario y trasladarlo a la unidad.
- ✓ Colocarse ropa protectora según sea el caso.
- ✓ Colocar la ropa sobre la silla según orden establecido.
- ✓ Aflojar con movimientos suaves y coordinados, la ropa de cama, iniciando en el lado distal y siguiendo en el proximal.
- ✓ Deshacer el dobléz de la colcha hacia los pies del usuario(a); doblar nuevamente en 4 partes. Colocar en el respaldo de la silla o descartarla si no se va a reutilizar.
- ✓ Retirar las demás piezas de la misma forma que se retiró la anterior; colocarlas sobre el respaldo de la silla o descartarlas.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición lateral o ayudarlo para que lo haga por sí mismo; valorar la condición de la piel; lubricar y masajear la piel.



- ✓ Colocar la sábana inferior limpia; iniciar por la parte superior de la cama; hacer la esquina; prensarla por debajo del colchón; continuar con la parte inferior de la cama en igual forma.
- ✓ Colocar el ahulado y la sábana movable en el centro de la cama, si es necesario.
- ✓ Colocar la sábana superior limpia sobre al usuario(a), y simultáneamente retirar la sucia y depositarla en el soporte para ropa sucia; hacer pliegue en la parte inferior hacia el centro del respaldar; hacer el ángulo y ajustar por debajo del colchón.
- ✓ Colocar la cobija, luego la colcha; hacer el pliegue en la cobija y ajustarla por debajo del colchón.
- ✓ Hacer la esquina de la parte inferior de la cama en ángulo 90° en la cobija y colcha.
- ✓ Doblar la parte superior de la colcha por debajo de la cobija y la parte superior de la sábana doblarla sobre la colcha en su lado proximal.
- ✓ Repetir todos los pasos con las diferentes piezas en el lado distal de la cama.
- ✓ Colocar al usuario(a) de lado contrario o ayudarlo a que lo haga por sí mismo si está en condición.
- ✓ Continuar con el cambio de la sábana inferior; estirla y simultáneamente retirar la inferior sucia y depositarla en la canasta para ropa sucia. Extender el ahulado y la sábana movable en la misma forma
- ✓ Colocar al usuario(a) en el centro de la cama o pedirle que lo haga, si su condición lo permite. Observar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Retirar y dar cuidado posterior al resto de equipo y trasladarlo al lugar respectivo.
- ✓ Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad preestablecidos, sobre aspectos particulares del usuario(a).

Principios

- ✓ Disminuir el temor y favorecer la participación y colaboración del usuario(a) durante el procedimiento, protegiendo su individualidad.
- ✓ El proveerse de todo el equipo y material necesarios y ordenarlos conforme se va a utilizar conlleva economía de tiempo y esfuerzo
- ✓ Los microorganismos del aire pueden diseminarse cuando se agita la ropa de cama al arreglarla.
- ✓ El colocar la ropa sucia en el soporte para ropa sucia después de retirada disminuye la posibilidad de contaminación del aire.
- ✓ El ahulado protege el colchón y la sábana inferior de mancharse con secreciones, eliminaciones, sangre, etc.
- ✓ La sábana movable protege al usuario(a) de la acción irritante del hule sobre la piel.
- ✓ Este pliegue superior permite mantener ordenadas las piezas de tela de la unidad; a la vez, proporciona abrigo y comodidad al usuario(a).



- ✓ El iniciar el procedimiento en el lado proximal de la cama y luego continuarlo en el lado distal ahorra tiempo y energía.
- ✓ El orden y la limpieza crean un ambiente agradable e inspiran confianza y comodidad al usuario(a).
- ✓ La anotación ayuda a la continuidad del tratamiento.

Riesgos relacionados al procedimiento:

- ✓ Caídas accidentales del usuario(a) por no ubicarlo en una cama con barandas según sus condición.
- ✓ Contaminación o infección del usuario por desinfección incorrecta de la unidad.
- ✓ Los pliegues en la ropa de cama provocan lesiones en la piel
- ✓ Cama sin barandas al usuario de riesgo de caída.

4.3 Nombre del Procedimiento: Vestir cama de anestesia

Definición:

Es la intervención de enfermería en la preparación de la cama de anestesia al usuario(a) que se le realizará un procedimiento quirúrgico

Objetivo:

- ✓ Contar con la cama de anestesia ya preparada oportunamente y recibir a al usuario(a) en su postoperatorio inmediato sin retrasos.
- ✓ Facilitar el traslado y acomodo del usuario(a) de la camilla a la cama del servicio en que está hospitalizado.

Niveles de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Estudiantes de enfermería



Actividades:

Existen dos opciones de vestir la cama de anestesia:

Opción 1

- ✓ Verificar el aseo de la unidad, antes de hacer la cama; preparar el material y el equipo; reunir el material necesario para hacer la cama.
- ✓ Colocar la ropa limpia de la cama doblada en la silla según el orden establecido.
- ✓ Vestir la cama siguiendo los pasos de la cama cerrada; prensar bajo el colchón solo la sábana inferior.
- ✓ Sujetar conjuntamente los extremos inferiores de la sábana superior, la cobija y la colcha, y formar 2 triángulos.
- ✓ Doblar la parte inferior de los triángulos que formó primero (con relación a los pies) hacia arriba y hacer llegar los dobles hasta el centro de la cama.
- ✓ Doblar la parte superior de los triángulos (con relación a la cabecera) y llevarlos a la parte central de la cama.
- ✓ Vestir la almohada según la técnica (ver procedimiento cama cerrada) y colocar en el respaldar de la cabecera de la cama.
- ✓ Aunque la cama este ocupada, se debe hacer la limpieza

Opción 2:

- ✓ En esta opción, se repiten los pasos anteriores hasta la parte que dice "Sujetar conjuntamente los extremos inferiores de la sábana superior, la cobija y la colcha y prensar bajo el colchón.
- ✓ Doblar la parte superior de los triángulos (con relación a la cabecera) y llevarlos a la parte central de la cama.
- ✓ Luego continuar con los pasos que se mencionan en la opción1, a partir de vestir la almohada.

Observaciones:

- ✓ Valorar casos particulares de usuarios(as), que requieran que su unidad sea desinfectada (por ejemplo, usuarios con lesiones en piel o con salida de flujos).
- ✓ El doblar en hexágono o triángulo de las prendas que visten la cama facilita el traslado del usuario(a) así como el abrigo inmediato y facilita al personal la movilización del usuario.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Omitir piezas de ropa.
- ✓ Infecciones cruzadas debido a una desinfección incorrecta.
- ✓ Contaminación de la ropa de cama por un manejo inadecuado.



4.4 Nombre del procedimiento: Vestir cama con arco de protección

Definición:

Es la cama a la que se le coloca un arco de protección para evitar el contacto directo de la ropa de cama con el usuario y para proporcionarle abrigo.

Objetivo:

- ✓ Evitar el contacto directo entre la ropa y la piel lesionada del usuario(a).
- ✓ Favorecer la ventilación de la piel lesionada en el usuario(a).

Niveles de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Estudiantes de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Cama
- ✓ Ropa de cama
- ✓ Arco o canasta de protección.

Riesgos relacionados al procedimiento:

- ✓ Desinfección incorrecta.
- ✓ Lesiones en la piel.
- ✓ Desinfección incorrecta del arco.
- ✓ Fijación incorrecta del arco.

Actividades.

- ✓ Informar y solicitar consentimiento al usuario(a).
- ✓ Reunir el material necesario.
- ✓ Ordenar la ropa según procedimiento.
- ✓ Iniciar el procedimiento por el lado proximal y terminar por el lado distal.
- ✓ Colocar la sábana inferior, el ahulado y la sábana móvil según procedimiento con cama ocupada.
- ✓ Colocar canasta y sujetarla con las vendas o amarras de las cuatro esquinas a la cama; vestir la almohada y colocarla según técnica.
- ✓ Continuar con el procedimiento de la cama abierta.



- ✓ Registrar en la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Observaciones

El ahulado protege el colchón y la sábana inferior de mancharse con secreciones, eliminaciones, sangre, etc. La sábana movable protege al usuario(a) de la acción irritante del hule sobre la piel.

El sujetar la canasta a la cama evita lesión la piel del usuario(a).

4. 5 Nombre del procedimiento: Vestir camilla de exploración

Definición:

Es la intervención de enfermería en el arreglo de camilla de exploración.

Objetivo: Ofrecer al usuario(a) la camilla en que le harán exámenes de salud, limpia y ordenada.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Estudiantes de enfermería

Riesgos relacionados al procedimiento:

- ✓ Desinfección incorrecta.
- ✓ Caída del usuario.

Actividades.

- ✓ Revisar que la camilla cuente con el aseo terminal y que esté en buen estado. Revisar el funcionamiento de plataforma, ruedas, barandas y frenos.
- ✓ Preparar el material necesario.
- ✓ Vestir la camilla con la sábana inferior.
- ✓ Asignar la limpieza y desinfección completa de la camilla y la grada una vez finalizado el procedimiento.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página 131 de 492
Manual Técnico	Manual de Procedimientos de Enfermería	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Observación:

En el caso de la camilla para trasladar usuarios, se debe llevar la camilla a la unidad del usuario(a).

Se debe realizar desinfección terminal inmediata si el usuario presenta lesiones en piel, salida de flujos o infecciones infectocontagiosas.



CAPÍTULO V. INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN

Para poder ofrecer toda la comodidad al usuario, se deben aplicar los principios relacionados con la mecánica corporal. Entre ellos están:

- a. La mayor parte de los movimientos se llevan a cabo gracias a la acción conjunta de varios músculos, los cuales según su acción se clasifican en flexores, extensores, abductores, aductores, rotadores y depresores.
- b. El uso de los músculos más grandes disminuye las lesiones y fatiga. Los músculos deben tener períodos alternos de reposo y actividad.
- c. El empleo eficaz de los músculos facilita la ejecución de un trabajo, conserva la energía y disminuye la fatiga.
- d. El tono muscular es la contracción ligera en que se encuentran los músculos en reposo.
- e. El tono muscular se favorece con movimientos activos y pasivos.
- f. Los huesos forman palancas con sus articulaciones.
- g. El centro de gravedad de una persona está en el centro de la pelvis.
- h. Antes de levantar un objeto, deslícelo o ruédelo.
- i. Para empujar o jalar un objeto debe emplearse el peso del cuerpo.
- j. Una base de sustentación amplia y cerca del centro de gravedad aumenta la estabilidad del cuerpo.

5.1 Nombre del procedimiento: Cambios de posición al usuario(a).

Definición:

Es el conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para movilizar al usuario(a), con limitación de movimiento.

Objetivos:

- ✓ Conservar el tono muscular, la respiración y la circulación.
- ✓ Mantener una correcta alineación del cuerpo.
- ✓ Prevenir úlceras por presión.

Nivel de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto, medio y bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional en Enfermería.
- ✓ Estudiante de Enfermería.
- ✓ Auxiliar de Enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.



- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Cuidador.

Material y equipo:

- ✓ Almohadas y cojines.
- ✓ Férulas.
- ✓ Sábanas.
- ✓ Insumos de protección de protuberancias óseas
- ✓ Colchón de aire.
- ✓ Canasta de ropa sucia.
- ✓ Equipo de protección personal de Bioseguridad.
- ✓ Cremas.
- ✓ Jabón.
- ✓ Agua
- ✓ Pañal.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul o negra

Actividades

- ✓ Revise el plan de atención de enfermería en el expediente de salud del usuario(a) y en el Kardex.
- ✓ Educar sobre el procedimiento.
- ✓ Solicitar al usuario(a) el consentimiento informado sobre el procedimiento a realizar.
- ✓ Mantener la higiene de manos, según procedimiento.
- ✓ Colocarse el equipo de protección (Bioseguridad, según el caso).
- ✓ Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Ofrecer privacidad, seguridad y comodidad, al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Retirar la almohada y deslizar la ropa superior de la cama a los pies del usuario(a). Colocar el ahulado y una sábana movable si la cama no cuenta con ello.
- ✓ Revisar si está miccionado o defecado y hacer higiene del área genital con jabón y agua, si es necesario.
- ✓ Movilizar al usuario(a) aplicando la mecánica corporal y colocar al usuario en la posición, según el plan de cambios de posición y /o necesidad del usuario.
- ✓ Colocar los dispositivos de protección en las áreas de cuerpo según la posición que corresponda.
- ✓ Asegurar la comodidad y confort del usuario.
- ✓ Dejar la unidad y cuarto de tratamiento en orden.
- ✓ Retirar el equipo de protección según procedimiento.
- ✓ Efectuar el lavado de manos clínico.



- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Observaciones

- ✓ La orientación e información al usuario (cuidador) facilita el proceso de aprendizaje
- ✓ El uso de la mecánica corporal protege al usuario(a) y al funcionario.
- ✓ El equipo completo economiza tiempo y esfuerzo.
- ✓ La privacidad es un derecho inalienable.
- ✓ Fomentar el auto cuidado en el usuario
- ✓ El retiro de la ropa facilita la libertad de movimiento.
- ✓ La manipulación correcta de la ropa evita infecciones cruzadas.
- ✓ Todo usuario con reposo absoluto debe tener un plan de cambio de posición.
- ✓ La sábana movable proporciona un apoyo para realizar el procedimiento.
- ✓ En los usuarios que poseen dispositivos invasivos, se movilizarán con cuidado para evitar que se desprendan, a su vez dejarlos libres de presión.
- ✓ Evitar fricciones y sacudidas repentinas o bruscas al realizarle cambio de posición al usuario.
- ✓ La comodidad del usuario(a) favorece su bienestar físico y mental, contribuyendo así a su recuperación y descanso.
- ✓ La limpieza y el orden del equipo posterior a su utilización asegura su conservación.
- ✓ El lavado cuidadoso y frecuente de manos protege a la enfermera(o) y usuario(a), evitando la diseminación de enfermedades.
- ✓ Un reporte claro y conciso evidencia la evolución del usuario, los procedimientos efectuados, esto ayuda al diagnóstico y/o tratamiento.
- ✓ El área de trabajo, debe estar libre de elementos que puedan entorpecer nuestra acción.
- ✓ Cuando sea posible, debe actuar más de una persona.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Úlceras por decúbito.
- ✓ Trauma o lesión.
- ✓ Dolor.
- ✓ Eventos adversos.

Posición decúbito supino o dorsal

Definición:

Es la posición en la que al usuario(a) se encuentra acostado sobre su espalda, con los brazos y las piernas en extensión, las rodillas algo flexionadas y los pies en ángulo recto con respecto al cuerpo. Los miembros superiores e inferiores juntos al cuerpo.



Posición decúbito prono o ventral

Definición:

El usuario(a) se encuentra acostado sobre su abdomen, con la cabeza girada hacia uno de los lados, las extremidades superiores pueden estar extendidas junto al cuerpo o flexionadas por el codo, a ambos lados de la cabeza, para conseguir la expansión torácica. Los miembros inferiores se hallan extendidos.



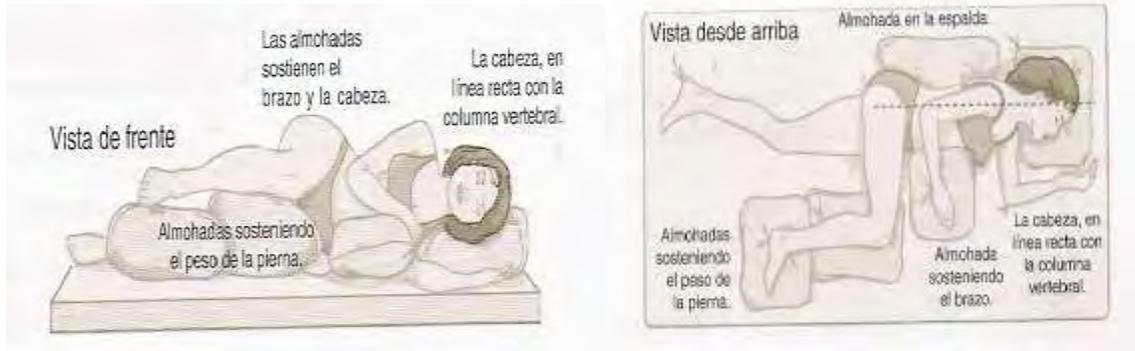
Observación: Esta posición no se recomienda para los usuarios adultos mayores.

Posición decúbito lateral izquierda o derecha.

Definición:

Posición en la que al usuario(a) se encuentra acostado sobre un costado, derecho o izquierdo. El miembro superior al lado sobre el que se halla recostado el usuario(a), delante del cuerpo, flexionado a la altura del codo y paralelo a la cabeza; el otro flexionado y apoyado sobre el cuerpo. La espalda recta con la cadera flexionada, la cabeza en posición anatómica, la pierna sobre la que se

halla recostado el usuario(a) con la rodilla ligeramente doblada y la otra flexionada a la altura de la cadera y de la rodilla. Los pies se sitúan en ángulo recto.



Imágenes con fines ilustrativos

Posición de fowler y semi fowler:

Definición:

Es la posición en la que, estando la persona en decúbito supino, se levanta la cabecera de la cama a más de 50 cm y así la espalda apoyada sobre la cama formará un ángulo de 90°.



Imágenes con fines ilustrativos



5.2 Nombre del procedimiento: Traslado del usuario(a) de la cama a camilla

Definición:

Son las actividades de enfermería que se realizan para trasladar al usuario(a) de la cama a la camilla o viceversa.

Objetivos:

- ✓ Reducir al mínimo la actividad física del usuario que, por razones de salud no pueda movilizarse.
- ✓ Proporcionar seguridad física durante el traslado.
- ✓ Mantener la correcta mecánica corporal durante la movilización de la persona usuaria.

Nivel de atención:

I, II, III nivel de atención.

Clasificación:

Alta, media, baja.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional en enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Cuidador

Material y equipo:

- ✓ Sábanas.
- ✓ Canasta para descartar ropa sucia.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Camilla.
- ✓ Tabla de transferencia.

Actividades:

- ✓ Verificar que la camilla se encuentre en buen estado (barandas, gigante, rodines y frenos), limpia y desinfectada, vestirla según procedimiento.
- ✓ Identificar y solicitar consentimiento al usuario(a) y colocar la camilla, paralela a la cama, con los frenos bloqueados.
- ✓ Cerrar completamente la llave y conexiones de flujos de las soluciones, sondas y drenos.



- ✓ Solicitar al usuario(a) que se movilice hacia la camilla, deslizándose suavemente con ayuda de sus codos, rodillas o talones sin levantarse, si su condición lo permite.

En usuarios con dependencia total, el actuar es el siguiente:

- ✓ Solicitar a dos funcionarios que deslicen la sábana inferior hacia la camilla o Colocar la tabla de transferencia debajo de la región lumbar del usuario(a)
- ✓ Sincronizar el traslado; a la cuenta de 1-2-3, deslizar al usuario(a) de la cama hacia la camilla.
- ✓ Cuidar de no lastimar al usuario(a), durante el deslizamiento, con los bordes de la cama o la camilla.
- ✓ Reiniciar el flujo de soluciones y dejar al usuario(a) cómodo en la unidad y en orden.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos

Principios, observaciones y puntos claves.

- ✓ El buen funcionamiento de la camilla le ofrece seguridad al usuario(a). La desinfección y las sábanas limpias previenen infecciones.
- ✓ Los dispositivos necesarios previenen complicaciones
- ✓ Si al usuario(a) tiene conocimiento de lo que se le va realizar, mayor será su cooperación y se sentirá cómodo.
- ✓ Se pretende que el usuario(a) no haga esfuerzos innecesarios, lo mismo que el personal.
- ✓ Si durante el traslado del usuario(a) a la camilla, ésta se separa de la cama, corre el riesgo de caerse.
- ✓ Los registros de enfermería coadyuvan a la continuidad del tratamiento

Riesgos:

Traumas.

Lesiones en el personal por mal manejo de la mecánica corporal.



5.3. Nombre del procedimiento: Traslado del usuario(a) de cama a silla de ruedas

Definición:

Son las actividades que realiza enfermería para movilizar al usuario(a) encamado para trasladar de la cama a la silla de ruedas.

Objetivo:

- ✓ Proporcionar seguridad física y emocional al usuario(a) durante el traslado de la cama a la silla.
- ✓ Ayudar a la movilización del usuario(a).
- ✓ Prevenir y/o disminuir el riesgo de complicaciones por el encamamiento prolongado.

Nivel de atención:

I, II, III nivel.

Nivel de complejidad:

Alto, medio y bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional en enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Asistente de Pacientes
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ Asistente de usuario(a).
- ✓ Cuidador.

Material y equipo:

- ✓ Sábanas.
- ✓ Canasta de ropa sucia.
- ✓ Guantes (no estériles)
- ✓ Silla de ruedas en buen estado.
- ✓ Cojines.
- ✓ Sujetadores.
- ✓ Grúa.



Actividades.

- ✓ Solicitar al usuario(a) el consentimiento para el traslado de la cama a la silla, si su condición se lo permite.
- ✓ Reunir y trasladar el material necesario a la unidad del usuario(a).
- ✓ Valorar si se necesita la ayuda de más funcionarios para realizar el procedimiento en forma asistida.
- ✓ Hacer higiene con jabón y agua si la persona se defecó o mocionó y así hacer la limpieza respectiva, antes de su movilización.
- ✓ Cerrar las conexiones de sondas, soluciones intravenosas, ajuste de yeso, férulas, sujetadores.
- ✓ Ubicar la silla de ruedas en forma paralela a la cama, del lado que facilite la movilización, en un espacio suficiente que permita comodidad para la maniobra requerida, si el usuario(a) tiene dependencia parcial.
- ✓ Proteger la silla con la sábana movable.
- ✓ Colocar la grada si es necesario, al pie de la cama, para que el usuario(a) pueda apoyar sus pies en el momento que se tenga que levantar; en caso contrario, reducir la altura de la cama.
- ✓ Colocar al usuario en posición semifowler al menos durante 10 minutos y valorar por mareos o (nauseas).
- ✓ Colorar la pierna dominante del cuidador entre las piernas del usuario, el cuidador flexiona sus piernas y sostiene al usuario de sus axilas, para elevarlo, girar hacia las sillas sin soltar al usuario.
- ✓ Acercar al usuario a la silla y el cuidador flexiona las piernas y desciende para sentar al usuario suavemente.
- ✓ Sacar los brazos de las axilas del usuario, sujetarlo a la silla, cubrirlo con sabana para su confort.
- ✓ Colocar los pies en los estribos de la silla.
- ✓ Permitir que el usuario(a) repose sentado por el tiempo necesario para que se adapte a la nueva posición.
- ✓ Aplicar medidas de seguridad para evitar la caída del usuario (sujetar al usuario a la silla). Observar cualquier síntoma que pueda indicar intolerancia a la posición o fatiga excesiva. En caso de cansancio en la silla, poner al usuario(a) de pie y realizar un ligero masaje en región sacra y volver a sentar.
- ✓ Cubrir la espalda y las piernas con sábana movable; colocar medias y zapatos, en caso necesario.



- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos

Principios

- ✓ Si el usuario(a) tiene conocimiento del procedimiento que se le va a realizar mayor será su cooperación.
- ✓ El equipo completo ofrece seguridad al procedimiento y evita ansiedad al usuario(a) y al personal de salud.
- ✓ Esta posición facilita la función respiratoria.
- ✓ Los cambios de posición pueden variar las constantes vitales.
- ✓ El mareo o vértigo es una manifestación de ortostatismo.
- ✓ El cambio de posición estimula la circulación y disminuye el cansancio.
- ✓ Realizar registro de la nota de enfermería ayuda a la continuidad del tratamiento.

Observaciones

Normas de seguridad en la silla de ruedas que se deben tener en cuenta:

- ✓ Bloquear los frenos de ambas ruedas cada vez que se traslade al usuario(a) o que este abandone la silla.
- ✓ Levantar los tableros de los pies, antes de poner al usuario(a) en la silla.
- ✓ Bajar los tableros de los pies después del traslado y colocar los pies encima de ellos.
- ✓ Comprobar que el usuario(a) esté bien colocada posicionado, en el respaldo y asiento de la silla de ruedas.
- ✓ En las personas usuarias afectadas por confusión mental, utilizar cinturones de seguridad para evitar caídas.
- ✓ Revisar que el tamaño de la silla se ajuste a la talla y peso del usuario(a).
- ✓ En caso de infusiones con inotrópicos heparina y otros no deben cerrarse en el momento de movilizarlos pues causa descompensación hemodinámica o interrumpe el efecto farmacológico deseado.

Riesgo:

- ✓ Traumas

5.4 Nombre del procedimiento: Movilización con grúa

Definición:

Es la movilización de la persona con dependencia total mediante una grúa, para evitar lesiones en el personal de enfermería y sus cuidadores.

Definición de grúa: Elemento auxiliar del que dispone el personal sanitario para movilizar al usuario(a).



Objetivo:

- ✓ Movilizar a los usuarios(as) que requieren ayuda total con menor esfuerzo para el personal sanitario.
- ✓ Facilitar la movilización de un usuario obeso.



Imágenes con fines ilustrativos

Nivel:

I, II y III.

Clasificación:

Media, baja.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional en enfermería
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ Asistente de pacientes.

Material y equipo:

- ✓ Grúa para movilización de usuario(a).
- ✓ Arnés
- ✓ Equipo de protección.
- ✓ La grúa debidamente revisada.



Imágenes con fines ilustrativos



Imágenes con fines ilustrativos

Actividades.

- ✓ Solicitar al usuario(a) el consentimiento y explicar cómo debe cooperar para su traslado de la cama a la grúa si su condición se lo permite.
- ✓ Preservar su intimidad en todo momento.
- ✓ Reunir y trasladar el material necesario a la unidad del usuario (a).
- ✓ Realizar la movilización con dos o más funcionarios, según tamaño y condición del usuario. Valorar si se necesita la ayuda de más funcionarios.
- ✓ Revisar si la persona está defecada o miccionada para su respectivo cambio antes de su movilización.
- ✓ Colocarse el equipo de bioprotección y lavarse las manos.
- ✓ Higienizar al usuario(a) si está defecado o miccionado, si es necesario.
- ✓ Colocar el arnés y una sábana móvil; girar al usuario(a) en decúbito lateral; en usuario(a) con fractura de cadera, colocar una almohada entre las piernas, para evitar que las junte).
- ✓ Girar hacia la posición contraria y estirar el arnés y sábana móvil.
- ✓ Pasar las bandas de las piernas; primero pasar por debajo de ambas piernas y luego se entrecruzan: la de la pierna derecha para colgar en el gancho izquierdo y la de la pierna izquierda en el gancho derecho.
- ✓ Una vez colocado el arnés al usuario(a) por uno u otro método (acostado o sentado) elevar un poco el brazo de la grúa, y acercar a la cama o silla desde donde se desee movilizar al usuario(a) y colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria, si se dispone de ella. Así el usuario(a) irá mejor sentado al elevarlo.



En posición fowler.

- ✓ Incorporar al usuario(a) hasta la posición de sentado.
- ✓ Colocar el arnés de arriba a abajo, por debajo de una sábana entremetida, del mismo modo que se hace si el usuario(a) estuviera sentado en una silla.
- ✓ Acercar la grúa a la cama o silla y frenarla.
- ✓ Elevar un poco el brazo de la grúa.
- ✓ Elevar con suavidad hasta lograr la altura entre la cama y el usuario(a).
- ✓ Colocar las bandas más cortas (hombros) en los enganches del lado correspondiente o en la percha supletoria, si se dispone de ella en la posición más cercana al cuerpo del arnés.
- ✓ Colocar las bandas más largas (piernas) en la posición más alejada o en la punta de la banda y entrecruzarlas. La banda derecha debe hacer enganche en el izquierdo y la banda izquierda debe engancharse en el derecho.
- ✓ Abrir las patas de la grúa para aumentar el radio de estabilidad de la misma y procurar mayor seguridad en el traslado; transportar al usuario(a), hasta el sillón o viceversa.
- ✓ Situar encima del sillón y descender hasta la posición de sentado; uno de los auxiliares procurará que quede bien sentado, tirando de la agarradera que tiene el arnés.
- ✓ Colocar una sábana para sujetarlo y evitar que se deslice.
- ✓ Permitir que el usuario(a) repose sentado por el tiempo necesario para que se adapte a la nueva posición.
- ✓ Observar cualquier síntoma que pueda indicar intolerancia a la posición o fatiga excesiva.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Principios

- ✓ El equipo completo ofrece seguridad al procedimiento y evita ansiedad al usuario(a) y al personal Salud.
- ✓ Los cambios de posición pueden variar las constantes vitales.
- ✓ El mareo o vértigo es una manifestación de ortostatismo.

Observaciones

- ✓ Al sentar al usuario en la silla, se debe dejar el arnés para favorecer su traslado.
- ✓ Solicitar la capacitación de la empresa proveedora de grúa para su utilización.
- ✓ La capacitación en el manejo de grúa evita lesiones en el personal y favorece al usuario.



- ✓ El médico debe anotar en el expediente, el tipo de movilización que debe tener el usuario según su patología.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Traumas

5.5 Nombre del Procedimiento: Método de contención mecánica

Definición:

Es el uso de medidas para restringir el movimiento de la persona sujeta, de cuidado, ya sea en una zona del cuerpo o varias extremidades para seguridad de él. (Consiste en el empleo discrecional de métodos o sistemas de inmovilización terapéutica para garantizar la seguridad del usuario que manifieste la amenaza de su integridad física y del personal de salud.

La sujeción no está exenta de riesgos; el miembro (o miembros) inmovilizado debe revisarse cada dos horas. Para sujetar al usuario(a), las personas que lo cuidan deben revisar el protocolo de sujeción de la CCSS.

Está indicado para evitar caídas.

Tipos:

Sujeción de extremidades: manos, muñecas y tobillos.

Sujeción de cuerpo: chaleco y cinturón.

Objetivo:

Proteger al usuario(a) de caídas o lesiones, mediante el uso de técnicas o maniobras de sujeción o protección.

Nivel de atención

I, II y III

Clasificación:

Alta, media.

Indicaciones

- ✓ Agresión física a familiares, equipo de salud u otras personas que se encuentren alrededor del usuario(a).
- ✓ Intento de autoagresión del usuario(a). que puede ser con objetos a su alcance.
- ✓ Para evitar que se retiren sondas, sueros y otros.



Contraindicaciones

- ✓ Usuario(a) que presente deformidad física osteoarticular.
- ✓ Usuario(a) con complicaciones vasculares a nivel de miembros superiores y/o inferiores.
- ✓ Usuarios (as) sedados parcial o totalmente.
- ✓ Usuarios con paresias.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Auxiliares de enfermería
- ✓ Asistentes de pacientes.
- ✓ Familiares y cuidadores.

Materiales y equipo:

- ✓ Inmovilizador (chalecos, muñequeras de material suave)
- ✓ Venda de tela elástica.
- ✓ Apósitos.
- ✓ Guantes
- ✓ Cinta de tela adhesivo.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Sábanas

Actividades

- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) junto con su familia, además de verificar el tipo de sujeción a realizar.
- ✓ Explicar el procedimiento.
- ✓ Solicitar ayuda de una o más personas; si el caso lo amerita, trasladar los materiales completos a la unidad.
- ✓ Colocar el equipo de protección y lavarse las manos.

Aplicar la inmovilización de la siguiente manera:

- ✓ Proteger las prominencias óseas de miembros superiores con algodón.
- ✓ Controlar que el usuario(a) mantenga la supina.
- ✓ Corroborar que la sujeción le permita al usuario(a) realizar algunos movimientos.
- ✓ Colocar las amarras de manera que no lesione la piel de usuario(a).
- ✓ Adecuar la sujeción aplicada de modo que permita flexionar las articulaciones.
- ✓ Valorar la función hemodinámica, llenado capilar, temperatura y color de los miembros sujetos en la persona usuaria.
- ✓ Observar que el usuario(a) quede cómoda y la unidad en orden, controlando constantemente su condición.
- ✓ Reforzar la autoestima del usuario(a).



- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos

Observaciones

- ✓ Si el usuario(a) tiene conocimiento de lo que se le va a realizar mayor será su cooperación.
- ✓ Muchas veces una sola persona es insuficiente, dependerá de las características físicas del usuario(a) (fuerza, estatura)
- ✓ Las condiciones del usuario(a) no le permiten entender y tomar decisiones acertadas, por lo que es necesario vigilar que no se lastime.
- ✓ Evita que el personal sufra agresiones
- ✓ Evita sentimientos de minusvalía y deterioro de la autoimagen.

El registro de enfermería ayuda a la continuidad del tratamiento

Riesgos:

- ✓ Traumas.
- ✓ Escoriaciones
- ✓ Dolor.
- ✓ Alteración de la perfusión tisular periférica
- ✓ Alteración de la integridad de la piel.



CAPÍTULO VI. MEDICIONES ANTROPOMÉTRICAS DE CONSTANTES VITALES Y LÍQUIDOS

6.1 Nombre del procedimiento: Medición de la temperatura corporal axilar

Definición:

Es el conjunto de actividades para la medición de la temperatura mediante la colocación de un termómetro que está graduado en décimas.

La temperatura corporal es el equilibrio entre la producción de calor por el cuerpo y su pérdida.

Objetivo:

Determinar el nivel de temperatura corporal.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Familiar y cuidador en el hogar

Material y equipo:

- ✓ Regla.
- ✓ Expediente de la persona con hojas de registro específicas.
- ✓ Termómetros.
- ✓ Porta termómetros.
- ✓ Tres recipientes
- ✓ Jabón antiséptico.
- ✓ Agua potable.
- ✓ Alcohol.
- ✓ Torundas de algodón secas.
- ✓ Bolsa para descartar.



Actividades

- ✓ Mantener la higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo completo; identificar e instruir al usuario(a).
- ✓ Revisar y bajar el nivel de mercurio del termómetro; observar que la columna de mercurio se sitúe en 35 grados centígrados o menos.
- ✓ Revisar que la axila esté seca antes de colocar el termómetro.
- ✓ Colocar el termómetro en la axila por un período de 5 minutos.
- ✓ Posicionar el brazo del usuario(a) sobre el tórax con la mano apoyada en el hombro opuesto.
- ✓ Retirar el termómetro y limpiarlo de los dedos hacia el bulbo.
- ✓ Colocar el termómetro a la altura de los ojos y realizar la lectura correspondiente. Comunicar inmediatamente toda alteración identificada.
- ✓ Colocar el termómetro en solución jabonosa por 30 minutos como mínimo
- ✓ Realizar la limpieza terminal del termómetro (enjuagarlo, secarlo y colocarlo en un porta termómetros).
- ✓ Registrar el resultado inmediatamente en el instrumento correspondiente, en el expediente de salud. (Gráfico de signos vitales)

Principios

- ✓ Una desinfección adecuada permite la eliminación de microorganismos.
- ✓ Las glándulas sudoríparas de la axila influyen en el estado emocional del usuario(a) produciendo calor.
- ✓ En la axila el termómetro se deja más tiempo por estar expuesta al ambiente.
- ✓ Mantener la comunicación permite la participación y colaboración del usuario(a) estableciendo un ambiente de confianza.
- ✓ La dirección en que se efectúa la limpieza protege las manos del personal de enfermería.
- ✓ La limpieza y el orden del material previenen la dispersión de microorganismos.
- ✓ La graficación correcta de la temperatura es de gran importancia para determinar la evolución de al usuario(a).

Observaciones y puntos clave

- ✓ La escala del termómetro está señalada de 34° a 41°C
- ✓ Las alteraciones en la temperatura informan acerca de algunas patologías y la precocidad con que se actúe disminuye las complicaciones.



6.2 Nombre del procedimiento: Toma de Temperatura con termómetro digital

Objetivo:

Determinar la temperatura corporal del usuario.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Termómetro digital
- ✓ Expediente de salud con la hoja de registro específica.

Actividades

- ✓ Identificar y solicitar al usuario(a) el consentimiento sobre el procedimiento para que adopte posición corporal cómoda y relajada.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Colocar el termómetro en la parte corporal correspondiente, según tipo de termómetro digital.
- ✓ Dejar el termómetro el tiempo necesario (según fabricante lo indique), para que haga la medición de la temperatura.
- ✓ Comunicar inmediatamente a la enfermera (o) cualquier alteración identificada.
- ✓ Graficar y anotar el resultado inmediatamente en los instrumentos correspondiente, en el expediente de salud. (Gráfico de signos vitales y hoja de controles especiales)

Limpieza de los termómetros electrónicos digitales

- ✓ Estos no se sumergen por ningún motivo en agua, ya que se dañaría el sistema electrónico.
- ✓ Se impregna una gasa con solución antiséptica jabonosa como la cloredixina y se limpiara uno a uno.



- ✓ Luego se pasará una gasa impregnada con solución alcohol al 70%, dejándola secar dentro de un recipiente colocándolos sobre una compresa estéril.
- ✓ La limpieza de los termómetros se realizará, cada vez que se utilicen, manteniéndolos así en buen estado y evitando el traspaso de infecciones.

Nota: tomar en cuenta los criterios técnicos que la empresa realice sobre la calibración, según marca de dispositivo.

6.3 Nombre del procedimiento: Medición del pulso

Pulso:

Es la pulsación provocada por la expansión de las arterias como consecuencia de la circulación de la sangre bombeada por el corazón.

Objetivo:

- ✓ Determinar las características de la frecuencia cardiaca en el usuario(a).
- ✓ Realizar la medición del pulso.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Reloj con segundero.
- ✓ Lapicero con tinta azul o negra.
- ✓ Expediente de salud con la hoja de registro específica.
- ✓ Regla.

Actividades

- ✓ Identificar y solicitar al usuario(a) el consentimiento sobre el procedimiento para que adopte posición corporal cómoda y relajada.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.



- ✓ Palpar el pulso en la zona elegida; colocar los dedos índice y medio por encima de la arteria y presionar suavemente sobre el hueso.
- ✓ Palpar y cuantificar durante un minuto el número de latidos cardíacos e identificar las características de frecuencia, ritmo e intensidad o amplitud. (frecuencia, palpitations y ritmo)
- ✓ Comunicar inmediatamente a la enfermera (o) cualquier alteración identificada.
- ✓ Graficar y anotar el resultado inmediatamente en los instrumentos correspondiente, en el expediente de salud. (Gráfico de signos vitales y hoja de controles especiales)

Principios:

- ✓ Mantener la comunicación con al usuario(a) permite su colaboración, estableciendo un ambiente de confianza.
- ✓ El pulso normal varía según la edad, el sexo, la talla, el estado normal y la actividad del individuo.
- ✓ Los latidos se perciben al tacto en el momento en que la sangre es impulsada a través de los vasos sanguíneos por las contracciones cardíacas.
- ✓ Existen factores que modifican el pulso, como la edad, el sexo, el ejercicio, la postura, la alimentación, el estado emocional, etc.
- ✓ El registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico precoz.

Observaciones y puntos clave

- ✓ La zona elegida para palpar el pulso se determina según su necesidad.
- ✓ El pulso apical se recomienda en niños utilizando el estetoscopio.
- ✓ La medición con otros dedos contabiliza el número de pulsaciones falso.
- ✓ Identificar arritmias, posibles trastornos, hemodinámicas

6.4 Nombre del procedimiento: Medición de la frecuencia respiratoria

Definición:

Es la cuantificación del número de respiraciones en un minuto.

Objetivo:

Medir la frecuencia respiratoria y las características de la respiración.

Nivel atención

I, II y III.



Nivel de complejidad:

Alto

Medio.

Actividades

- ✓ Solicitar el consentimiento a al usuario(a),
- ✓ Realizar el higiene de manos.
- ✓ Cuantificar la respiración durante 60 segundos, de preferencia inmediatamente después de controlar el pulso, sin retirar los dedos de la arteria, simulando que continúa midiendo el pulso.
- ✓ Observar la frecuencia, intensidad y ruidos de la respiración.
- ✓ Valorar características de la respiración y comunicar inmediatamente alguna alteración identificada.
- ✓ Anotar la cifra exacta en las hojas de control establecidas.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Efectuar el lavado de manos según procedimiento.

Principios, observaciones y puntos claves.

- ✓ El consentimiento de un usuario(a) para la realización del procedimiento favorece la colaboración.
- ✓ La respiración puede variarse a voluntad.
- ✓ La observación de las distintas características es de gran importancia en la valoración de la condición del usuario(a).
- ✓ El registro exacto de los datos contribuye a la continuidad del tratamiento.

6.5 Nombre del procedimiento: Medición de la oximetría de pulso

Definición:

La oximetría de pulso es la medición, no invasiva, del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos, en porcentaje.

Objetivos:

Registrar la saturación de oxígeno en la hemoglobina de la sangre arterial (saturación de oxígeno).

Nivel atención:

II y III

Nivel de complejidad:

Alto.

Medio.

Recursos humanos:



- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y Equipo:

- ✓ Oxímetro
- ✓ Lapicero con tinta azul o negra.
- ✓ Expediente de salud con la hoja de registro específica.

Actividades.

- ✓ Hacer la higiene de manos
- ✓ Reunir el equipo verificando su funcionamiento.
- ✓ Solicitar el consentimiento al usuario(a).
- ✓ Seleccionar el tipo de sensor, según características del usuario(a).
- ✓ Conectar al oxímetro a la fuente eléctrica y activarlo.
- ✓ Colocar el sensor en el dedo índice de la mano del usuario(a), o lóbulo de la oreja.
- ✓ Realizar el control de oximetría o en su efecto revisar en el expediente de salud.
- ✓ Colocar las alarmas de frecuencia cardiaca en un rango de más o menos 10% en relación con los valores del usuario(a).
- ✓ Colocar el nivel de alarma superior en 100% y el nivel inferior en 90%.
- ✓ Verificar que la persona usuaria quede cómoda.
- ✓ Registrar el nivel de saturación en la hoja de controles especiales.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Efectuar la higiene de manos según procedimiento.

Principios:

- ✓ Alistar todo lo necesario y ordenarlo conforme se va a utilizar conlleva a economía de tiempo y esfuerzo.
- ✓ Un equipo completo y en buenas condiciones asegura la correcta valoración del usuario(a).
- ✓ El registro exacto de los datos contribuye a la determinación de un diagnóstico certero.

Observaciones

- ✓ Revisar las recomendaciones dadas por el fabricante, en lo que respecta a los lugares de colocación del dispositivo.



- ✓ Verificar que el dedo seleccionado se encuentre sin esmalte y no tenga uña acrílica, para imposibilitar que se dé una lectura falsa.
- ✓ Rotar el dispositivo en diferentes dedos.
- ✓ El cuidado preventivo se debe coordinar con el área de mantenimiento cada tres meses para mantener el equipo calibrado y en óptimas condiciones.

6.6 Nombre del procedimiento: Medición de presión arterial

Definición:

La presión arterial es la que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales.

Objetivo:

Proporcionar información esencial en relación con la eficacia de la función cardíaca y el estado del sistema vascular periférico.

Niveles de atención:

I, II y III.

Niveles de complejidad:

Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Esfigmomanómetro
- ✓ Estetoscopio
- ✓ Algodón.
- ✓ Jabón para higiene de manos
- ✓ Cuadro de papel higiénico
- ✓ Bolsa para descartar.
- ✓ Lapicero con tinta azul o negra.
- ✓ Expediente de salud con la hoja de registro específica



Actividades.

- ✓ Higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Reunir al material necesario en la unidad y cerciorarse de que la banda del esfigmomanómetro sea la recomendada según el tamaño del brazo de usuario, que no contenga aire y que el nivel del mercurio esté en cero.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre el procedimiento que se va a realizar.
- ✓ Cerciorarse de que el usuario repose 15 minutos antes de la toma presión.
- ✓ Ubicar al usuario(a) en una posición cómoda, según condición clínica, decúbito dorsal o fowler.
- ✓ Solicitar al usuario que extienda el brazo.
- ✓ Colocar el brazaletes de tela alrededor del brazo extendido, a la altura del corazón apoyada sobre una superficie. El brazaletes debe quedar a unos 2-3 centímetros por encima de la fosa cubital (codo), sin que se formen pliegues, dejando espacio suficiente para la campana o diafragma del estetoscopio. El borde superior no debe estar en contacto con la ropa. (Si hay lesiones en piel o salida de fluidos, colocar cuadros de papel higiénico o gasa)
- ✓ Limpiar los audífonos del estetoscopio con torundas humedecidas con alcohol o usar el estetoscopio propio
- ✓ Palpar el pulso braquial o radial; colocar el diafragma del estetoscopio en el punto en donde se percibe el pulso.
- ✓ Colocarse los audífonos del estetoscopio.
- ✓ Cerciorarse de que la válvula de insuflación esté cerrada.
- ✓ Accionar para inflar el manguito rápidamente palpando la arteria radial o braquial, hasta 30 mmHg por encima del punto donde desaparece el pulso.
- ✓ Desinflar el manguito lentamente a un ritmo de 2 a 3 mmHg por segundo hasta 30 mmHg por debajo de la desaparición de los ruidos.
- ✓ Cuantificar la presión arterial en los dos brazos de la siguiente manera:
- ✓ Realizar el primer control de presión arterial al usuario(a), en los dos brazos.
- ✓ Efectuar el segundo control en el brazo que registró el mayor valor de la presión arterial.
- ✓ Entre control y control debe haber un intervalo de por lo menos dos minutos.
- ✓ Comuniqué inmediatamente toda alteración identificada, al enfermera(o).
- ✓ Verificar que al usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Dar el cuidado posterior al equipo.
- ✓ Limpiar los audífonos, colocar el estetoscopio y esfigmomanómetro en lugar indicado.
- ✓ Registrar el resultado inmediatamente en el instrumento correspondiente, en el expediente de salud.

Principios:

- ✓ Determinar el máximo nivel de inflado (MNI) para las mediciones manuales de la PA:
- ✓ El MNI se determinará del siguiente modo:



- Localizar en el brazo en que se va a medir la PA, el punto donde se percibe mejor el pulso radial.
- Cerrar la válvula de la pera de inflado. Palpar el pulso radial y vigilar el centro de la columna de mercurio del manómetro.
- Inflar el brazalete rápidamente hasta 80 mmHg y hasta que el pulso radial desaparezca, continúe observando la columna de mercurio y memorice el punto donde el pulso desaparece (presión de obliteración de pulso).
- ✓ Continuar inflando el brazalete haciendo una breve pausa cada 10 mmHg, para asegurarse que el pulso está ausente. Continuar inflando hasta 30 mmHg por encima de la presión de obliteración del pulso, para asegurarse que el pulso radial ha desaparecido.
 - Desinflar rápidamente el brazalete, abriendo completamente la válvula de la pera de inflado y desconectando la tubería. El nivel del mercurio debe regresar a la línea cero.
 - El MNI es la suma de la lectura en la cual el pulso radial desapareció (presión de obliteración de pulso) más 30 mmHg: $MNI (mmHg) = \text{Presión de obliteración de pulso} + 30$
- ✓ Este valor es el máximo nivel al cual el brazalete debe estar inflado para la medición de la PA de este participante.
- ✓ El siguiente procedimiento se usará para la medición de la PA:
 - Colocar las olivas del estetoscopio cómodamente en los oídos del técnico. Para ello, el técnico debe situar las olivas en posición hacia la nariz.
 - Asegurar que el brazo del participante se coloca al nivel del corazón.
 - Localizar el pulso braquial y colocar el diafragma/campana del estetoscopio sobre el latido de pulso. Aplicar el diafragma/campana contra la piel, haciendo una ligera presión para que no entre aire entre estos y la piel. Si el pulso braquial es tan débil como para que no sea bien percibido, colocar el diafragma/campana del estetoscopio sobre la parte más interior de la dobladura del codo y proceder.
- ✓ Evitar que el brazalete, la tubería y diafragma/campana se toquen entre sí.
 - Cerrar la válvula de la pera de inflado. Rápida y progresivamente inflar el brazalete hasta el MNI. Si el técnico infla el brazalete más allá de 10mmHg del MNI, abrir la válvula de inflado, desinflar el brazalete rápidamente y desconectar el tubo. Interrumpir la lectura y esperar 1 minuto antes de volver a inflar.
 - Comenzar a abrir la válvula de inflado y desinflar cuidadosamente a razón de 2 mmHg por segundo (una marca por segundo), cuando la columna de mercurio llegue al MNI.
 - Registrar la PAS o primera fase de Korotkoff: Asegurar que el técnico esté en la posición correcta con relación al manómetro y que siga



con la vista la parte superior del menisco de la columna de mercurio, en la medida que esta desciende.

- ✓ Estará listo para identificar un primer sonido, asegurándose de escuchar al menos dos sonidos consecutivos regulares para poder tener la certeza de que se trata de la PAS o primera fase de Korotkoff.
 - Notificar como medida de PAS el valor correspondiente al punto donde se escuchó el primer sonido (y no el segundo de los dos primeros sonidos consecutivos) y tomar siempre el número par más cercano a la parte superior del menisco.
 - Registrar la PAD o quinta fase de Korotkoff: Continuar desinflando el manguito a razón de 2 mmHg por segundo y seguir con mucha atención el descenso de la columna de mercurio.
 - Notificar como PAD o quinta fase de Korotkoff, el final del último sonido que se escuchó. Notificar siempre el número par más cercano a la parte superior del menisco.
 - Seguir desinflando el manguito a razón de 2 mmHg por segundo, hasta al menos 20 mmHg por debajo del último sonido que se escuchó. Luego, abrir completamente la válvula de la pera de inflado, desconectar la tubería, dejar que el brazalete se desinflen plenamente y que la parte superior de la columna de mercurio regrese a cero.
 - Usar siempre el dígito par más cercano. Si la columna cayera entre dos dígitos, usar la marca inmediata anterior. Si la columna de mercurio rebota, tomar la lectura de la parte inferior.
 - No se puede inflar el brazalete antes que este se desinflen completamente y hasta que la columna de mercurio llegue a cero. Si el técnico se olvidó o no está seguro de los valores de PA, desinflar completamente el brazalete, desconectar la tubería, llevar la columna de mercurio a cero, esperar un minuto y repetir la medición.
 - Si los sonidos de PA no se escuchan o no se precisan bien durante la primera medición, comprobar la técnica, la posición del estetoscopio, las conexiones de la tubería y el ambiente en la habitación. Luego, volver a localizar el pulso braquial y aplicar la campana/diafragma directamente sobre el punto de pulso.
 - Esperar al menos 1 minuto entre las mediciones, utilizar el “Procedimiento para mejorar los sonidos” (se explicará más adelante) y tomar la segunda lectura. Si aun así los sonidos de PA no se escucharan, regístrelo en el expediente.
 - Ocasionalmente, los sonidos de Korotkoff pueden oírse tan pronto como se coloca el estetoscopio sobre la arteria braquial. Si esto sucede, desinflar el brazalete de inmediato y desconectar la tubería. Esperar 1 minuto y repetir la determinación de MNI.
 - El técnico puede inflar el brazalete en el brazo del participante sólo cinco veces en total (dos intentos para determinar el MNI más tres



lecturas de PA o, un intento para el MNI y cuatro intentos de PA).
Notifique la razón por la cual las lecturas fueron insatisfactorias.

- Si el sonido de pulso sigue escuchándose por debajo del nivel cero de presión, notifique como diastólica igual “

Observaciones y puntos claves

- ✓ El segundo control de la toma de presión se realiza para la detección de usuarios hipertensos.
- ✓ No reinflar el brazalete en el transcurso de la medición de la presión arterial.
- ✓ El estetoscopio debe quedar fuera del brazalete con el objeto de no alterar la cifra.
- ✓ El cierre perfecto de la válvula de la perilla permite una insuflación perfecta.
- ✓ La aparición del primer ruido define la presión sistólica y la desaparición del ruido define la presión diastólica.
- ✓ Verificar que no exista contraindicación para el control de presión en el brazo seleccionado (mastectomías, fistulas arterio-venosas o enfermedad cerebro vascular).
- ✓ Consultar al usuario(a) si desea miccionar o si ha ingerido alimentos, café o si ha fumado

Clasificación de los niveles de presión arterial según *Guía de Hipertensión CCSS, 2009*

CATEGORÍA	Presión arterial sistólica (mmHg)	Presión arterial diastólica (mmHg)
Óptima	Menor 120	Menor 80
Normal	120-129	80-84
Pre hipertensión (normal alta)	130-139	85-89
Hipertensión		
Grado I	140-159	90-99
Grado 2	160-179	100-109
Grado 3	Mayor o igual 180	Mayor o igual 110

Riesgos relacionados al procedimiento:

- ✓ Técnica incorrecta
- ✓ Medición incorrecta por inadecuada calibración.



6.7 Nombre del procedimiento: Medición de la presión arterial con monitor.

Definición:

Es la medición de la presión arterial haciendo uso de un dispositivo electrónico no invasivo.

Objetivo:

Proporcionar información esencial de la función cardiaca y el estado del sistema vascular periférico.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto

Medio

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipos:

- ✓ Monitor debidamente calibrado.
- ✓ Lapicero con tinta azul o negra.
- ✓ Expediente de salud con la hoja de registro específica

Actividades.

- ✓ Identificar y solicitar el consentimiento al usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Comprobar que no exista contraindicación, para el control de presión en el brazo seleccionado.
- ✓ Ubicar al usuario(a) en una posición cómoda, según condición clínica y adaptar el monitor a la fuente de energía.
- ✓ Colocar correctamente el brazalete, según contextura del usuario(a).
- ✓ Accionar el monitor, leer la presión arterial y retirar el brazalete.
- ✓ Apagar el monitor sin desconectarlo de la fuente de energía.
- ✓ Reportar las alteraciones de la presión arterial a la enfermera(o).
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Registrar el resultado inmediatamente en el instrumento correspondiente, en el expediente de salud.



Observaciones y puntos clave:

- ✓ En la toma de presión arterial electrónica, se aplican los mismos cuidados que la toma de presión manual; este procedimiento no requiere el uso de estetoscopio.
- ✓ La comunicación permite la participación y colaboración del usuario(a), estableciendo un ambiente de confianza y seguridad
- ✓ El colocar el brazalete correctamente provee cifras confiables.
- ✓ El desconectar el monitor promueve su desequilibrio.
- ✓ Un reporte oportuno previene complicaciones.
- ✓ La anotación de los valores obtenidos contribuye a la continuidad del tratamiento.

Riesgos:

- ✓ Calibración de aparato en forma inadecuada.
- ✓ Interpretación inadecuada.
- ✓ Dolor por presión del monitor.
- ✓ Medición incorrecta.
- ✓ Registro incorrecto o no ejecutado.

6.8 Nombre del procedimiento: Medición de capnografía

Definición:

Es la medida de dióxido de carbono CO² en las vías aéreas de un usuario durante su ciclo respiratorio.

Es la representación gráfica de los niveles del dióxido de carbono en el gas espirado.

Objetivos:

- ✓ Detectar problemas clínicos o alteraciones que reflejan anomalías de las vías aéreas y de l estado cardiopulmonar.
- ✓ Monitorear continuamente la permeabilidad de vías aéreas y la presencia de la respiración.
- ✓ Identificar alteraciones del patrón de la onda del CO₂ que indiquen una alteración brusca o gradual de la producción o eliminación del CO₂.
- ✓ Evaluar la respuesta del usuario(a) a las medidas correctivas en la función respiratoria.

Nivel de atención:

II y III.



Nivel de Complejidad:
Alto.

Recursos Humanos:
Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Monitor.
- ✓ Sensor.
- ✓ Expediente clínico.
- ✓ Oxímetro de pulso.

Actividades

- ✓ Identificar al usuario(a).
- ✓ Montar correctamente el circuito de capnografía: el adaptador de la vía aérea, el sensor de CO₂ y el monitor.
- ✓ Conectarlo al usuario(a), a través de la vía ventilatoria.
- ✓ Realizar la calibración del cero.
- ✓ Conectar el monitor.
- ✓ Adaptar el sensor del monitor a la línea ventilatoria de al usuario(a).
- ✓ Calibrar el monitor según modelo y tipo de monitor
- ✓ Registrar, según horario establecido, las cifras resultantes de la aplicación del capnógrafo.
- ✓ Interpretar las cifras y reportar las alteraciones.
- ✓ Limpiar cuidadosamente el sensor, especialmente ante la presencia de secreciones en cada ciclo respiratorio
- ✓ Adecuar un ambiente cómodo para el usuario(a).
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según normativa.

Observaciones y puntos claves

- ✓ Este procedimiento se realiza en usuarios con ventilación mecánica invasiva y no invasiva.
- ✓ El conocimiento del equipo y su correcto manejo proporciona los resultados esperados.
- ✓ La calibración del capnógrafo permite verificar la presencia de la curva en el monitor.
- ✓ El registro de las cifras resultantes aporta importante información acerca de la condición del usuario(a).
- ✓ La nota de enfermería contribuye a la evolución del usuario(a).

Riesgos del procedimiento:

- ✓ Medición e interpretación incorrecta.



Medidas antropométricas

Son las medidas que cuantifican y estudian las proporciones del cuerpo humano.

6.9 Nombre del Procedimiento: Medición del peso.

Definición:

Es la medición en kilogramos y gramos de la masa corporal.

Objetivo:

Determinar el estado nutricional del usuario(a).

Niveles de atención:

I, II y III.

Niveles de complejidad:

Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ ATAP

Material y equipo:

- ✓ Balanza o báscula, según edad del usuario(a), debidamente calibrada (de plataforma, canasta y tipo calzón)
- ✓ Lapicero con tinta azul o negra.
- ✓ Lápiz.
- ✓ Papel kraft.
- ✓ Regla.
- ✓ Expediente de salud con la hoja de registro específica.

Actividades.

- ✓ Solicitar el consentimiento al usuario(a).
- ✓ Calibrar la balanza.
- ✓ Hacer higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Solicitar al usuario(a) retirarse el calzado y colocar papel sobre la plataforma de la báscula.



- ✓ Ayudar al usuario(a) a colocarse de pie, en el centro de la plataforma, con los tobillos juntos, brazos a lo largo del cuerpo, frente a la persona que lo está pesando (balanza con plataforma), si su condición se lo permite.
- ✓ Leer en voz alta el peso, de frente a la barra numerada en kilos.
- ✓ Registrar el resultado inmediatamente en el instrumento correspondiente haciendo uso de la regla, en el expediente de salud.
- ✓ Informar al usuario(a), madre, padre o representante, del resultado obtenido.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a bajarse de la báscula y a colocarse los zapatos
- ✓ Dar el cuidado al equipo posteriormente
- ✓ Lavarse las manos.

Principios:

- ✓ Una buena comunicación proporciona confianza y seguridad en el usuario(a) y su familia.
- ✓ La utilización de papel sobre la superficie proporciona a la persona seguridad y confort.
- ✓ El apoyo físico y emocional que se le brinde al usuario(a) produce seguridad y confianza.
- ✓ La anotación de los datos correctos y claros ayuda a dar continuidad en el tratamiento y manejo clínico del usuario(a).

Observaciones y puntos clave:

- ✓ La medición del peso puede realizarse directamente en la cama del usuario, si se tiene esa funcionalidad.
- ✓ Las pesas electrónicas se utilizan en usuarios en posición de sentado; previamente se debe pesar, por aparte, la silla de ruedas y anotar el dato en la silla en forma permanente.
- ✓ Posteriormente se pesa al usuario en la silla de ruedas; al peso total se le resta el peso de la silla de ruedas.
- ✓ En el caso del usuario que tiene control de peso, se debe realizar a las 5 a.m.

Riesgo:

- ✓ Caída
- ✓ Trauma
- ✓ Registro incorrecto o incompleto



6.10 Nombre del procedimiento: medición de talla

Definición:

Es la medición de la estatura en centímetros o metros de la persona.

Objetivo:

Determinar la talla del usuario(a), con el fin de valorar las necesidades o requerimientos en relación con su condición clínica.

Niveles de atención

I, II y III.

Nivel de complejidad.

Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ ATAP

Material y equipo:

- ✓ Tallímetro
- ✓ Material para instalar el tallímetro:
- ✓ Cinta métrica.
- ✓ Plomada.
- ✓ Escuadra.
- ✓ Regla
- ✓ Cuerda
- ✓ Lapicero con tinta azul o negra.
- ✓ Lápiz.
- ✓ Papel kraft.
- ✓ Expediente de salud con la gráfica de registro específica.

Actividades

- ✓ Solicitar el consentimiento al usuario(a).
- ✓ Ayudarlo a que se retire el calzado
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Colocar papel en el suelo.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que permanezca de pie sobre el papel con su espalda unida a la parte vertical de la balanza, o la cinta métrica del tallímetro, con



las piernas y rodillas rectas, los talones juntos y los brazos a los lados del cuerpo.

- ✓ Indicar al usuario(a) que mantenga erguido, mirando al frente, con la barbilla y los hombros ligeramente levantados.
- ✓ Verificar que la línea visual se encuentre perpendicular al cuerpo; bajar el tallímetro o señalar con el cartabón hasta la altura de la coronilla cefálica y realizar la medición.
- ✓ Leer en voz alta del resultado de la talla.
- ✓ Registrar y graficar el resultado inmediatamente en los instrumentos correspondientes, en el expediente de salud.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a colocarse los zapatos.
- ✓ Dar el cuidado posterior y hacer la higiene de las manos.

Principios:

- ✓ El usuario(a) informado coopera y permite obtener datos más reales.
- ✓ El uso de papel sobre la superficie le proporcional al usuario(a) seguridad y comodidad.

Observaciones y puntos clave

La anotación de los datos correctos ayuda a dar continuidad en el tratamiento y manejo clínico del usuario(a).

Riesgo del procedimiento:

- ✓ Caída
- ✓ Trauma
- ✓ Medición errónea.

6.11 Nombre del procedimiento: Medición de líquidos ingeridos y excretados

Definición:

Es el recuento de líquidos ingeridos y excretados durante 24 horas al usuario(a).

Objetivo:

- ✓ Realizar el balance de líquidos ingeridos y excretados al usuario(a) por turno durante las 24 horas.
- ✓ Proveer datos indicadores de los efectos de la terapia diurética o de rehabilitación.

Nivel de atención:

II y III



Nivel de complejidad:

Medio.

Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud del usuario(a)
- ✓ Instrumento "Hoja de control de ingesta y excreta
- ✓ Lapicero.
- ✓ Recipiente graduado.
- ✓ 1 par de guantes(limpios)
- ✓ Calculadora

Actividades.

- ✓ Identificar e informar al usuario(a) y familia.
- ✓ Registrar los líquidos que le han ingresado al usuario(a), en el turno y en el formulario correspondiente.
- ✓ Anotar la hora exacta en que se realizó la ingesta o administración de líquidos y/o la eliminación.
- ✓ Anotar el nombre del líquido que ingirió el usuario(a).
- ✓ Anotar el nombre de la solución endovenosa que fue administrada.
- ✓ Anotar la cantidad exacta de líquidos que se administró por vía oral o endovenosa.
- ✓ Colocarse los guantes, para descartar los líquidos excretados por el usuario
- ✓ Registrar la hora exacta en que se realizó la medición del líquido egresado
- ✓ Anotar el nombre del líquido que eliminó el usuario(a).
- ✓ Anotar la fuente u origen por la que egresó el líquido: drenos, vómito, diarrea, succión gástrica, similares.
- ✓ Quince minutos antes del término del turno laboral, realizar la sumatoria de las cantidades de líquido ingerido y excretados en las 8 horas, repetir el mismo procedimiento en el II y III turno. (Realizar el balance de 24 horas.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Observaciones:

- ✓ Se debe reportar como acción importante en enfermería de forma temprana (oliguria, poliuria, anuria y no necesariamente esperar al final del turno, ya que esto puede evitar sobrecarga hídrica o hipovolemia así como mantener una adecuada función renal.



	CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA	Página 169 de 492
Manual Técnico	Manual de Procedimientos de Enfermería	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

- ✓ En caso de los drenos reportar exceso de líquido o sangrado activo.

Los líquidos egresados menores a 100 cc se deben cuantificar con jeringas

Riesgos:

- ✓ Subregistro de información.
- ✓ Errores de suma.



CAPÍTULO VII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA QUIRÚRGICOS

Bajo los lineamientos institucionales y la política nacional de calidad y seguridad del usuario(a), para la redacción de este capítulo se consultaron los ejes establecidos en la Cirugía Segura Salva Vidas de la OMS.

Es una herramienta sencilla y práctica que puede ser utilizada por cualquier equipo quirúrgico del mundo para garantizar, en forma eficiente y rápida, la observancia de medidas preoperatorias, intraoperatorias, postoperatorias para reducir los riesgos evitables más comunes que ponen en peligro la vida de los usuarios(as) quirúrgicos.

FASES DEL PERIODO DE INTERVENCIÓN

FASE 1

ENTRADA

Anterior a la inducción de la anestesia.

FASE 2:

PAUSA QUIRÚRGICA

Posterior a la inducción de la anestesia y antes de la incisión quirúrgica.

FASE 3:

SALIDA

Cierre de la herida quirúrgica, pero antes de la salida del usuario(a) del quirófano.

ANTES DE LA INCISIÓN CUTÁNEA:

Confirmar en voz alta: operación, usuario(a) y sitio correcto.

Revisa su plan de intervención utilizando la lista de verificación.

Confirmar (cada miembro del equipo) la aplicación de los antibióticos profilácticos.

Confirmar la disponibilidad de los estudios de gabinete.

Preparar el equipo para eventos inesperados.

Fase 3

Todos revisan la cirugía realizada.

Realizan el recuento de gasas e instrumentos.

Etiquetado de toda muestra biológica obtenida.

Evidencian fallas funcionales de equipo e instrumental quirúrgico.

Repasan el plan de cuidados claros postoperatorios.



Objetivos de OMS para cirugía segura

- ✓ El equipo operará al usuario(a) correcto en el sitio correcto.
- ✓ El equipo utilizará métodos para prevenir daño causado por la administración de anestésicos, mientras que protege al usuario(a) contra el dolor.
- ✓ El equipo reconocerá y se preparará con eficacia para reaccionar ante pérdidas de vía aérea o de función respiratoria que podrían ser letales.
- ✓ El equipo reconocerá y se preparará con eficacia para el riesgo de alta pérdida de sangre (>500ml) (7ml/kg en niños)
- ✓ El equipo evitará inducir una reacción alérgica o una reacción negativa entre drogas en casos en los cuales se sabe que el usuario(a) está bajo alto riesgo de estos eventos.
- ✓ El equipo utilizará constantemente los métodos conocidos para reducir al mínimo el riesgo de infección del sitio quirúrgico.
- ✓ El equipo prevendrá la retención inadvertida de instrumentos, gasas o paños en heridas quirúrgicas.
- ✓ El equipo guardará e identificará en forma exacta todos los especímenes quirúrgicos.
- ✓ El equipo comunicará e intercambiará con eficacia la información crítica para la conducta segura de la operación y los cuidados postquirúrgicos.
- ✓ Los hospitales y los sistemas de la salud pública establecerán un sistema de vigilancia rutinaria, de la capacidad, el volumen y los resultados quirúrgicos.

7.1 Nombre de procedimiento: Cuidados de enfermería preoperatorios

Definición:

Es el conjunto de acciones realizadas por el profesional de enfermería (algunas de ellas delegadas en el auxiliar de enfermería) dirigidas al usuario(a), antes del acto quirúrgico, y destinadas a identificar condiciones físicas y psíquicas que puedan alterar su condición para tolerar la tensión que produce la intervención quirúrgica.

Objetivos:

- ✓ Cumplir los requisitos preoperatorios.
- ✓ Preparar emocional y espiritualmente al usuario(a) y la familia.
- ✓ Prevenir complicaciones (infecciosas, respiratorias, vasculares y otras) que impidan una rápida recuperación postoperatoria.
- ✓ Educar al usuario(a) y familia sobre su patología e intervención quirúrgica.

Niveles de atención:

II y III.



Nivel de complejidad

Alto

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud
- ✓ Manual de atención peri-operatoria
- ✓ Hoja de control preoperatoria de enfermería
- ✓ Hoja de cirugía segura salva vida (lista de chequeo)
- ✓ Lista de cirugía
- ✓ Hoja de consentimiento informado
- ✓ Boleta del banco de sangre
- ✓ Equipo de toma de vía
- ✓ Medicamentos pre quirúrgicos
- ✓ Pulsera de identificación
- ✓ Esfigmomanómetro
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Ropa verde.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul o negra.
- ✓ Camilla para el traslado.

Actividades.

El día anterior a la cirugía, en los usuarios hospitalizados:

- ✓ Identificar el nombre del usuario(a) en la lista de cirugías emitida por el servicio de anestesia
- ✓ Revisar que el expediente de salud del usuario(a) esté completo, si es alérgico a algún medicamento o la anestesia, los estudios radiológicos, exámenes preoperatorios, u otros y verificar el tipo de cirugía programada.
- ✓ Verificar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a) o responsable, en el caso de un menor de edad.
- ✓ Instruir al usuario(a) sobre el procedimiento y la asistencia preoperatoria.
- ✓ Orientar a la familia del usuario(a) si está presente.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre la importancia de mantenerse, Nada Vía Oral (N.V.O), ocho horas antes de la cirugía.
- ✓ Identificar y atender necesidades emocionales y espirituales del usuario(a).
- ✓ Explicar y aclarar dudas del usuario(a).
- ✓ Corroborar la reserva de sangre, según número de donadores solicitados para el tipo de cirugía programada, según indicación médica.



- ✓ En caso de administrar algún medicamento en sala de operaciones, asegurarse de adjuntar el medicamento.
- ✓ Proporcionar un ambiente de privacidad al usuario(a), durante los cuidados preoperatorios.
- ✓ Preparar el área quirúrgica de acuerdo al tipo de cirugía programada, según indicación médica o normas establecidas (ver procedimiento preparación área operatoria).
- ✓ Realizar procedimientos, según indicación médica o normas establecidas, dependiendo del tipo de cirugía programada.
- ✓ Registrar los cuidados en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales para la prevención, control de infecciones intrahospitalarias y manejo de desechos sólidos hospitalarios.

En caso del Programa de Cirugía Ambulatoria cumplir con la normativa según el establecimiento de salud.

El día de la cirugía:

- ✓ Revisar el expediente de Salud del usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) tenga su brazaletes con nombre, número de cama, y servicio
- ✓ Completar el formulario "Hoja de Requisitos Pre-Operatorios".
- ✓ Verificar el cumplimiento de procedimientos e indicaciones previos a la cirugía.
- ✓ Administrar o suspender tratamiento al usuario según indicación médica
- ✓ Verificar que el formulario "Consentimiento informado", esté firmado por el usuario(a), o si este es menor de edad, por el responsable.
- ✓ Solicitar al usuario(a) realizarse un baño meticuloso, dando especial énfasis en el área de la cirugía. Utilizar jabón antiséptico para reforzar la limpieza del área quirúrgica.
- ✓ Si el cirujano solicita rasurado de la zona, se debe hacer 20 a 30 minutos antes de la cirugía, en forma cuidadosa, evitando lesionar la piel (verificar protocolos internos).
- ✓ Verificar que el usuario tenga canalizada el acceso venoso y que este permeable.
- ✓ Colocar y fijar la sonda nasogástrica, sonda Foley, vendas elásticas, sistemas de compresión entre otros, según indicación médica.
- ✓ Según indicación médica, administrar medicamentos como: sedantes, analgésicos u otros. Observar posibles reacciones en la administración de estos fármacos.
- ✓ Retirar todo tipo de prótesis que interfiera con el procedimiento quirúrgico.



- ✓ Verificar que el usuario no ingrese a sala de operaciones con lentes, joyas, adornos en el cabello, celulares, etcétera.
- ✓ Pedir al usuario(a) que miccione (si su condición lo permite).
- ✓ Informar al usuario(a) y la familia a qué hora entrará al quirófano; también, decirle a la familia en qué lugar puede esperar y a qué hora se le dará información.
- ✓ Registrar en formulario de nota de enfermería la información sobre la preparación realizada al usuario(a), tanto física como psíquica, los fármacos administrados, los parámetros de signos vitales, la preparación de la zona y quién lo recibe en pabellón
- ✓ Verificar que el usuario(a) esté en ayuno mínimo de ocho horas.
- ✓ Adjuntar el sobre de radiografía al expediente de salud (si es necesario).
- ✓ Revisar que el usuario(a) tenga reporte de electrocardiograma (EKG) actualizado, según las normas del servicio.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Indicar al usuario(a) que debe colocarse la ropa verde de sala de operaciones 15 minutos antes de su traslado a la sala si es necesario ayudarlo a vestirse. Indicarle al usuario de que no deambule.
- ✓ Verificar el retiro de la ropa interior.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.(Modelo SOAPE)
- ✓ Trasladar al usuario(a) a la sala de operaciones en compañía del profesional de enfermería o personal al que se le asigne.
- ✓ Al llegar a sala de operaciones, entregar al usuario(a), indicando el nombre y dos apellidos, entregando el expediente, indicando la especialidad, el servicio y realizar un breve resumen de los requisitos pre operatorios del paciente. Además preguntar y documentar el nombre de la persona que recibe.
- ✓ Realizar el procedimiento de la cama de anestesia (ver Procedimiento cama de anestesia).

Principios:

- ✓ Los requisitos completos permiten obtener mayor eficacia en el procedimiento a efectuar reduciendo riesgos físicos y emocionales en el usuario(a).
- ✓ El usuario(a) informado se sentirá más seguro.
- ✓ La adecuada orientación sobre los cuidados y procedimientos a realizar le permitirá percibirlos con claridad y aceptar la situación, además de disminuir la ansiedad por el procedimiento quirúrgico.
- ✓ La privacidad que se le ofrezca al usuario(a) le hace sentirse cómodo.
- ✓ El lavado de manos evita infecciones cruzadas.
- ✓ La debida preparación del área asegura la realización del procedimiento dentro de condiciones óptimas de protección.



- ✓ Preparar adecuadamente el conducto gastrointestinal evita complicaciones postoperatorias, ya que el anestésico irrita el aparato digestivo
- ✓ La anotación de los datos correctos ayuda a dar continuidad en el tratamiento y manejo clínico del usuario(a).
- ✓ La limpieza y el orden del material previenen la difusión de microorganismos y redundan en economía de dinero y tiempo.
- ✓ Los requisitos completos permiten obtener mayor eficacia en el procedimiento al efectuar reduciendo riesgos físicos y emocionales en el usuario(a).
- ✓ El cuidado meticuloso de la piel ayuda a prevenir complicaciones postoperatorias y a prevenir infecciones.
- ✓ Las pertenencias del usuario(a) deberán manejarse cuidadosamente para evitar problemas administrativos.
- ✓ El control de los signos vitales ayuda a detectar la condición física del usuario(a) y cualquier alteración que implique riesgo operatorio.
- ✓ En caso de haber zonas contaminadas (vagina, ano, úlceras, estomas, etc.) se cubren y se preparan al final, evitando contaminar el área limpia.
- ✓ El rasurado puede causar pequeñas lesiones o micro abrasiones exponiendo posiblemente el tejido subyacente a la infección.
- ✓ La realización del baño permite higienización de la piel y eliminación de microorganismos
- ✓ La ropa cómoda permite descubrir el área operatoria manteniendo la privacidad del usuario(a).
- ✓ La anotación de los datos correctos ayuda a dar continuidad en el tratamiento y manejo clínico del usuario(a).
- ✓ Acompañar al usuario(a) y transportarlo en camilla a sala de operaciones ofrece seguridad física y emocional.
- ✓ La limpieza y el orden del material previenen la difusión de microorganismos.

Observaciones:

- ✓ La adecuada orientación a los familiares permite mejor manejo del usuario(a) y evita complicaciones.
- ✓ En caso de usuarios en condición crítica se debe mantener monitorizados y con el equipo necesario que garantice el adecuado cuidado.
- ✓ En usuarios con medidas de aislamiento, se tiene que informar al personal de aseo para que tomen las medidas de higiene de pasillos y ascensores y cumplir con la indumentaria de protección personal.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Requisitos incompletos
- ✓ Paro Cardio Respiratorio en usuarios críticos.
- ✓ Cambios respiratorios y hemodinámicos en el usuario.
- ✓ Suspensión de la cirugía por la inobservancia de los requisitos preoperatorios



- ✓ Molestia con los familiares por desinformación, comunicación errónea o porque por motivos fuera de control se suspenda la cirugía.

7.2 Nombre del procedimiento: Preparación del área operatoria.

Definición:

Son las acciones que se realizan en la zona operatoria y áreas circundantes, con el fin de reducir la flora bacteriana a niveles mínimos y disminuir el riesgo de infección.

Objetivos:

Eliminar vellosidades y/o productos de la degradación de la piel (escamas).
Prevenir infecciones secundarias.

Nivel de atención.

II y III nivel.

Nivel de complejidad:

- ✓ Media.
- ✓ Alta.

Recursos humanos.

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo.

- ✓ Expediente de salud
- ✓ Lista de cirugía
- ✓ Hoja de consentimiento informado
- ✓ Pulsera de identificación
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul o negra.
- ✓ Equipo de rasurar
- ✓ Jabón antiséptico disponible en el establecimiento.

Actividades.

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Verificar la indicación médica de rasurar el área según tipo de cirugía.
- ✓ Instruir al usuario(a) sobre el procedimiento a realizar.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.



- ✓ Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Propiciar un ambiente de privacidad al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Acondicionar el equipo para rasurar al usuario según indicación medica
- ✓ Verter la solución jabonosa en un riñón y el agua en otro.
- ✓ Limpiar la piel del usuario(a) en la zona correspondiente con movimientos circulares, utilizando gasas humedecidas con solución jabonosa y agua, cuantas veces sea necesario, respetando la técnica aséptica quirúrgica.
- ✓ Secar la piel del usuario(a) en la zona correspondiente con torundas de gasa o toalla estéril con movimientos circulares.
- ✓ Deslizar sobre la piel la rasuradora con la mano dominante, con movimientos suaves en una sola dirección y retirar los vellos de la piel.
- ✓ Humedecer una torunda de gasa con jabón y limpiar la zona rasurada con movimientos giratorios, partiendo del centro hacia la periferia.
- ✓ Verificar que la zona rasurada quede limpia, seca y libre de vellosidades
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo y la unidad en orden
- ✓ Efectuar la higiene de manos según procedimiento
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos. (Modelo SOAPE)
- ✓ Mantener el cuidado del equipo utilizado en el procedimiento.

Principios:

- ✓ Los requisitos completos permiten obtener mayor eficacia en el procedimiento a efectuar reduciendo riesgos físicos y emocionales en el usuario(a).
- ✓ La adecuada orientación sobre los cuidados y procedimientos a realizar le permitirá al usuario percibirlos con claridad y aceptar la situación
- ✓ Tener el equipo necesario y completo en la unidad del usuario conlleva economía de tiempo y esfuerzo.
- ✓ La privacidad que se le brinda al usuario(a) le hace sentirse cómodo.
- ✓ Efectuar el procedimiento de forma correcta reduce la posibilidad de complicaciones.
- ✓ La comodidad y el orden es parte del cuidado de enfermería con calidad.
- ✓ Los registros de enfermería claros favorecen la continuidad del cuidado de enfermería.
- ✓ El cuidado posterior del equipo siguiendo normas institucionales previene infecciones intrahospitalarias.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Laceraciones de la piel.
- ✓ Irritaciones en la piel.
- ✓ Infección en sitio quirúrgico.



7.3 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería postoperatorios

Definición:

Es el conjunto de acciones realizadas por el profesional de enfermería o auxiliar de enfermería dirigidas al usuario(a), después del acto quirúrgico, destinadas a identificar y prevenir complicaciones postoperatorias.

Objetivos:

- ✓ Valorar constantemente la condición y evolución del usuario(a).
- ✓ Prever o detectar oportunamente posibles complicaciones.
- ✓ Brindar comodidad.
- ✓ Aliviar el dolor.

Nivel de atención:

II y III nivel

Nivel de competencia

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería con supervisión.
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería con supervisión.
- ✓ Auxiliar de enfermería por delegación.
- ✓ Camillero.

Material y equipo

- ✓ Expediente de salud
- ✓ Pulsera de identificación
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul o negra
- ✓ Estetoscopio
- ✓ Esfigmomanómetro
- ✓ Soporte para las soluciones.
- ✓ Aspirador.
- ✓ Monitor de signos vitales no invasivo o invasivo según sea la condición del usuario.



Cuidados inmediatos en unidad de recuperación:

Actividades.

- ✓ Trasladar al usuario(a) cuidadosamente de la mesa quirúrgica a la camilla.
- ✓ Colocar sábanas, con el fin de mantenerlo abrigado y mantener la temperatura corporal.
- ✓ Elevar la cabecera del usuario o hiper extender el cuello para favorecer la ventilación y evitar la bronco aspiración siempre y cuando el tipo de anestesia o procedimiento quirurgico lo permita.
- ✓ Realizar el control de signos vitales y monitoreo cardiaco.
- ✓ Valorar y revisar al usuario(a) por efectos secundarios de los anestésicos
- ✓ Trasladar al usuario(a) a la sala de recuperación en compañía del anestesista y auxiliar de quirófano, con el expediente de salud, sobre de rayos x.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos (modelo SOAPE)
- ✓ Recibir al usuario(a) proveniente de la sala de operaciones y realizar valoración cefalocaudal.
- ✓ Registrar y controlar estado de conciencia, signos vitales, permeabilidad de la vía endovenosa, permeabilidad de la vía aérea, tipo de soluciones, sangre o hemoderivados, condición y localización del apósito, vendajes, sondas, drenajes entre otros; del usuario(a) al momento del posoperatorio.
- ✓ Proporcionar calor para mantener su temperatura corporal.
- ✓ Disponer de una fuente de oxígeno completa para aplicar oxígeno PRN.
- ✓ Preparar el aspirador en caso de que su uso sea necesario, siempre y cuando no exista una contra indicación médica y el procedimiento lo permita.
- ✓ Registrar y controlar signos vitales según indicación medica y regular el goteo de la solución o iniciar soluciones indicadas.
- ✓ Aplicar, controlar y registrar las soluciones endovenosas indicadas.
- ✓ Valorar la condición de los apósitos y área quirúrgica.
- ✓ Controlar el funcionamiento de drenajes y todo tipo de sondas.
- ✓ Adaptar los drenajes a las bolsas o recipientes recolectores a gravedad o electromecánicos, según indicación médica.
- ✓ Posicionar al usuario(a) con la cabeza en extensión y sin almohada, para favorecer la permeabilidad de la vía aérea, si no hay contraindicación.
- ✓ Aspirar secreciones las veces que sean necesarias
- ✓ Valorar a al usuario(a) por dolor; administrar analgésico indicado, en caso necesario.



Identificar las complicaciones postoperatorias como:

Hipotermia:

Iniciar inmediatamente las medidas de calentamiento, activas y pasivas para evitar que comience con escalofríos y temblores.

Hipertermia:

Iniciar la toma de temperatura cada 4-6 horas.

Náuseas y vómitos:

Inclinar la cabeza del usuario(a) hacia un lado.

Colocarlo en decúbito lateral.

Eliminar la ingesta por vía oral.

Indicarle que se sujete la zona de incisión con las manos cruzadas para aliviarle el dolor sobre todo al toser o vomitar.

Proporcionar al usuario lo necesario para realizar la higiene bucal.

Probar tolerancia oral para autorizar el egreso del paciente el egreso del usuario.

Dolor

El mantener al usuario(a) sin dolor es parte del cuidado de enfermería con calidad.

El dolor aumenta el gasto innecesario de energía.

Aplicar la escala del dolor para determinar la intensidad.

La administración de medicamentos opiáceos deprime el centro respiratorio.

Retención urinaria:

Verificar la existencia de retención urinaria (globo vesical, dolor extremo a la palpación).

Utilizar métodos convencionales para favorecer el drenaje de la orina (irrigando la zona perineal con agua tibia; dejar correr el grifo de agua, o bien hacer un pequeño masaje en la zona).

Si los métodos convencionales no dan resultados informar al médico en forma inmediata.

Realizar los procedimientos indicados por el médico. (Cateterizar, colocación de sonda foley, entre otros).



Actividades

- ✓ Valorar al usuario(a) por complicaciones y reportar de inmediato.
- ✓ Cuantificar y valorar las características de las eliminaciones.
- ✓ Valorar el traslado del usuario(a) hacia el área de hospitalización designada, una vez que haya despertado de la anestesia, respondiendo a estímulo y se considere que evoluciona satisfactoriamente (según normativa de anestesia).
- ✓ Verificar la indicación de traslado por parte del médico anestesista.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Trasladar al usuario(a) en camilla al servicio de origen.
- ✓ Corroborar que lleve expediente de salud y sobre de rayos X, receta médica. (Retomar técnica de traslado del usuario(a) en camilla y silla).
- ✓ Entregar al usuario, contra el expediente de salud, con nombre y dos apellidos, al personal del salón, realizando un pequeño resumen de su evolución del área de recuperación.
- ✓ Recibir al usuario proveniente del servicio de recuperación, contra el expediente de salud.
- ✓ Identificar al usuario(a) que está recibiendo y revisar en su expediente de salud que su traslado de recuperación esté firmado.
- ✓ Registrar y controlar signos vitales; anotarlos y notificar cualquier alteración al médico tratante.
- ✓ Valorar, tanto el estado de conciencia del usuario(a), como la revisión cefalocaudal y trasladarla de la camilla a la cama.
- ✓ Confirmar las indicaciones médicas y de enfermería que proporciona el personal de recuperación y firmar la hoja de recuperación si todo está en orden (por ejemplo, ver si se le cumplió el analgésico statu).
- ✓ Verificar la permeabilidad de las vías endovenosas, tipo de soluciones, funcionamiento de los drenos; adaptar sus conexiones a las bolsas recolectoras y revisar apósitos vendas, sondas entre otros y sus características.
- ✓ Valorar al usuario(a) por dolor, sangrado, globo vesical, distensión abdominal e incomodidad y realizar las acciones de enfermería necesarias, para su bienestar y comodidad.
- ✓ Instruir al usuario(a) para que informe al personal de enfermería en caso de dolor.
- ✓ Colocar las hojas de sala de operaciones, recuperación y anestesia, en orden, detrás de las notas de enfermería.
- ✓ Actualizar el Kardex
- ✓ Confeccionar tarjetas de medicamentos y soluciones e iniciar tratamiento indicado.
- ✓ Seguir Plan de Atención de Enfermería, de acuerdo con la nueva condición del usuario(a) mediante la aplicación del Proceso de Enfermería en el Kardex.



- ✓ Asignar al personal de enfermería, al usuario(a), sobre el plan de cuidados a seguir y las necesidades a satisfacer.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería y registro de cruz de operación siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios

- ✓ El traslado cuidadoso del usuario(a) disminuye las molestias y ayuda a prevenir complicaciones a corto y mediano plazo.
- ✓ Estabilizar la temperatura corporal y el patrón respiratorio evita las condiciones críticas en el usuario(a).
- ✓ La hipertermia y el estrés ocasionan la elevación de T/A.
- ✓ La valoración oportuna de los apósitos previene complicaciones.
- ✓ Los anestésicos actúan selectivamente en el tálamo e hipotálamo (centro regulador de la temperatura), por lo que hay que valorar la temperatura del usuario.
- ✓ La presencia de personas que dan apoyo suele reducir el temor, incrementa la sensación de seguridad y protección.
- ✓ La anotación de los datos correctos ayuda a dar continuidad en el tratamiento y manejo clínico del usuario(a)
- ✓ La valoración eficiente de enfermería garantiza la calidad de atención que el usuario(a) requiere.
- ✓ Los anestésicos deprimen el centro respiratorio y estimulan respuestas simpáticas y vagales por lo que hay que valorar el patrón respiratorio.
- ✓ La permeabilidad de las vías aéreas permite descartar cualquier tipo de obstrucción.
- ✓ El control de los signos vitales ayuda a detectar la condición física del usuario(a) y cualquier alteración que implique riesgo operatorio.
- ✓ La valoración oportuna de los drenajes y sondas previene complicaciones.
- ✓ El permitir el drenaje libre del fluido evita complicaciones.
- ✓ Los cambios frecuentes de posición estimulan una mejor circulación.
- ✓ La respuesta diurética inicial permitirá obtener información adicional sobre el estado hemodinámico, hidratación y la eventual presencia de un fallo renal agudo.
- ✓ El valorar al usuario(a) antes del traslado previene imprevistos y complicaciones.
- ✓ El baño y la limpieza frecuente y promueven la comodidad. El enfocarse sobre las capacidades reales, facilita la recuperación física y mental.
- ✓ La higiene promueve la comodidad.
- ✓ La valoración eficiente de la enfermera(o) es parte de la calidad en la atención de enfermería.
- ✓ El tratamiento oportuno puede prevenir complicaciones.
- ✓ El permitir el drenaje libre del fluido evita complicaciones
- ✓ La permeabilidad de la vía periférica confirma que el usuario(a) recibe su tratamiento.



- ✓ El mantener al usuario(a) sin dolor previene complicaciones.
- ✓ Mantener una acertada comunicación con el usuario(a) le da seguridad y disminuye la ansiedad.
- ✓ El tratamiento oportuno favorece la recuperación y previene complicaciones.
- ✓ El buen planeamiento del cuidado del usuario(a) favorece la atención de enfermería con calidad y calidez
- ✓ La a notación de los datos correctos ayuda a dar continuidad en el tratamiento y manejo clínico de al usuario(a)

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ No detección oportuna de complicaciones.

Observaciones.

- ✓ La enfermera(o) debe realizar valoraciones continuas que permita detectar complicaciones postoperatorias en el usuario.
- ✓ Para resolver el hipo: a) contener la respiración mientras se beben sorbos de agua; b) respirar el propio aire expulsado en una bolsa de papel; c) se hace presión digital sobre los globos oculares durante varios minutos.

7.4 Nombre del procedimiento: Curación de Catéter Central

Definición: Son las técnicas empleadas para evitar la introducción de microorganismos en el sitio de punción del catéter central.

El catéter venoso central es un dispositivo que introduce el médico en los grandes vasos venosos del tórax o en las cavidades cardíacas derechas, con fines diagnósticos o terapéuticos

Objetivos

- ✓ Evitar la invasión microbiana.
- ✓ Detectar complicaciones.

Niveles de atención:

- ✓ II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de Enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería con acompañamiento de la docente asignada.



Material y equipo:

- ✓ Rótulo de procedimiento aséptico
- ✓ Solución alcohólica para higiene de manos
- ✓ Equipo de curación de CVC: 2 vasijas, 2 mosquitos y 10 aplicadores, gasa de ojos, campos estériles, Clorhexidina al 2% con alcohol isopropílico 70% o povidona, 2 gorros, Tubo para frotis y cultivo
- ✓ 3 mascarillas
- ✓ Agua estéril
- ✓ 2 batas estériles, adecuada iluminación
- ✓ 3 pares de guantes estériles, cronómetro
- ✓ 1 apósito transparente, Dispositivo de fijación externa

Actividades.

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Coloque el rótulo de Procedimiento Aséptico
- ✓ Limpie la mesa para procedimientos con solución de alcohol. Haga higiene de manos.
- ✓ Reúna todo el equipo.
- ✓ Solicite la asistencia de la segunda enfermera quien sostiene al usuario, supervisa el área y se asegura de mantener la técnica aséptica. (en caso de niños y usuarios que por su condición lo requiera)
- ✓ Ambas se colocan gorro y mascarilla. Colocarle mascarilla al usuario.
- ✓ Ambas realizan higiene de manos.
- ✓ La enfermera que realiza la curación se coloca bata y guantes estériles.
- ✓ La enfermera que asiste abre el equipo de curación, pasa la clorhexidina y apósito transparente. Hace higiene de manos, se coloca delantal, guantes y sujeta al usuario en posición adecuada según sitio anatómico durante todo el procedimiento.
- ✓ La enfermera que hace la curación, retira el apósito transparente estirándolo y lo descarta. Inspecciona el sitio de entrada del catéter buscando enrojecimiento, secreción, dolor o exudado. Si tiene secreción, debe tomar muestra para cultivo.
- ✓ Descarte los guantes.
- ✓ Realice higiene de manos con solución de alcohol.
- ✓ Colóquese guantes estériles.
- ✓ Realice la curación con el antiséptico en un área de 5-10 cm.
- ✓ Si hay sangre, retírela con gasa y agua estéril antes.

Si utiliza clorhexidina debe realizar la curación con movimientos de un lado a otro y de arriba hacia abajo con fricción alrededor del sitio de inserción durante 30 seg y dejar secar por 30 seg. En caso de axila, ingle y cuello, la fricción debe ser por 2 minutos y dejar secar por 30 segundos.



Si utiliza povidona, en caso de alergia a clorhexidina, realice la curación de la forma descrita anteriormente, pero debe esperar al menos 2 minutos para dejar secar. Si hay lesiones en piel, puede limpiar la povidona con agua estéril.

- ✓ Asegure la fijación del catéter. Corrobore la longitud de catéter que queda afuera.
- ✓ Coloque el apósito transparente asegurándose que el sitio de inserción sea visible.

* Cambie el apósito cada 7 días o cuando se encuentre sucio o despegado.

* Apósito con gasa por sangrado o problemas alérgicos, debe retirarse a las 48 horas.

- ✓ Coloque una etiqueta con la fecha, hora y las iniciales de la enfermera para identificar cuándo se cambió.
- ✓ Realizar la higiene de manos.
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos y considerando: características del área de punción, fecha, hora y nombre del profesional de enfermería que realiza la curación.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Principios:

- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ La identificación e instrucción del usuario(a) disminuye la ansiedad y le brinda seguridad durante el procedimiento.
- ✓ Un área amplia de trabajo permite una mayor observación de la misma y da seguridad al procedimiento
- ✓ La TAQ requiere que todo el material y equipo a utilizar permanezca estéril.
- ✓ El equipo completo y ordenado facilita la destreza manual y evita pérdida de tiempo, interrupciones en el procedimiento, gasto de energía y proporciona seguridad al usuario(a).
- ✓ La humedad permite la proliferación de los microorganismos.
- ✓ El área periférica del punto de inserción limpia impide la introducción de microorganismos al torrente sanguíneo.
- ✓ La observación y el reporte de la condición del sitio de inserción y sus alrededores guían la terapéutica a seguir.
- ✓ La aplicación del parche transparente permite visualizar la condición de la vía central en general.
- ✓ El registro y control del procedimiento aumentan la calidad en la atención.



- ✓ La higiene de manos según procedimiento disminuye las infecciones intrahospitalarias.
- ✓ La comodidad y el orden proporcionan bienestar físico, comodidad y seguridad a al usuario(a).
- ✓ Un reporte claro y conciso del procedimiento efectuado sirve de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento y permite el seguimiento sistemático y oportuno del usuario(a).

Observaciones:

- ✓ La limpieza adecuada del equipo asegura su conservación y mantenimiento.
- ✓ Si cuenta con una persona que le asista, ésta realiza la función correspondiente.
- ✓ En este procedimiento se utiliza la técnica aséptica quirúrgica que permite reducir la transmisión de microorganismos.
- ✓ En neonatos menores de 32 semanas no debe utilizarse clorhexidina al 2 % con alcohol isopropílico al 70 % durante los primeros 15 días de vida.
- ✓ Utilizar la clorhexidina al 0.5 % acuosa en estos usuarios y retirar cualquier exceso.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Remoción accidental del catéter.
- ✓ Infección asociada a técnica de curación.
- ✓ Dolor.



7.5 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en usuarios con paracentesis

Definición:

Es una técnica de punción percutánea abdominal, destinada a evacuar líquido de la cavidad peritoneal.

Procedimiento invasivo que consiste en realizar una punción en la cavidad abdominal con técnica estéril para obtener líquido ascítico con fines diagnósticos y terapéuticos.

Acúmulo patológico de líquido seroso en la cavidad peritoneal producido por trasudación o exudación peritoneal, de color claro amarillento. Las modificaciones en su aspecto y en su composición pueden ayudar a identificar la causa de su aparición.

Objetivos de enfermería en el procedimiento:

- ✓ Participación activa, en conjunto con el médico, en la realización de la técnica.
- ✓ Preparación del material y del usuario(a).
- ✓ Control y registro del procedimiento.
- ✓ Cuidado del usuario(a) ante posibles complicaciones.

Nivel de atención

II y III.

Nivel de complejidad:

Alto.

Recursos humanos:

Enfermera(o).

Materiales y equipo:

- ✓ Equipo de paracentesis (angiocarth - 1 set de sueros).
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Delantal.
- ✓ Cubre bocas.
- ✓ Agua.
- ✓ Alcohol.
- ✓ Lentes de protección
- ✓ Lidocaína 2%.
- ✓ Gasas.
- ✓ Campos estériles.
- ✓ Recipientes.



- ✓ Solución antiséptica (el médico decide si usa clorhexidina o yodo)
- ✓ Tubos para muestra.
- ✓ Sistema de drenaje cerrado con recipiente graduado. (Bolsa recolectora).
- ✓ Recipiente para descartar desechos según normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.

Actividades

- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) sobre el procedimiento, en conjunto con el médico tratante.
- ✓ Verificar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a) y registrar en la nota de enfermería lo explicado al usuario(a)
- ✓ Solicitar al usuario(a) evacuar la vejiga (considerando su condición). La vejiga debe estar vacía al momento de la punción.
- ✓ Realizar la higiene de manos según procedimiento
- ✓ Controlar y registrar signos vitales.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a colocarse en posición semifowler o en la indicada por el médico.
- ✓ Cubrir al usuario(a) con una sábana dejando el abdomen libre.
- ✓ Procurar un ambiente cómodo y privado para el usuario(a).
- ✓ Retirar el cobertor de la bandeja aplicando técnica aséptica quirúrgica
- ✓ Ofrecer el frasco de anestésico local al médico
- ✓ Controlar y registrar el pulso y el estado respiratorio del usuario(a) (a), durante el procedimiento.
- ✓ Vigilar los signos y síntomas de shock hipovolémico como: palidez, cianosis, mareos, hipotensión, entre otros.
- ✓ Adaptar el set de sueros a la bolsa recolectora para drenar líquido, después del retiro del obturador por parte del médico.
- ✓ Controlar y registrar la cantidad y el aspecto del líquido evacuado.
- ✓ Verificar que las muestras de laboratorio a enviar estén debidamente rotuladas.
- ✓ A notar el número de muestras enviadas al laboratorio.
- ✓ Controlar y registrar signos vitales del usuario (a).
- ✓ Controlar la diuresis durante las primeras cuatro horas.
- ✓ Instruir al usuario(a) o familiar a notificar al personal de enfermería en caso de: vómito, cefalea, sudoración, mareos, náuseas u otros.
- ✓ Medir el perímetro abdominal antes y después del procedimiento
- ✓ Elaborar nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos considerando: procedimiento, nombre del médico que lo realizó, hora en que se realizó el examen, condición del usuario(a) antes, durante y después, cantidad y características del líquido drenado, entre otros.



- ✓ Dar el cuidado posterior al equipo siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones.

- ✓ Una adecuada instrucción sobre el procedimiento a realizar le producirá al usuario(a) seguridad.
- ✓ La evacuación de la vejiga previene accidentes.
- ✓ La aplicación de los principios y técnicas de asepsia previene infecciones.
- ✓ Una adecuada preparación del usuario(a), del área a puncionar, previene complicaciones y brindan mayor seguridad.
- ✓ La TAQ requiere que todo el material y equipo usado permanezca estéril.
- ✓ La observación de líquido drenado servirá de base para el reporte que el personal de enfermería realizará posteriormente en el expediente.
- ✓ Una secuencia lógica en los pasos del procedimiento y una adecuada asistencia al médico ayuda a mantener los principios, las observaciones y los puntos claves de la intervención de la familia en el cuidado del usuario(a) aseguran la efectividad del procedimiento y la integridad física y emocional de usuario(a).
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para el médico y para la evolución del usuario(a) y ayudan a la afectividad del tratamiento, aseguran continuidad del tratamiento y constituyen una base legal.
- ✓ El cuidado posterior del equipo utilizado asegura su mantenimiento.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

No detección oportuna de complicaciones como:

- ✓ Perforación de asa intestinal.
- ✓ Hematoma de la vaina del recto o mesentéricos.
- ✓ Laceración de asas intestinales.
- ✓ Perforación de la vejiga.
- ✓ Filtración prolongada de líquido ascítico en punto de punción.
- ✓ Hemorragia secundaria a lesión vascular.
- ✓ Shock hipovolémico.
- ✓ Dolor
- ✓ Sangrado
- ✓ Distensión abdominal
- ✓ Infección nosocomial.
- ✓ Cambios hemodinámicas



7.6 Nombre del Procedimiento: Cuidado y medición de drenos (penrose, hemovac, sonda en T):

Definición:

Corresponde a la intervención de enfermería al usuario(a) bajo cuidado y medición de drenos (penrose, hemovac, sonda en T, y similares)

Objetivos:

- ✓ Favorecer la salida de líquido de una cavidad al exterior.
- ✓ Medir los líquidos drenados por los diferentes dispositivos.
- ✓ Establecer el balance de ingresos y egresos de líquidos

Nivel de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Bajo
Medio
Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera.
- ✓ Auxiliar de enfermería.

Material y equipo:

Carro que contenga en la parte superior:

- ✓ Equipo para curación.
- ✓ Equipo para quita puntos, si está indicado.
- ✓ 1 litro de suero fisiológico o agua estéril.
- ✓ Jabón líquido clorhexidina al 4%
- ✓ 1 paquete con torunda de algodón.
- ✓ 1 paquete con cuadros de gasa.
- ✓ 2 pares de guantes.
- ✓ Esparadrado o microporo.
- ✓ 1 gasilla estéril (cuando se indica remover drenos).

Parte inferior:

- ✓ Palangana con bolsa de papel o recipiente para descartar desechos según normas para la Programa de Infecciones Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos e Infecciones.
- ✓ Vasija riñonera con solución desinfectante.
- ✓ 1 sábana movable.



Actividades.

- ✓ Verificar la indicación médica.
- ✓ Revisar el expediente de salud
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) acerca del procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo.
- ✓ Trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Colocar al usuario(a) en una posición según el sitio en que está colocado el dreno y brindando comodidad y confort durante la curación.
- ✓ Colocar la sábana movable debajo del área donde se encuentra el dreno.
- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Abrir el equipo de curación, y el quita puntos PRN
- ✓ Ordenar el instrumental
- ✓ Agregar el material adicional necesario
- ✓ Realizar la curación de la herida quirúrgica (ver procedimiento).

Principios:

- ✓ La identificación del usuario(a) asegura su integridad física y emocional.
- ✓ La información al usuario sobre el procedimiento a realizarle le producirá a éste seguridad.
- ✓ La higiene de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.

Observaciones:

La Técnica Aséptica Quirúrgica (TAQ), requiere que todo el material y equipo usado, permanezca estéril.

Ante Dreno de Penrose:

Actividades.

- ✓ Higiene de manos
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Desprender la bolsa colectora, si hay, o retirar el apósito
- ✓ Retirarse los guantes.
- ✓ Realizar la curación de la piel alrededor del dreno (consulta el procedimiento curación); retirar el punto si el dreno está suturado a la piel.
- ✓ Retirar el punto si el dreno está suturado a la piel.
- ✓ Remover y cortar el dreno si está indicado.
- ✓ Retirar totalmente el dreno con movimientos suaves, lentos si está indicado.
- ✓ Colocarse guantes nuevamente
- ✓ Colocar la gasilla estéril en forma horizontal, para que el dreno no pueda retraerse.
- ✓ Realizar nueva curación alrededor del dreno.



- ✓ Colocar bolsa de dreno o apósito (según cantidad del líquido que esté drenando).
- ✓ Medir, por turno, el líquido drenado según horario establecido.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad pre-establecidos

Principios:

- ✓ Una buena higiene de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para la evolución del usuario(a) y ayudan a la afectividad del tratamiento, aseguran continuidad del tratamiento y constituyen una base legal.

Ante Dreno de Hemovac:

Actividades.

- ✓ Retirar suavemente con la pinza de disección alrededor del área de incisión los apósitos, si los hay.
- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Descartar el apósito en la bolsa de papel o recipiente según normas.
- ✓ Colocar la pinza en la vasija riñonera con solución desinfectante.
- ✓ Realizar la curación siguiendo los pasos y principios del procedimiento Curación de heridas.
- ✓ Lavarse las manos nuevamente.
- ✓ Colocar una gasa abierta alrededor de la conexión del dreno PRN.
- ✓ Medir el líquido.
- ✓ Retirar el tapón del hemovac.
- ✓ Presionar los resortes y antes de soltar colocar nuevamente el tapón de manera que el recipiente quede presionado en caso de que la conexión para drenaje se obstruya.
- ✓ Drenar cada 7 horas y P.R.N
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad pre-establecidos

Principios:

- ✓ Un buen lavado de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ La TAQ requiere que todo el material y equipo usado permanezca estéril.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para documentar la evolución clínica del usuario(a) y ayudan a la afectividad del tratamiento, aseguran continuidad del tratamiento y constituye una base legal.



Ante drenaje de Sonda en T.

Actividades.

- ✓ Mantenga la llave de la conexión para drenaje, abierta.
- ✓ Observe que el drenaje fluya libremente
- ✓ Cierre la sonda sólo si está indicado por el médico.
- ✓ Observe al usuario(a) por: dolor, distensión abdominal o ictericia
- ✓ Observe que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Mida el líquido drenado cada 24 horas (5:00am.).
- ✓ Realice la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad pre-establecidos
- ✓ Realice el cuidado posterior del equipo

Principios:

La limpieza adecuada del equipo asegura su conservación

Las notas de enfermería son de gran importancia para documentar la evolución del usuario(a) y ayudan a la efectividad del tratamiento, aseguran continuidad del tratamiento y constituye una base legal.

Riesgos:

- ✓ Extracción accidental del drenaje.
- ✓ Sub registro de información.
- ✓ Infecciones cruzadas



CAPÍTULO VIII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS

Administración de medicamentos

Uno de los elementos fundamentales para la recuperación y mantenimiento de la salud de los individuos está íntimamente ligado a la preparación y utilización de los medicamentos.

Si hablamos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, el conocimiento de la farmacodinamia y sus diferentes variables al preparar los medicamentos juega un papel de primer orden.

Al referirnos a la relación armoniosa del hombre con la naturaleza necesariamente debemos tener en cuenta el adecuado manejo de los desechos que derivan del procedimiento de la preparación y aplicación de los medicamentos.

La institución realiza grandes esfuerzos para proveer a los usuario(a) de medicamentos de primera calidad y esto es un logro comparado solamente con países desarrollados. Esto debe servir de inspiración a los profesionales en enfermería, en su valiosa labor, la que debemos asumir con responsabilidad y profesionalismo, actualizando los siguientes conocimientos:

Clasificación de medicamentos

- ✓ Acción del medicamento (antibiótico, antimicótico, retroviral)
- ✓ Absorción del fármaco (pasaje a la circulación general del principio activo)
- ✓ Vida media del medicamento (tiempo necesario para eliminar el 50% del fármaco y alcanzar los niveles máximos de concentración)
- ✓ Duración del efecto (depende de la velocidad de la disolución; si es gradual el efecto será más duradero).
- ✓ Precauciones en el uso del medicamento (conjunto de normas y actuaciones encaminadas a prevenir efectos perjudiciales en grupos como neonatos, embarazados, personas con déficit inmunitario, personas adultas mayores).
- ✓ Interacciones del medicamento.
- ✓ Efectos adversos (alergia medicamentosa, efecto placebo, efecto tóxico, ideosincrasia, intolerancia).
- ✓ Cantidad y tipo de diluentes y tiempos de administración.
- ✓ Principio activo.
- ✓ Nombre genérico.
- ✓ Nombre comercial.
- ✓ Nombre químico.

Método de unidosis

Este método es muy utilizado en la administración y preparación de medicamentos; constituye un componente de calidad, en busca de la sostenibilidad, eficiencia y efectividad de los sistemas de salud e impacta y reordena el gasto público.



Como tal, es un sistema de distribución de medicamentos en dosis unitarias; además se trata de un método de dispensación y control de la medicación en servicios organizados y coordinados por la farmacia.

El horario de este sistema por lo general se limita a los cinco días de la semana y se toman las provisiones para cubrir los días no hábiles y los fines de semana.

Este sistema posee las siguientes ventajas:

- ✓ Es seguro para el usuario(a).
- ✓ Utiliza más eficientemente los servicios del profesional de farmacia.
- ✓ Entrega a la unidad de enfermería las dosis unitarias para 24 horas.
- ✓ Provee un stock de medicamentos de emergencia a los servicios que así lo requieran.
- ✓ Racionaliza la distribución de la terapia farmacológica.
- ✓ Procura la correcta administración de los medicamentos en términos de horario y dosis.
- ✓ Realiza la correcta coordinación interdepartamental (enfermería y farmacia)
- ✓ Minimiza el tamaño de los inventarios, disminuye el despilfarro por pérdida, deterioro, vencimiento y recuperación de medicamentos no aplicados.
- ✓ Permite efectuar estudios por reacciones adversas e identifica posibles interacciones medicamentosas.
- ✓ Facilita la facturación más exacta de los gastos por medicamentos que realmente se han administrado.
- ✓ Se adapta fácilmente a los procedimientos computarizados.
- ✓ Es utilizado con fines estadísticos de consuno de medicamentos.
- ✓ Lleva control de medicamentos de uso restringido (antibióticos)

Correctos en la administración de tratamiento:

1. Paciente correcto
2. Medicamento correcto
3. Vía correcta
4. Dosis correcta
5. Hora correcta
6. Educación correcta
7. Registro correcto
8. Interacción correcta
9. Conservación y temperatura correcta
10. Velocidad y administración correcta



8.1 Nombre del procedimiento: Preparación y aplicación de medicamentos por vía oral



Imágenes con fines ilustrativos

Definición:

Se refiere a los medicamentos que se aplican por boca o por sonda nasogástrica yeyunostomía, PEG, nasoyeyunal según condición del usuario(a).

Objetivo:

- ✓ Administrar correcta y oportunamente el medicamento con fines terapéuticos por vía oral o por sonda nasogástrica yeyunostomía, PEG, o sonda nasoyeyunal.
- ✓ Valorar el efecto terapéutico del medicamento en el usuario(a).

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Media.

Alta.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Carro para medicamentos o porta copas.
- ✓ Carro de unidosis según disponibilidad.
- ✓ Copas de medicina graduadas estériles o vasos descartables.
- ✓ Medicamentos.
- ✓ Gotero.
- ✓ Tarjeta de medicamentos vía oral.



- ✓ Kardex.
- ✓ Servilletas.
- ✓ Espátulas para mezclar, si fuera necesario.
- ✓ Pichel con agua.
- ✓ Bolsa para descartar.
- ✓ Palangana solución desinfectante (en caso de copas de acero inoxidable).

Preparación del medicamento oral

Actividades

- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Revisar cuidadosamente las tarjetas con Kardex y expediente.
- ✓ Clasificar las tarjetas según horario.
- ✓ Confirmar nombre, número de cama, hora, dosis, vía y medicamento.
- ✓ Seleccionar los medicamentos del botiquín o del carro de unidosis. (Retirar medicamentos que no corresponden)
- ✓ Revisar que el etiquetado del sobre y el nombre del medicamento que contiene corresponda al medicamento.
- ✓ Confirmar la fecha de caducidad del medicamento.
- ✓ Servir el medicamento en la copa de acero inoxidable o vaso desechable evitando el contacto directo.
- ✓ Agitar el frasco antes de servirlo, si el medicamento es líquido.
- ✓ Revisar cuidadosamente que la graduación de la copa contenga la dosis indicada.
- ✓ Evitar derrames del contenido del frasco en la etiqueta.
- ✓ Verter la cantidad indicada del medicamento mediante el uso de una jeringa.
- ✓ Colocar la copa en el carro o en el porta copas con la tarjeta correspondiente.
- ✓ Dejar cerradas con llave las puertas del botiquín o del carro de unidosis.

Principios:

- ✓ Las manos se contaminan fácilmente con una gran variedad de microorganismos y juegan un papel importante en la dispersión de enfermedades.
- ✓ La seguridad del procedimiento depende del cuidado con que se efectúa la selección y la revisión de tarjetas y medicamentos.
- ✓ La revisión estricta previene errores en la preparación del medicamento.
- ✓ Los medicamentos vencidos modifican el efecto terapéutico del medicamento.
- ✓ Una dosis exacta asegura la efectividad del medicamento y previene complicaciones.



- ✓ El rótulo hacia arriba evita manchas en la etiqueta y permite visualizar el nombre del medicamento.
- ✓ El orden facilita el procedimiento y evita errores.
- ✓ Al mantener los medicamentos en un lugar seguro y cerrado se evitan pérdidas de los mismos y se asegura la continuidad del tratamiento.

Administración de medicamento por vía oral

Actividades:

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a), preguntándole el nombre con los dos apellidos y verificando estos datos en la tarjeta.
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Ofrecer al usuario(a) agua u otro líquido, en caso necesario.
- ✓ Administrar el medicamento al usuario(a), por vía oral o por sonda nasogástrica, yeyustomía, PEG, nasoyeyunal.
- ✓ Aplicar los cuidados de administración de alimentación por sonda, en los casos que aplique.
- ✓ Verificar que el usuario(a) haya ingerido el medicamento.
- ✓ Descartar el vaso plástico
- ✓ Registrar la administración del medicamento en la hoja correspondiente del expediente de salud. Anotar en la hoja de medicamentos las iniciales de enfermera(o)
- ✓ No acumular residuos en su área de trabajo.
- ✓ Dar el cuidado posterior al equipo.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos y registrando el efecto terapéutico del mismo.

Principios:

- ✓ El agua y el jabón ayudan a la eliminación de gérmenes presentes en la piel.
- ✓ El equipo completo y en orden ahorra tiempo y energía.
- ✓ La información al usuario(a) sobre los medicamentos a administrar produce que este colabore más.
- ✓ La administración de líquidos ayuda a la deglución del medicamento, la protección de mucosas y hace más agradable la administración del mismo.
- ✓ La comprobación de la deglución del medicamento por parte del usuario(a) asegura su administración
- ✓ La limpieza adecuada del equipo asegura el mantenimiento de los principios, observaciones y puntos claves asépticos y evita infecciones cruzadas.
- ✓ La anotación exacta y amplia permite apreciar la continuidad en la administración de los medicamentos.



Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Omisión de los correctos de medicamentos.

8.2 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía sublingual

Definición:

Es la utilización de sustancias medicamentosas debajo de la lengua para que sean absorbidas a través de la mucosa oral con fines terapéuticos.

Objetivo:

- ✓ Lograr efecto terapéutico de un medicamento a través de la mucosa oral.
- ✓ Verificar el efecto terapéutico del medicamento en el usuario(a).

Niveles de atención:

I, II, III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo

- ✓ Bandeja de acero inoxidable que contenga:
- ✓ Copa de acero inoxidable o desechable.
- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Tarjeta debidamente revisada con el expediente; nombre con dos apellidos.
- ✓ Bolsa de papel.



Aplicación de medicamentos por vía sublingual



Imágenes con fines ilustrativos

Actividades:

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Trasladar el medicamento a la unidad del usuario(a).
- ✓ Verificar que el equipo de paro esté completo y disponible.
- ✓ Identificar al usuario(a) preguntándole el nombre y los dos apellidos; comparar con la tarjeta y dar la instrucción necesaria.
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Registrar los signos vitales antes de administrar el medicamento
- ✓ Colocar el medicamento en la región sublingual si es en presentación de pastilla.
- ✓ Perforar con una aguja estéril si la presentación del medicamento es en cápsula.
- ✓ Exprimir la cápsula permitiendo que el contenido se deposite directamente en la región sublingual.
- ✓ Observar que el usuario(a) mantenga el medicamento bajo la lengua hasta que se disuelva y absorba.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales cada 10 minutos, por una hora como mínimo.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que informe inmediatamente al personal de enfermería, cuando haya cambios en su condición.
- ✓ Registrar en la hoja de medicamentos
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo criterios de calidad y registrando el efecto terapéutico.

Principios:

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) da seguridad al procedimiento y hace que la colaboración sea mayor.
- ✓ El control periódico de signos vitales permite la evaluación de la condición del usuario(a) al efectuar el procedimiento.



- ✓ El control periódico de signos vitales y observación pos tratamiento facilita la detección precoz de reacción anafiláctica.
- ✓ El contar con un equipo completo para la atención de un evento adverso aumenta la calidad de la atención.
- ✓ Cuanto mayor sea la preparación que se le brinde al usuario(a) mayor será la comprensión.
- ✓ La anotación amplia y exacta sobre el tratamiento efectuado mantiene la efectividad del movimiento estadístico del servicio.
- ✓ El valor legal de la nota de enfermería lo define la claridad de esta.

Observaciones:

- ✓ Para la preparación de medicamentos por vía sublingual se deben seguir los mismos pasos que para la preparación de medicamentos por vía oral.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Omisión de los correctos en la administración de tratamiento.
- ✓ Efecto terapéutico inefectivo si el usuario(a) deglute el medicamento.

8.3 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía transmucosa

Definición:

Es el empleo de un preparado farmacológico a nivel de la mucosa oral con fines terapéuticos.

Niveles de atención:

I, II, III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo

- ✓ Bandeja de acero inoxidable que contenga:
- ✓ Copa de acero inoxidable o desechable.
- ✓ Medicamento indicado.



- ✓ Tarjeta debidamente revisada con el expediente; nombre con dos apellidos.
- ✓ Bolsa de papel.

Actividades:

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Trasladar el medicamento a la unidad del usuario(a).
- ✓ Verificar que el equipo de paro esté completo y disponible.
- ✓ Identificar al usuario(a) preguntándole el nombre y los dos apellidos; comparar con la tarjeta y dar la instrucción necesaria.
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Colocar el medicamento en la boca.
- ✓ Observar que el usuario(a) mantenga el medicamento en la boca hasta que se disuelva y absorba.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que informe inmediatamente al personal de enfermería, cuando haya cambios en su condición.
- ✓ Registrar en la hoja de medicamentos
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo criterios de calidad y registrando el efecto terapéutico.

Principios:

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) da seguridad al procedimiento y hace que la colaboración sea mayor.
- ✓ El control periódico de signos vitales y observación pos tratamiento facilita la detección precoz de reacción anafiláctica.
- ✓ El contar con un equipo completo para la atención de un evento adverso aumenta la calidad de la atención.
- ✓ Cuanto mayor sea la preparación que se le brinde al usuario(a) mayor será la comprensión.
- ✓ La anotación amplia y exacta sobre el tratamiento efectuado mantiene la efectividad del movimiento estadístico del servicio.
- ✓ El valor legal de la nota de enfermería lo define la claridad de esta.

Observaciones:

Los medicamentos vía transmucosa, se administran siguiendo los mismos pasos que por vía oral, solo que se le indica al usuario(a) que no deglute el medicamento, que se lo deje en la boca entre los carrillos de las encías y las mejillas para lograr el efecto deseado.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Omisión de los correctos en la administración de tratamiento.
- ✓ Efecto terapéutico inefectivo si el usuario(a) deglute el medicamento.



8.4 Nombre del procedimiento: Preparación y aplicación de medicamentos por vía intradérmica

Definición:

Aplicación de medicamentos en la capa intradérmica con fines terapéuticos.

Objetivo:

Lograr efecto terapéutico deseado.

Niveles de atención:

I, II, III.

Nivel de complejidad:

Alto

Medio

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo

- ✓ Tarjetas de medicamentos debidamente revisadas con expediente y Kardex.
- ✓ Azafate.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Torundas de algodón
- ✓ Frasco con jabón
- ✓ Frasco con agua.
- ✓ Jeringa de un CC graduada en décimas y milésimas.
- ✓ Aguja de media pulgada de longitud con un grosor de 26 a 28 G.
- ✓ Bolsa para descartar desechos
- ✓ Recipiente para punzocortantes.

Preparación de medicamentos intradérmicos



Imágenes con fines ilustrativos

Actividades

- ✓ Verificar la indicación médica revisando el expediente de salud, el Kardex y la tarjeta de medicamentos
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Verificar el nombre del medicamento en la etiqueta
- ✓ Limpiar el frasco o ampolla con torunda de algodón con alcohol.
- ✓ Cargar la solución en la jeringa.
- ✓ En el caso de ampolla: colocar una gasa alrededor del cuello golpear con la uña la parte superior; con la mano no dominante sujetar la ampolla y con el dedo pulgar e índice de la otra mano traccionar la parte superior hacia atrás en la línea de quiebre para retirar el cuello; inclinar ligeramente la ampolla y extraer el fármaco con la jeringa.
- ✓ Si es vial: si es necesario adaptar a la jeringa una aguja número 18_G para cargar; sin retirar el protector de la aguja, cargar el volumen de aire equivalente al volumen de medicamento a extraer; inyectar el aire en el vial y extraer la cantidad de medicamento.
- ✓ Identificar al usuario(a) con nombre y dos apellidos y verificar con la tarjeta de medicamento.
- ✓ Trasladar el equipo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Identificar el sitio anatómico y limpiarlo con algodón y solución indicada.
- ✓ Alisar la piel con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante e introducir la aguja en ángulo de 10 a 15 grados.
- ✓ Aplicar la dosis del fármaco, verificando la formación de una pequeña pápula.



- ✓ Retirar la aguja y colocar una torunda de algodón y presionar ligeramente. Solicitar al usuario(a) que informe cualquier malestar.
- ✓ Observar al usuario(a) por posible reacción sistémica (ejemplo: dificultad respiratoria) o local.
- ✓ Descartar los desechos según normas institucionales para el Programa de infecciones Hospitalarias y Manual de Desechos Sólidos Biológicos Intrahospitalarias.
- ✓ Anotar el medicamento administrado en la hoja de medicamentos.
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos y los efectos terapéuticos del fármaco.

Principios.

- ✓ El revisar cuidadosamente la indicación médica y la identificación del usuario(a) previene los efectos adversos.
- ✓ Ayuda a conservar el medicamento libre de contaminación.
- ✓ Efectuar la higiene de manos evita las infecciones intrahospitalarias.
- ✓ El conocimiento del procedimiento facilita su realización.
- ✓ La introducción de aire en el frasco establece un vacío dentro del mismo y facilita la extracción del medicamento.
- ✓ El usuario(a) coopera y acepta el tratamiento si antes se le ha dado una explicación.
- ✓ La comprensión del procedimiento por parte del usuario(a) evita que se rasque e interfiera con el resultado.
- ✓ El tener a mano un equipo de emergencia aumenta la calidad de la atención.
- ✓ El descartar los desechos según normas promueve la armonía del hombre con la naturaleza y previene infecciones intra y extra hospitalarias.
- ✓ Con la higiene de manos se disminuye considerablemente la diseminación de los microorganismos causantes de enfermedad.
- ✓ Las notas de enfermería constituyen una base legal del quehacer de Enfermería en la gestión del cuidado del paciente.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Omisión de los correctos.
- ✓ Infección local.
- ✓ Fibrosis.
- ✓ Inoculación no intradérmica.



8.5 Nombre del procedimiento: Prueba de sensibilidad a la penicilina

Definición:

Es una prueba control que se aplica a las personas para detectar sensibilidad a la penicilina.

Objetivo:

Detectar hipersensibilidad a la penicilina y sus derivados.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alta.
- ✓ Media.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Azafate.
- ✓ Un frasco de un millón de unidades de penicilina G sódica.
- ✓ Una bolsa de 100 ml de suero fisiológico.
- ✓ Un frasco de torundas de algodón seco.
- ✓ Receta médica con indicación y/o expediente del usuario(a).
- ✓ Jeringas de insulina o tuberculina.
- ✓ Una jeringa de 10 cc.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Jabón líquido antiséptico
- ✓ Contenedor para descartar punzocortantes.

Procedimiento para la preparación de la prueba de penicilina ³

- ✓ Verificar la indicación en expediente de salud o receta médica
- ✓ Lavarse las manos.

³ Fuente: Procedimiento para preparar la disolución y realizar la prueba intradérmica de sensibilidad a penicilina , Oficio CCF 3656-08-13. Sujeto a modificaciones por Comité Central de Farmacoterapia.



- ✓ Verificar que el frasco sea de bencilpenicilina sódica o potásica de 1.000.000 de unidades (penicilina sódica o potásica cristalina).
- ✓ Retirar la parte perforada de la tapa metálica del vial y seguir los cuidados descritos anteriormente para su uso.
- ✓ Limpiar la superficie de látex con algodón con alcohol.
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Solicitar al usuario(a) información sobre antecedentes de reacciones alérgicas a antibióticos u otros medicamentos
- ✓ Identificar el sitio anatómico en la cara anterior de ambos antebrazos.
- ✓ Limpiar el área con agua y jabón.

Procedimiento para preparar la disolución y realizar la prueba intradérmica de sensibilidad a penicilina.

A. Disolución

La solución debe prepararse cada día y almacenarse en refrigeración a 2-8 °C.

1. Disolver un frasco de bencilpenicilina sódica o potásica de 1.000.000 de unidades (penicilina sódica o potásica cristalina) con 5 ml de agua estéril para inyección.
2. Al disolver el frasco se obtiene una concentración de 200.000 unidades/ml.
3. Tomar un suero fisiológico de 100 ml y extraer 1 ml de este suero.
4. Descartar este ml del suero fisiológico.
5. Del frasco de Penicilina Sódica ya disuelto extraer 1 ml o sea 200.000 unidades/ml
6. Inyectar ese ml con las 200.000 unidades al suero fisiológico al que se le extrajo 1mL. (punto 3), para obtener una dilución final de 2.000 unidades/1 ml.
7. Agítase bien el suero fisiológico al que se le agrego la penicilina.
8. Extraer 0.1 ml de la dilución final, con 200 unidades de Penicilina Sódica.
9. Aplicar por vía intradérmica esa décima (0.1 ml) al usuario (a) para la prueba respectiva.

Así se obtiene 200.000 UI en 100 ml →2.000 UI en cada mL →200 UI en 0.1 mL

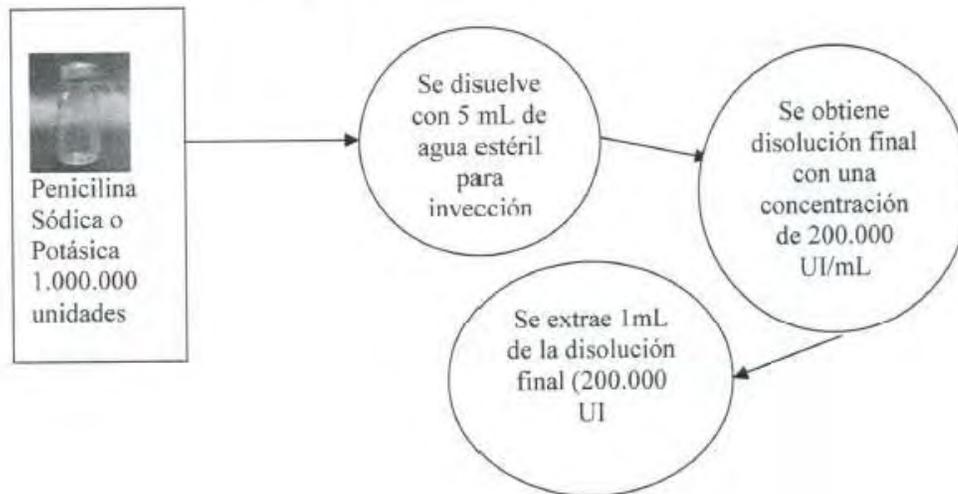
En concordancia con el Uso Racional de Medicamentos, debe hacerse la reconstitución con la presentación de 100 mL de solución salina. No obstante, cuando no se dispone de bolsas de 100 mL, si solo cuenta con la Solución NaCl 0.9% en bolsa de 250 mL o de 500 mL, dado que se mantiene el requerimiento de usar 100 mL para preparar la disolución de la penicilina, se debe descartar el



volumen adicional hasta quedar con solo 100 mL en la bolsa y proceder como está descrito previamente. (Ver esquema)

Paso 1: Disolución Penicilina 1.000 unidades

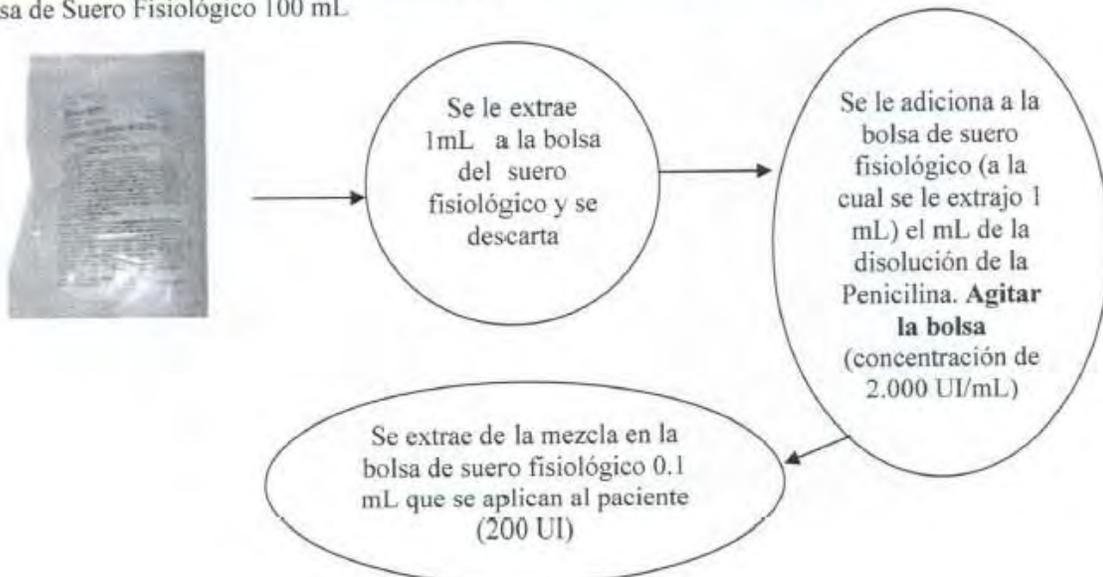
Paso 1: Disolución Penicilina 1.000 unidades



Paso 2: Preparación de la solución para la prueba de sensibilidad:

Paso 2: Preparación de la solución para la prueba de sensibilidad:

Bolsa de Suero Fisiológico 100 mL





B. PROCEDIMIENTO DE APLICACIÓN:

Para realizar la prueba intradérmica al usuario (por Enfermería):

1. Disponer de jeringas de 1 ml.
2. Aplicar por vía intradérmica en cara ventral del antebrazo:
 - **0.1 mL** (200 UI) de la disolución de la penicilina.
 - control con **0.1 mL** de solución fisiológica.
3. Marcar un área de 2,5 cm en forma circular alrededor de las punzadas para identificar el área de lectura y anotar la hora sobre la piel.
4. Solicitar al usuario(a) que espere de 10 15 minutos y se presente con el médico correspondiente para la lectura de la prueba.
5. Solicitar al usuario(a) permanecer en la unidad o cerca del área de inyectables, en caso de clínicas periféricas o EBAIS, para la observación de posibles efectos secundarios.
6. Verificar en la receta o expediente de salud el registro médico del resultado de la prueba. Si la prueba es negativa proceder con la aplicación del tratamiento prescrito.
7. Realizar el registro de enfermería según criterios de calidad establecidos.

LECTURA DE LA PRUEBA: Para lectura (por el médico prescriptor, en su ausencia por el *Médico Jefe de la Consulta Externa* o el *Jefe o Encargado de Emergencias*).

Tras 10-15 minutos de la aplicación, se mide el área de la roncha y del eritema (en mm) de ambos sitios; registrar el resultado en el expediente clínico.

Todos los usuarios a quienes les indiquen la prueba cutánea con penicilina deben ser informados clara y ampliamente por los profesionales en salud sobre los riesgos, el procedimiento de la prueba, lo que la prueba evalúa (reacción inmediata mediada por IgE) y advertidos de que aún en las condiciones más óptimas, no están exentos de evidenciar resultados falsos positivos ni falsos negativos.

Nota: Esta solución es estable por 24 horas, por lo tanto al prepararla debe de anotarse la fecha (dd-mm) y la hora de preparación. Después de 24 horas debe descartarse.

Principios:

- ✓ El análisis de la indicación previene errores.
- ✓ El cumplimiento de las técnicas de asepsia previene la diseminación de microorganismos.



- ✓ La concentración correcta de penicilina es esencial para un procedimiento seguro.
- ✓ La dilución correcta es esencial para el procedimiento correcto.
- ✓ La rotulación previene errores y desperdicio.
- ✓ Mantener equipo de paro cardiorrespiratorio.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Reacción anafiláctica.
- ✓ Infección.
- ✓ Necrosis de tejidos local.
- ✓ Falso positivo o negativo.

8.6 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía subcutánea

Definición:

Es la aplicación de un producto farmacológico en el tejido subcutáneo con fines terapéuticos.

Objetivos:

- ✓ Lograr el efecto terapéutico mediante el tejido subcutáneo.
- ✓ Evaluar el resultado terapéutico.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Medio

Alto

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de Enfermería y del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería, bajo la supervisión de Profesional de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Tarjeta de medicamento, debidamente revisada con Kardex y expediente.
- ✓ Azafate.
- ✓ Frasco con agua estéril.
- ✓ Frasco con jabón, según el caso.



- ✓ Torundas de algodón seco.
- ✓ Jeringa de un cc, graduada en unidades (jeringa de insulina).
- ✓ Aguja de media pulgada de longitud con un grosor de 25 – 26 – 27 G.
- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Bolsa para descartar.
- ✓ Contenedor para descartar punzocortantes.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación en el expediente de salud, receta médica y/o Kardex
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el medicamento siguiendo los 10 correctos
- ✓ Proporcionar al usuario(a) un ambiente de privacidad con biombos o cortinas.
- ✓ Identificar y solicitar información al usuario(a) sobre alergia al medicamento y pedir su consentimiento.
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Seleccionar el sitio anatómico deltoides o área peri umbilical en el abdomen u otros sitios alternativos o según protocolo y aplicar el antiséptico.
- ✓ Aplicar el medicamento indicado cumpliendo con los correctos en la administración de medicamentos.
- ✓ Deslizar los dedos pulgar e índice de la mano no dominante sobre el sitio anatómico. creando un área aproximada de 2.5 cm.
- ✓ Insertar la aguja en ángulo de 45 grados si la persona es delgada y en ángulo de 90 grados si la persona es gruesa, con la mano dominante.
- ✓ Aspirar con el émbolo y observar la jeringa por si hay retorno de sangre.
- ✓ Si hay retorno de sangre, no aplicar el medicamento; descartarlo y prepararlo nuevamente.
- ✓ Administrar el fármaco en forma lenta.
- ✓ Observar si hay formación de hematoma.
- ✓ Descartar el material según normas institucionales para la PIIH y MDSBI.
- ✓ Aplicar vendaje adhesivo si es necesario.
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos

Principios:

- ✓ La identificación de los antecedentes de alergia al medicamento anticipa el posible efecto del mismo.
- ✓ El lavado de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ El cumplir con la norma de los correctos en la administración de medicamentos previene efectos adversos.
- ✓ Un ambiente con adecuada privacidad preserva los derechos del individuo.



- ✓ La selección correcta del área de punción facilita la absorción del medicamento.
- ✓ La limpieza del área previene la invasión de microorganismos al tejido a través de la aguja
- ✓ El conocimiento previo del medicamento que se va a administrar aumenta el porcentaje de la calidad en la atención y previene lesiones.
- ✓ La seguridad al realizar el procedimiento facilita la aplicación del medicamento y confirma que el medicamento está en la vía correcta.
- ✓ El punto de inserción de la aguja es una vía de entrada de microorganismos.
- ✓ El lavado de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ Las notas de enfermería evidencian el cuidado de enfermería durante las 24 horas y constituyen una base legal.

Riesgos relacionados al procedimiento:

- ✓ Falla terapéutica por absorción no adecuada.
- ✓ Omisión de correctos.

8.7 Nombre del procedimiento: Aplicación de medicamentos por vía intramuscular.

Definición:

Es la aplicación de un medicamento en el tejido muscular con fines terapéuticos.

Objetivos:

Lograr un efecto terapéutico por absorción muscular.

Niveles de atención:

II, III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Tarjeta de medicamento debidamente revisada con Kardex y expediente de salud.
- ✓ Azafate.



- ✓ Solución antiséptica
- ✓ Frasco con torundas de algodón.
- ✓ Medicamento que se va a administrar.
- ✓ Jeringa de 2 a 10 cc según se requiera
- ✓ Aguja de 1 pulgada de longitud y un grosor de 23 a 25 G para niños y de una y media (1 ½) pulgada de longitud y un grosor de 21 a 22 G para adultos.
- ✓ Bolsa para descartar.
- ✓ Contenedor para descartar punzocortantes.

Actividades

- ✓ Realizar la higiene de las manos.
- ✓ Llevar el medicamento preparado a la unidad.
- ✓ Asegurarse de llevar el equipo completo.
- ✓ Proporcionar privacidad con biombos o cortinas.
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Identificar el sitio anatómico para la punción de acuerdo a la edad del usuario(a) (cuadrante superior externo del glúteo, cara anterior del muslo y en el deltoides cuatro dedos por debajo del acromion de la escápula y dos dedos superior del surco del deltoides)
- ✓ Solicitarle que descubra el área a puncionar o asista al usuario.
- ✓ Solicitar y/o ayudar al usuario(a) a colocarse en posición decúbito ventral con los brazos flexionados a nivel de la cabeza para que la apoye sobre alguno de ellos, lateralizada, si el sitio anatómico seleccionado es el glúteo. Si el sitio seleccionado es el deltoides o muslo, en posición sentada o supina.
- ✓ Limpiar el área en forma de espiral del centro a la periferia
- ✓ Deslizar en sentido opuesto los dedos pulgar e índice de la mano no dominante formando una V en el sitio anatómico elegido, dejando un área de 7 cm. No tocar el área que se desinfectó previamente
- ✓ Insertar la aguja con la mano dominante en ángulo de 90 grados. (Usar aguja de una pulgada para niños y de una pulgada y media para adultos.)
- ✓ Acercar los dedos pulgar e índice de la mano no dominante y sostener el pabellón de la aguja, sin obstruir la visibilidad en el paso del medicamento.
- ✓ Aspirar con el émbolo y observar que haya retorno de sangre.
- ✓ Descartar el medicamento y prepararlo nuevamente si se visualiza retorno de sangre. En caso contrario, administrar el fármaco en forma lenta y suave.
- ✓ Retirar la aguja en el mismo ángulo de 90 grados en que la introdujo.
- ✓ Aplicar presión con una torunda de algodón seco en el sitio de punción durante 2 minutos.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo criterios de calidad y efectos terapéuticos.



Principios:

- ✓ La aplicación de los principios y prácticas de asepsia evita las infecciones intrahospitalarias.
- ✓ El material completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ El proveer al usuario(a) de un ambiente privado, promueve el respeto de sus derechos.
- ✓ El seleccionar el área correctamente requiere de conocimientos de anatomía.
- ✓ La posición correcta evita traumatismos al usuario(a).
- ✓ El conocer la técnica de la limpieza del área aplicando el principio de lo más limpio a lo más sucio previene infecciones.
- ✓ Los microorganismos presentes en la piel pueden ser introducidos en el tejido por medio de la aguja.
- ✓ El realizar correctamente el procedimiento ayuda a la buena absorción del medicamento.



Imágenes con fines ilustrativos

Observaciones:

- ✓ Si se obtiene sangre al aspirar después de la punción, retirar la aguja, descartar el medicamento e iniciar el procedimiento de nuevo.
- ✓ El cuidado registrado es la evidencia del mismo.

Riesgos relacionados al procedimiento:

- ✓ Errores por omisión de los correctos.
- ✓ Abscesos locales.
- ✓ Invasión al sistema circulatorio



8.8 Nombre del procedimiento: Técnica “Z” para inyecciones intramusculares

Definición:

Técnica utilizada para evitar el retorno y favorecer la absorción de un medicamento aplicado en el tejido muscular.

Objetivos:

- ✓ Favorecer la absorción de una sustancia medicamentosa en el tejido muscular.
- ✓ Evitar el vaciamiento retrógrado del medicamento hacia el tejido subcutáneo, epidermis y dermis.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto y medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Frasco con agua
- ✓ Frasco con jabón.
- ✓ Torundas de algodón seco.
- ✓ Azafate.
- ✓ Tarjeta de medicamentos debidamente revisada con el expediente o receta chequeada en farmacia si el escenario es un EBAIS.
- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Bolsa para descartar.
- ✓ Jeringa hipodérmica calibre 21o 22 por 2.5 de largo.

Actividades

- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Preparar el medicamento según descripción de la preparación del medicamento por vía intramuscular.
- ✓ Colocar la jeringa en el azafate con el resto del equipo y trasladarse a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a).



- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Solicitar el consentimiento al usuario(a) para aplicarle el medicamento.
- ✓ Observar el ambiente de privacidad para administrarle el medicamento al usuario(a).
- ✓ Solicitar y/o ayudar al usuario(a) a colocarse en posición decúbito ventral con los brazos flexionados a nivel de la cabeza para que la apoye sobre alguno de ellos, lateralizada, si el sitio anatómico seleccionado es el glúteo. Si el sitio seleccionado es el deltoides o el muslo, en posición sentada o supina.
- ✓ Identificar el área (cuadrante superior externo del glúteo y niños mayores de dos años).
- ✓ Desinfectar la piel del área identificada.
- ✓ Colocar los dedos índice y pulgar en línea recta sobre el área seleccionada para inyectar.
- ✓ Presionar y desplazar los dedos por lo menos 2.5 cm hasta formar un plano similar a la letra Z.
- ✓ Insertar la aguja en el centro de la Z con un ángulo de 90 grados y mantener los dedos índice y pulgar en la posición descrita.
- ✓ Jalar el émbolo de la jeringa para cerciorarse de que la aguja no esté dentro de un vaso sanguíneo.
- ✓ Introducir toda la medicación; esperar 10 segundos para liberar la aguja.
- ✓ Retirar la aguja lentamente.
- ✓ Retirar los dedos del área inyectada.
- ✓ Hacer presión y no masajear en el área inyectada con una torunda de algodón por unos 30 segundos
- ✓ Revisar el sitio de punción 15 y 30 minutos después de la inyección para detectar complicaciones.
- ✓ Anotar la medicación administrada en la hoja de control de medicamentos
- ✓ Brindar el cuidado posterior al equipo, de acuerdo con las Normas Institucionales para el Manejo de los Desechos Sólidos y Prevención de Infecciones.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad pre-establecidos.

Principios:

- ✓ La identificación e instrucción del usuario(a) disminuye la ansiedad y da seguridad al procedimiento
- ✓ La privacidad da confianza y seguridad al usuario(a).
- ✓ Se debe proporcionar un ambiente de respeto.
- ✓ La selección adecuada del área evita la punción de terminaciones nerviosas y facilita la absorción del medicamento.
- ✓ El reconocimiento de los puntos de referencia requiere sólidos conocimientos de anatomía.



- ✓ Los microorganismos presentes en la piel pueden ser introducidos en el tejido por medio de la aguja
- ✓ La selección y posición del área a puncionar da efectividad al tratamiento y evita traumatismos al usuario(a).
- ✓ El mantener los dedos en el plano mencionado permite la correcta aplicación del medicamento.
- ✓ El mantener la aguja durante 10 segundos en el punto de inserción permite el sellado, evitando el retorno a tejido subcutáneo.
- ✓ El masaje destruye la acción de medicamentos.
- ✓ El Descartar de desechos según normas favorece la armonía del hombre con la naturaleza.
- ✓ La nota de enfermería asegura continuidad del tratamiento y constituye una base legal.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Dolor
- ✓ Aplicación de técnica incorrecta.
- ✓ Infección local.
- ✓ Omisión de correctos.

8.9 Nombre del procedimiento: Preparación de la medicación a partir de un frasco o ampolla

Definición:

Es la preparación de la dilución de un medicamento de acuerdo con las especificaciones del fabricante para ser aplicadas al usuario(a) con fines terapéuticos.

Objetivos:

- ✓ Diluir correctamente el medicamento.
- ✓ Obtener la concentración del medicamento según lo requerido.

Niveles de atención:

- ✓ I - II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.



- ✓ Estudiante de Enfermería y del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Tarjeta de medicamento debidamente revisada con Kardex y expediente de salud.
- ✓ Azafate.
- ✓ Torundas de algodón seco.
- ✓ Frasco con agua
- ✓ Frasco con jabón.
- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Jeringas según volumen necesario.
- ✓ Agujas de 18 G 20 G para diluir, extraer y hacer la transferencia del medicamento.
- ✓ Agua estéril para la primera dilución (frasco de polvo liofilizado).
- ✓ Solución para diluir (suero salino al 0.9%, glucosada al 5%).
- ✓ Equipo de enclisis, (conexión de suero) si es una infusión intravenosa.
- ✓ Medicamentos: ampolla o frasco con tapón de hule y tapa metálica.
- ✓ Bolsa para descartar.

Actividades:

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a)
- ✓ Verificar la indicación médica
- ✓ Higiene de las manos
- ✓ Preparar el equipo.
- ✓ Verificar el tipo de medicamento según etiqueta del frasco o ampolla y con la tarjeta que identifica el medicamento para el usuario(a).
- ✓ Efectuar los cálculos por regla de tres, para la dosis indicada
- ✓ Preparar la dosis de acuerdo a los siguiendo pasos:

Si el medicamento viene en un frasco:

- Retirar la cubierta metálica y delgada que sella la parte superior del frasco.
- Limpiar con un algodón con alcohol el tapón de goma que cierra herméticamente el frasco.
- Diluir el medicamento si la presentación viene en polvo, con la solución indicada según especificaciones de la casa fabricante, si el medicamento viene diluido, aplicar según la indicación médica.
- Agitar suavemente el frasco para facilitar la dilución del medicamento.
- Cargar la dosis indicada en la jeringa.



- Rotular con material adhesivo el medicamento preparado con: número de cama, y nombre del medicamento contenido en la bolsita, bolsa o jeringa.
- Adjuntar la tarjeta que identifica el medicamento y al usuario(a), a la jeringa o a la solución.
- Mantener la esterilidad de la jeringa y su aguja durante todo el procedimiento.

Si el medicamento viene en ampolla:

- Sostener la ampolla, percuta con suavidad el cuello de la ampolla con los dedos.
 - Sujetar el cuerpo de la ampolla con la mano no dominante.
 - Colocar con la mano dominante un algodón alrededor del cuello de la ampolla.
 - Localizar el punto para la quiebra de la parte superior de la ampolla.
 - Presionar con los dedos de la mano dominante hacia el lado contrario donde está el punto de quiebra.
 - Estirar los brazos lejos de su cuerpo y de los ojos.
 - Con un movimiento rápido de sacudida de la muñeca de la mano dominante, rompa la porción superior de la ampolla.
 - Descartar la parte superior de la ampolla, siguiendo las normas institucionales sobre el manejo de los punzo cortantes.
- ✓ Retirar el cobertor de la aguja
 - ✓ Retirar la jeringa del empaque estéril
 - ✓ Colocar la aguja en la jeringa (si no viene incluida).
 - ✓ Verificar que la jeringa no tenga aire.
 - ✓ Extraer la dosis del contenido de la ampolla sin que la aguja toque los bordes ni el fondo de la ampolla.
 - ✓ Descartar la ampolla vacía en forma inmediata siguiendo las normas institucionales sobre el manejo de los punzocortantes.
 - ✓ Verificar el contenido de la jeringa y elimine el aire:
 - ✓ Sostener la jeringa verticalmente (con la aguja dirigida hacia arriba protegida con el cobertor.)
 - ✓ Tirar ligeramente hacia atrás el émbolo y percutir la jeringa con los dedos.
 - ✓ Empujar lentamente el émbolo hacia arriba para liberar el aire por la aguja.

Si se debe diluir el contenido de la ampolla:

- ✓ Cargar en la jeringa la cantidad de diluyente indicado
- ✓ Luego cargar la cantidad del medicamento directamente de la ampolla
- ✓ Ordenar los medicamentos preparados y correctamente identificados con la tarjeta, en el azafate. (Orden sucesivo ascendente: 1-2-3-4-...)
- ✓ Agregar el resto del equipo (algodón, alcohol).
- ✓ Lavarse las manos.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

- ✓ Dirigirse a la unidad del usuario(a) (a).
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a).
- ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento.
- ✓ Revisar la tarjeta cuidadosamente con el nombre y los dos apellidos.
- ✓ Administrar los medicamentos al usuario(a).
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos

Principios:

- ✓ El análisis de las indicaciones y del expediente de salud previene errores en la administración del medicamento.
- ✓ La seguridad del procedimiento depende del cuidado con que se efectúa la selección, revisión de tarjetas y medicamentos.
- ✓ La dosis del medicamento realizada mediante cálculos matemáticos, asegura la dosis exacta.
- ✓ La identificación e instrucción sobre el procedimiento previene errores y se obtiene la colaboración
- ✓ Los registros claros y concisos contribuyen a la continuidad del tratamiento del usuario(a).

Observaciones:

- ✓ La higiene de manos es una actividad de primer orden en el acto de enfermería.
- ✓ Los medicamentos para ser preparados por vía parenteral vienen en frascos con polvo liofilizado o en ampollas.
- ✓ Su preparación y administración se lleva a cabo según recomendaciones del fabricante y normas del comité de farmacoterapia.
- ✓ El diluyente universal para el polvo liofilizado es el agua estéril.

Riesgo relacionado al procedimiento:

- ✓ Dosis incorrecta e incompleta.
- ✓ Diluyentes incorrectos.



8.10 Nombre del procedimiento: Canalización de vía periférica

Definición:

Es el acto de canalizar un vaso venoso para la aplicación de preparados farmacológicos que contribuyan a la recuperación de salud, con fines diagnósticos y otros del usuario(a).

Objetivos:

- ✓ Mantener el balance hidroelectrolítico del usuario(a) (en caso de deshidratación, hipertensión o sangrado digestivo alto).
- ✓ Mantener nivel sanguíneo de determinadas sustancias (antibióticos).
- ✓ Facilitar el ingreso de sustancias vitales sin lesionar el endotelio vascular.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto, medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería y del Programa de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Azafate o carro de tomar vías.
- ✓ Solución indicada debidamente rotulada (tarjeta con nombre del usuario(a), frecuencia, goteo y hora).
- ✓ Conexión descartable de suero para soluciones.
- ✓ Equipo para canalización de vía venosa periférica (riñón pequeño con torundas de gasa y pinza mosquito).
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Material adhesivo para fijar las vías.
- ✓ Torniquete.
- ✓ Angiocarth o intracarth.
- ✓ Soporte portátil para soluciones
- ✓ Un par de guantes limpios
- ✓ Frasco con agua estéril.
- ✓ Frasco con jabón antiséptico (clorhexidina al 4 %)
- ✓ Bolsa plástica para desechar (bolsa externa de la solución).
- ✓ Jeringa de 10 ml con suero fisiológico para probar la vía.



Actividades

- ✓ Revisar el expediente del usuario(a).
- ✓ Verificar cuidadosamente la indicación médica.
- ✓ Preparar el equipo necesario en un azafate de acero inoxidable o en carro de tomar vías.
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Identificar al usuario(a)
- ✓ Solicitar el consentimiento e instruir al usuario(a)
- ✓ Insertar la espiga de cuenta gotas de la conexión a la solución indicada, conservando la esterilidad.
- ✓ Colocar la solución el soporte portátil.
- ✓ Abrir la llave de la conexión hasta eliminar el aire descartando en la bolsa plástica.
- ✓ Preparar el material para fijar la vía venosa periférica.
- ✓ Dejar listo el material adhesivo.
- ✓ Abrir el equipo para canalizar la vía venosa periférica.
- ✓ Verter la solución antiséptica en la copa.
- ✓ Colocar con la pinza las torundas en el riñón.
- ✓ Identificar el sitio de punción
- ✓ Revisar que no haya fístula arteriovenosa, mastectomías, secuelas de accidente cerebro vascular.
- ✓ Colocar el torniquete unos 5 cm arriba del sitio a puncionar.
- ✓ Limpiar el área a puncionar con el jabón antiséptico, utilizando la pinza y las con torundas de gasa, en el siguiente orden: jabón, agua y secar.
- ✓ Colocarse los guantes
- ✓ Solicitar al usuario(a) que cierre el puño.
- ✓ Puncionar la vena manteniendo el bisel del angiocarh hacia arriba y en sentido ascendente, distal a proximal. En los miembros superiores, las venas cefálica y basílica y sus ramificaciones.
- ✓ Verificar la presencia de sangre fluyendo a través del angiocarh.
- ✓ Retirar suavemente el mandril
- ✓ Adaptar la conexión de la solución al angiocarh, manteniendo la esterilidad.
- ✓ Regular el goteo si tiene solución indicada para un número de horas.
- ✓ Fijar el angiocarh a la piel del usuario(a) con las cintas adhesivas.
- ✓ Si es un medicamento directo, introducirlo lentamente y observar la reacción al mismo.
- ✓ Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, de acuerdo con las normas para el manejo de desechos bioinfecciosos y prevención de infecciones.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos



Principios:

- ✓ El equipo completo y ordenado facilita la destreza manual y evita pérdida de tiempo y energía, y da seguridad al usuario(a).
- ✓ La higiene de manos remueve la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ La identificación del usuario(a) previene efectos adversos.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre el procedimiento a realizarle le producirá a la persona usuaria mayor seguridad.
- ✓ La fijación correcta evita punciones innecesarias.
- ✓ La limpieza adecuada del equipo asegura su conservación
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para el registro de la evolución del usuario(a) y ayudan a la afectividad del tratamiento; además, aseguran continuidad del tratamiento y constituyen una base legal.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Extravasación.
- ✓ Formación de hematomas.
- ✓ Invasión microbiana al torrente sanguíneo.
- ✓ Dolor intenso por repetidas punciones.

8.11 Nombre del procedimiento: Canalización de vía periférica y adaptación del sello de heparina.



Imágenes con fines ilustrativos

Definición:

El sello de heparina es un circuito cerrado que consiste en la adaptación de tapón de poliuretano a la vía venosa, por medio del cual se inyecta una solución heparinizada.

El sello de heparina es un sello estéril heparinizado para cierre temporal de cánula intravenosa y administración de medicamentos a intervalos regulares, con membrana resistente a múltiples punciones y rosca para su adaptación al catéter de la vía central o de la vía periférica.

Su presentación es en un sobre individual, listo para su uso.



Objetivo:

- ✓ Mantener las vías periféricas y el catéter central permeables para la aplicación de medicamentos por vía intravenosa.
- ✓ Lograr que una vía periférica prolongue su efectividad.
- ✓ Proporcionar una atención de calidad al usuario(a).

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto.

Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de Enfermería.
- ✓ Estudiante de Enfermería y del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Dispositivo denominado “Sello de Heparina”
- ✓ Jabón antiséptico clorhexidina al 4%
- ✓ Agua estéril y /o alcohol.
- ✓ Solución salina heparinizada.
- ✓ Torunda de algodón estéril.
- ✓ Jeringa de 2 ml
- ✓ Bolsa plástica.

Actividades

- ✓ Preparar la solución heparinizada.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del usuario(a)
- ✓ Identificar, instruir y solicitar consentimiento al usuario(a).
- ✓ Canalizar la vía venosa periférica según procedimiento establecido.
- ✓ Adaptar el dispositivo denominado “Sello de heparina” al catéter endovenoso.
- ✓ Si ya tiene colocado el sello de heparina, limpiar con agua, y jabón, agua y alcohol antes de administrar el medicamento.
- ✓ Aplicar 0.4 ml. de solución salina heparinizada y sellar con el tapón de hule o de la peri craneal que se ha mantenido en un campo estéril. Revisar la cantidad de unidades a administrar.



- ✓ Si el usuario(a) ya tiene colocado el dispositivo “Sello de heparina” desinfectar el tapón con solución de alcohol y/o jabón y agua) antes de aplicar los medicamentos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, y descartar lo sucio según normativa de desechos sólidos.
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Hacer el registro de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios:

- ✓ Un buen lavado de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ Un equipo completo y en orden ahorra tiempo y asegura el procedimiento.
- ✓ La identificación adecuada favorece la seguridad del usuario(a).
- ✓ La instrucción contribuye a la seguridad; le da oportunidad de formular preguntas y expresar sus ideas.
- ✓ La visualización del área asegura el procedimiento.
- ✓ El torniquete se usa para retirar circulación venosa retrógrada haciendo más visibles las venas.
- ✓ El confort al usuario(a) le proporciona seguridad.
- ✓ El cuidado del material favorece su conservación.
- ✓ Descartar el material sucio en el lugar indicado disminuye la diseminación de microorganismos
- ✓ Las anotaciones de enfermería orientan sobre la evolución del usuario(a) y favorecen la continuidad del mismo.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Hematomas
- ✓ Sangrados
- ✓ Dolor
- ✓ Infección en sitio de punción

8.12 Nombre del procedimiento: Preparación y administración de medicamentos y soluciones endovenosas

Definición:

Es la aplicación de preparados farmacológicos mediante la utilización de una vía intravenosa con fines terapéuticos.

Objetivos:

- ✓ Realizar la canalización de un vaso venoso, con fines diagnósticos y terapéuticos.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.311014

- ✓ Aplicar sustancias medicamentosas o nutritivas según requiera el usuario(a).
- ✓ Aumentar el volumen circulante en caso de hemorragia, shock y colapso.
- ✓ Ayudar al organismo a eliminar toxinas en usuarios(as) con sintomatología de intoxicación.
- ✓ Corregir el balance hidro-electrolítico en caso de deshidratación.

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de Enfermería y del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Azafate de acero inoxidable:
- ✓ Solución indicada.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Tarjeta de suero, si es una solución.
- ✓ Tarjeta de medicamento intravenoso, si es un medicamento intravenoso(tarjeta rosada)
- ✓ Jeringa y agujas.
- ✓ Conexión de suero.
- ✓ Material adhesivo, para fija vía.
- ✓ Recipiente con algodón.
- ✓ Colocar el torniquete y visualice la vía
- ✓ Jabón antiséptico.
- ✓ Bolsa plástica para el Descartar de residuos, según norma.
- ✓ Contenedor para descartar agujas y/o guía de metal del angiocarh.
- ✓ Equipo de toma de vía o limpieza de área (riñón pequeño pinza mosquito pequeña, copa de acero inoxidable y torundas de gasa.
- ✓ Guantes estériles.

Actividades

- ✓ Revisar indicación en expediente de salud
- ✓ Completar la tarjeta de solución con todos los datos requeridos
- ✓ Reunir el equipo completo en un azafate y/o carro de tomar vías



- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Verificar la solución y medicamentos contra la tarjeta
- ✓ Desinfectar los tapones de la solución y los medicamentos con (agua, jabón, agua, alcohol y secado,)
- ✓ Adaptar la conexión a la bolsa de suero con la llave cerrada.
- ✓ Abrir la llave de la conexión hasta eliminar el aire en recipiente descartable.
- ✓ Cargar en una jeringa la dosis de medicamento indicada e introducirla por el tapón de goma en la bolsa de solución.
- ✓ Adjuntar con material adhesivo la tarjeta a la solución. (Si es un medicamento la tarjeta es rosada; si es una solución, la tarjeta es blanca).
- ✓ Aplicación del medicamento.
- ✓ Regule la velocidad de goteo según indicación.
- ✓ Trasladar el azafate con la solución a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a)
- ✓ Solicitar el consentimiento e instruir al usuario(a) acerca del procedimiento.
- ✓ Rotular la bolsa con el número de cama y medicamento previene errores en la administración.
- ✓ Ponerse los guantes estériles y puncionar la vía en ángulo de 10° según descripción del procedimiento del acceso venoso.
- ✓ Propiciar un ambiente cómodo al usuario(a).
- ✓ Anotar en la tarjeta la hora de inicio.
- ✓ Realizar el cuidado del equipo, posteriormente, de acuerdo a las normas institucionales para el manejo de desechos bioinfecciosos y prevención de infecciones.
- ✓ Venoclisis y las reacciones del usuario(a).
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos

Principios:

- ✓ La revisión estricta previene errores en la administración de medicamentos.
- ✓ El material completo ahorra tiempo y energías.
- ✓ La aplicación de principios de asepsia evita las infecciones cruzadas.
- ✓ La revisión estricta previene errores en la preparación del medicamento.
- ✓ El empleo de la técnica aséptica en la preparación del medicamento evita la contaminación.
- ✓ El eliminar el aire de la conexión, antes de introducir el medicamento, asegura la aplicación de la dosis correcta.
- ✓ Colocar fecha a la conexión.
- ✓ Una dosis exacta asegura la efectividad del medicamento y favorece su recuperación.
- ✓ Eliminando el aire se impiden complicaciones al usuario(a) como embolias.
- ✓ Pasar la cantidad de solución en el tiempo indicado favorece el estado de hidratación del usuario(a).
- ✓ Un equipo completo y ordenado facilita la ejecución del tratamiento.



- ✓ Cuanto mayor sea la preparación que se brinde al usuario(a), mayor será la colaboración que se obtenga de él.
- ✓ La colocación del medicamento en forma correcta ayudará a la evolución satisfactoria del usuario(a).
- ✓ La comodidad promueve la salud mental.
- ✓ Los registros deben evidenciar los cuidados de enfermería brindados.
- ✓ Del buen trato que se le dé al equipo depende su vida útil.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para la evolución del usuario(a), aseguran continuidad del tratamiento y constituyen una base legal.

Riesgos del procedimiento:

- ✓ Extravasación.
- ✓ Omisión de los correctos en la administración de los medicamentos.
- ✓ Infecciones intrahospitalarias.
- ✓ Aumento de instancia hospitalaria y demandas.

8.13 Nombre del procedimiento: Retiro de vía periférica

Definición:

Es el retiro de la vía periférica una vez que se haya cumplido con el tratamiento endovenoso.

Objetivos:

- ✓ Disminuir el riesgo de infecciones originadas en el sitio de inserción.
- ✓ Proporcionar confort y comodidad al usuario(a).

Niveles de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de Enfermería y del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.



Material y equipo:

- ✓ Azafate de acero inoxidable:
- ✓ Esparadrapo y/o material adhesivo.
- ✓ Recipiente con torundas de algodón seco.
- ✓ Solución antiséptica
- ✓ Bolsa plástica para el descarte de residuos, según norma.
- ✓ Contenedor para descartar agujas y/o guía de metal del angiocarh.
- ✓ Guantes.

Actividades

- ✓ Identificar y revisar indicación en expediente de salud, número de dosis indicadas y si están cumplidas.
- ✓ Reunir el equipo completo en un azafate y/o carro de retiro de vías.
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Humedecer y retirar el material adhesivo.
- ✓ No utilizar tijeras, ni equipo punzocortante.
- ✓ Observar el roce de la piel con el equipo utilizado para retirar el material adhesivo.
- ✓ Aplíquelo un algodón impregnado de alcohol en el sitio de inserción y extraer el venocarh.
- ✓ Retirar el algodón húmedo y colocar un algodón seco ejerciendo presión en el sitio anotado.
- ✓ Visualizar que esté completo el venocarh.
- ✓ Observar el sitio anatómico en que se encontraba la vía.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que movilice los dedos y revisar temperatura y color local.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, de acuerdo a las normas institucionales para el manejo de desechos Intrahospitalarios.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos (Integridad del catéter, movilidad de la extremidad y los dedos, otros).

Principios:

- ✓ El material completo ahorra tiempo y energías.
- ✓ El cumplimiento de medidas de asepsia evita las infecciones cruzadas.
- ✓ El uso de guantes asegura la protección del personal y evita roce con fluidos corporales.
- ✓ El humedecer el material adhesivo disminuye el dolor y el maltrato en la piel.
- ✓ El cuidado minucioso en el acto de enfermería elimina la presencia de eventos adversos.
- ✓ El desinfectar el sitio donde estuvo el venocarh previene invasión microbiana sistémica.



- ✓ Ejercer presión en el sitio donde se extrajo el venocath favorece la coagulación.
- ✓ Una pieza de venocath a torrente sanguíneo es un suceso mortal.
- ✓ La revisión exhaustiva posterior a retirar una vía periférica previene complicaciones al usuario(a) y al personal de enfermería.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para la evolución del usuario(a), aseguran continuidad del tratamiento y constituyen una base legal.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Infecciones.
- ✓ Sangrado local.
- ✓ El catéter se parte y queda dentro de la vena.

8.14 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía rectal

Definición:

Es la preparación de un fármaco para ser colocado por vía rectal.

Objetivo:

Aplicar un medicamento por vía rectal oportunamente para lograr efectos sistémicos en el usuario(a).

Niveles de Atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.
- ✓ Bajo

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de Enfermería y del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Tarjeta de medicamento.
- ✓ Guantes limpios.



- ✓ Cuadros de papel higiénico.
- ✓ Lubricante.
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Cortina o biombo.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a)
- ✓ Verificar la indicación médica
- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del usuario(a)
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar al usuario(a) con el nombre y los dos apellidos.
 - ✓ Informar al usuario sobre el tratamiento. y solicitar consentimiento al usuario(a) para realizar el procedimiento.
 - ✓ Explicar la posición sims modificada.
 - ✓ Proveer privacidad al usuario(a) mediante el uso de un biombo o cortina.
 - ✓ Colocar al usuario(a) en posición sims modificada.
 - ✓ Colocarse los guantes.
 - ✓ Separar los glúteos con los cuadros de papel higiénico; lubricar e introducir el supositorio con la punta de oliva hacia fuera en forma lenta y suavemente. Presionar los glúteos durante tres minutos para que no lo expulse.
 - ✓ Retirarse y descartar los guantes siguiendo las normas sobre manejo de desechos sólidos.
 - ✓ Verificar que al usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
 - ✓ Realizar higiene de manos
 - ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Principios:

- ✓ La revisión estricta previene errores en la administración de medicamentos.
- ✓ Alistar el equipo completo ahorra energía y tiempo y evita errores.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre el procedimiento a realizarle le producirá al usuario mayor seguridad.
- ✓ Se deben preservar los derechos del usuario.
- ✓ La posición adecuada contribuye la efectividad del procedimiento.
- ✓ La comodidad promueve la salud mental.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para la documentación del cuidado y para la evolución del usuario(a) y ayudan a la afectividad del tratamiento.



Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Dolor intenso.
- ✓ Ruptura de un vaso sanguíneo si hay presencia de hemorroides.
- ✓ Diarrea por estimulación del reflejo de la defecación.
- ✓ Falla terapéutica.
- ✓ Incumplimiento de correctos.

8.15 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía nasal.

Definición:

Es la aplicación de un medicamento en forma oportuna en la vía nasal para promover la salud del usuario(a).

Objetivos:

- ✓ Aplicar el medicamento en la vía nasal.
- ✓ Favorecer la desaparición de los síntomas de las vías respiratorias superiores.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Azafate conteniendo:
 - Gotas nasales indicadas.
 - Inhaladores o atomizadores.
 - Tarjeta de medicamentos.
 - Un cuadro de gasa o pañito húmedo.



Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a)
- ✓ Verificar la indicación médica
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar al usuario(a).
- ✓ Identificar e Informar al usuario(a) sobre el tratamiento.
- ✓ Orientar al usuario sobre el uso correcto del dispositivo: Si son inhalaciones debe inspirar profundamente, sostener el medicamento, contar hasta 10 y expirar tranquilamente. Repetir esta acción las veces indicadas por el médico.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición cómoda, según su condición: sentado, acostado, si son inhalaciones; si se trata de gotas, con una mano ayudar a mover la cabeza hacia atrás, en hiperextensión.
- ✓ Con la mano libre, presionar la porción superior hulsosa del gotero e instilar el número indicado de gotas, en la mucosa nasal.
- ✓ Indicar al usuario(a) que realice una respiración profunda y corta, y permanecer en la posición de hiperextensión durante 3 a 5 minutos.
- ✓ Colocar el gotero en el envase.
- ✓ Limpiar con la gasa o pañito humedecido las secreciones nasales o restos de solución que se encuentran en la piel del usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.
- ✓ Registrar el procedimiento realizado según criterios de calidad.

Principios:

- ✓ La revisión estricta previene errores en la administración de medicamentos; también previene infecciones.
- ✓ La identificación del usuario(a) previene errores.
- ✓ La instrucción sobre el procedimiento a realizar aumenta la efectividad del agente terapéutico. También evita improvisación y promueve la seguridad en el usuario(a).
- ✓ La comodidad y el confort favorecen el estado emocional.

Observación:

El cuidado registrado es un cuidado realizado.

Riesgo del procedimiento:

- ✓ Irritación.
- ✓ Sangrado.
- ✓ Dolor.



8.16 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía cutánea

Definición:

Es la aplicación de un fármaco en la vía cutánea (piel) con fines terapéuticos, previa limpieza de la misma.

Objetivo:

- ✓ Aplicar el medicamento en la piel para recuperar su integridad.
- ✓ Lograr el efecto terapéutico del medicamento local o sistémico.
- ✓ Reducir la sintomatología a nivel del área corporal afectada.

Niveles de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Medicamento a administrar (crema, pomada, gel, parche medicado transdérmico, aerosol).
- ✓ Tarjeta debidamente revisada.
- ✓ Equipo de limpieza de la piel.
- ✓ Espátula estéril.
- ✓ Cuadros de gasa.
- ✓ Bolsa plástica.
- ✓ Guantes.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a)
- ✓ Verificar la indicación médica
- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar el usuario(a), controlar hora y dosis del medicamento.



- ✓ Informar sobre el tratamiento y solicitar consentimiento al usuario(a).
- ✓ Colocarse el equipo de protección si es necesario.
- ✓ Realizar la curación siguiendo el procedimiento establecido o limpiar el área según sea la necesidad.
- ✓ Descartar una pequeña porción del medicamento; aplicar en la espátula y distribuir de manera uniforme.
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Realizar el registro de enfermería según criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.

Principios:

- ✓ El cumplimiento de las técnicas de asepsia previene la diseminación de infecciones.
- ✓ Llevando el equipo completo el usuario(a) reconocerá que es causa de atención.
- ✓ El usuario(a) coopera y acepta el tratamiento si antes se le ha dado una explicación.
- ✓ La colocación del medicamento en forma correcta ayudará a la evolución satisfactoria de la lesión.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para la evolución del usuario(a) y ayudan a la afectividad del tratamiento.

Riesgo:

Incumplimiento de correctos en la administración de los medicamentos.

8.17 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía ótica

Definición:

Es la aplicación de medicamentos indicados en el oído.

Objetivos:

- ✓ Mejorar el estado de salud del usuario(a) mediante la aplicación del tratamiento.
- ✓ Prevenir riesgos al usuario(a) (mareos y diseminación de infecciones).
- ✓ Aplicar terapéutica ótica con fines analgésico, anti-inflamatorio y otros.

Niveles de atención:

I, II y III.



Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería y del Programa de Formación Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Tarjeta de medicación.
- ✓ Azafate.
- ✓ Torundas de algodón.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar al usuario(a).
- ✓ Informar al usuario(a) sobre el tratamiento y solicitar el consentimiento.
- ✓ Limpiar con la gasa o algodón el área externa del oído
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición decúbito lateral sentado y en semifowler, con el pabellón auricular que va a recibir la medicación directamente hacia arriba.
- ✓ Con una mano, jalar suavemente el pabellón auricular hacia arriba y atrás; con la otra mano, instilar el número de gotas óticas indicadas por el médico en el conducto auditivo externo.
- ✓ Retirar el exceso de medicación con la torunda de algodón.
- ✓ Cerrar el envase del medicamento.
- ✓ Instruir al usuario(a) a que permanezca en la misma posición durante 3 a 5 minutos.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.
- ✓ Realizar el registro de enfermería según criterios de calidad establecidos

Principios:

- ✓ La revisión exhaustiva de la indicación previene errores. También, favorece la realización del procedimiento con seguridad .evita infecciones.
- ✓ La identificación del usuario(a) asegura su integridad física y emocional.



- ✓ Una adecuada instrucción al usuario(a) sobre el procedimiento a realizarle le dará seguridad.
- ✓ La aplicación del medicamento en un área limpia propicia su efecto terapéutico
- ✓ La posición del usuario(a) favorece el deslizamiento del medicamento por las estructuras anatómicas del oído y elimina la incomodidad de la sensación de humedad en el pabellón auricular y facilita el efecto deseado.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para el médico y para la evolución del usuario(a) y ayudan a la afectividad del tratamiento.

Riesgo del procedimiento:

- ✓ Aplicación incorrecta de la técnica aséptica.
- ✓ Accidentes por mareos y vértigo pronunciado.

8.18 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía oftálmica

Definición:

Es la instilación de gotas terapéuticas en la conjuntiva y mucosa ocular para lubricar, disminuir dolor, inflamación, y/o para fines diagnósticos.

Objetivo:

- ✓ Instilar medicamentos en la mucosa del ojo, con fines terapéuticos.
- ✓ Cumplir la preparación del usuario(a) para una prueba diagnóstica.
- ✓ Disminuir sintomatología oftálmica en al usuario(a).

Niveles de atención:

II- y III.

Clasificación según complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería y del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Azafate.
- ✓ Medicamento que se va a administrar.



- ✓ Tarjeta de medicación.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Azafate.
- ✓ Torundas de algodón.

Actividades

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar al usuario(a)
- ✓ Informar al usuario(a) sobre el tratamiento. y solicitar el consentimiento.
- ✓ Cerciorarse de que la conjuntiva esté limpia.
- ✓ Si son gotas para dilatar pupila, indicar a la persona que debe estar sentada o acostada pues su visión va a estar distorsionada.
- ✓ Colocarse los guantes
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición supina o sentada, con la frente ligeramente inclinada hacia atrás.
- ✓ Limpiar con una torunda de algodón, desde el ángulo interno hacia el externo. Utilizar torunda de algodón para cada ojo.
- ✓ Colocar una mano sobre la frente y con el dedo índice hale hacia arriba el párpado superior y con el dedo pulgar y una torunda de algodón, hale hacia abajo el párpado inferior.
- ✓ Indicar al usuario(a) que mire hacia arriba en dirección a la frente. Con la otra mano instile el número de gotas oftálmicas indicadas, iniciando desde el ángulo interno al externo del ojo, sin dejar que el gotero o recipiente de la pomada entre en contacto con el usuario(a).
- ✓ Retirar las manos e instruir al usuario(a) para que cierre y gire los ojos en redondo, si no hay contraindicación.
- ✓ Retirar el exceso de medicación y de secreciones alrededor del ojo con torundas de algodón.
- ✓ Quitarse los guantes.
- ✓ Indicar al usuario(a) que no deambule hasta que su visión sea totalmente clara.
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas de desechos sólidos.
- ✓ Realizar el registro de enfermería según criterios de calidad establecidos

Principios:

- ✓ El cumplimiento de las medidas de asepsia elimina infecciones en el globo ocular.
- ✓ El equipo completo y ordenado evita improvisaciones y ofrece seguridad al usuario(a).
- ✓ La identificación del usuario(a) previene efectos adversos.



- ✓ El aplicar el medicamento en una conjuntiva y mucosa limpia, favorece la efectividad del mismo.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre el procedimiento evita accidentes
- ✓ La correcta posición contribuye a la efectividad del medicamento.
- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para registrar la evolución del usuario(a).

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Reacciones adversas.
- ✓ Omisión de correctos en la administración.

8.19 Nombre del procedimiento: Administración de medicamentos por vía vaginal

Definición:

Es la aplicación de un preparado farmacológico por vía vaginal.

Objetivo:

- ✓ Disminuir sintomatología de la enfermedad.
- ✓ Producir un efecto anticonceptivo.

Niveles de atención:

II y III.

Niveles de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Tarjeta revisada con expediente de salud.
- ✓ Azafate.
- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Equipo de limpieza vaginal.
- ✓ Equipo de ducha vaginal.
- ✓ Cánula vaginal si el medicamento es en crema.



- ✓ Dispositivos pertinentes para facilitar la privacidad de la usuaria.
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Toallas de papel para retirar el exceso de humedad.

Actividades

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad de la usuaria.
- ✓ Utilizar la tarjeta de medicamentos para identificar a la usuaria
- ✓ Informar al usuario(a) sobre el tratamiento y solicitar el consentimiento a la usuaria.
- ✓ Hacerse acompañar de la madre o pariente femenino más cercano si la usuaria es una menor.
- ✓ Proporcionar privacidad con biombo o cortina.
- ✓ Ayudar a la usuaria a colocarse en posición ginecológica
- ✓ Colocarse los guantes
- ✓ Realizar el aseo perineal según procedimiento establecido.
- ✓ Cambiarse los guantes
- ✓ Separar con una de sus manos los labios hasta visualizar el orificio vaginal.
- ✓ Insertar el óvulo o el dispositivo vaginal con el medicamento y aplicarlo.
- ✓ Retirar el dispositivo vaginal.
- ✓ Instruir a la usuaria para que permanezca acostada en posición horizontal durante 15 a 20 minutos
- ✓ Retirarse y descartar los guantes según normativa de desechos sólidos.
- ✓ Colocar toalla sanitaria en caso necesario.
- ✓ Realizar el cuidado al equipo posteriormente siguiendo las normas de desechos sólidos.
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Realizar el registro de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos

Principios:

- ✓ La identificación del usuario(a) previene aplicaciones incorrectas.
- ✓ En las usuarias menores, hacerse acompañar por un familiar o representante legal previene complicaciones legales.
- ✓ El conocimiento acerca del procedimiento facilita la realización.
- ✓ La privacidad es un derecho de las usuarias.
- ✓ La posición proporciona seguridad y comodidad en el procedimiento
- ✓ La limpieza previa a la aplicación de un medicamento favorece el efecto deseado.
- ✓ La colocación correcta del fármaco evita el maltrato y certifica una atención considerada y de calidad.
- ✓ Revisar la toalla absorbe el medicamento.



- ✓ Las notas de enfermería son de gran importancia para la evolución del usuario(a).

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Hipersensibilidad al fármaco.
- ✓ Falla en la técnica de aplicación.
- ✓ Aplicación de medicamento defectuoso o vencido. (Óvulos anticonceptivos).
- ✓ Omisión de correctos en la administración de medicamentos.

8.20 Nombre del procedimiento: Administración quimioterapia citostática.

Definición:

Es la aplicación de un grupo de medicamentos para destruir las células.

Objetivos:

- ✓ Aplicar la categoría de medicamentos específica según parte del ciclo celular que se necesite interrumpir.
- ✓ Ayudar a la recuperación del usuario(a).
- ✓ Proveer bienestar físico y emocional al usuario(a).

Niveles de atención:

II y III.

Niveles de complejidad:

Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o) debidamente capacitada.
- ✓ Estudiante de enfermería, bajo la supervisión de Profesional en Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Exámenes de laboratorio actualizados
- ✓ Equipo de tomar vía.
- ✓ Aguja Huber Port-a-cath.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Cubre botas.
- ✓ Bata estéril.
- ✓ Solución de heparina (1 ml de heparina más 9 ml de SF).
- ✓ Jeringa con 5 ml de suero fisiológico.
- ✓ Dos membranas adhesivas grandes para la fijación de la aguja.



Actividades

- ✓ Revisar expediente de salud y tipo de tratamiento que corresponde al usuario(a).
- ✓ Revisar que el examen de laboratorio sea el vigente.
- ✓ Constatar visto bueno del médico tratante para aplicar la quimioterapia.
- ✓ Enviar el expediente a farmacia para la preparación y comprobación del tratamiento.
- ✓ Higiene de manos
- ✓ Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Rotular el medicamento o el tratamiento, conexión y cassette que se va a aplicar.
- ✓ Identificar al usuario(a).
- ✓ Revisar antecedentes de diabetes, hipertensión y otras.

Informar al usuario(a) sobre:

- ✓ Procedimiento a efectuar.
- ✓ Efectos que puedan ocasionar estos medicamentos.
- ✓ Comunicación de cualquier molestia colateral que se presente como ardor, dolor, calor, sensación quemante en la zona de infusión.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Vestirse según técnica quirúrgica.
- ✓ Tomar en cuenta si el usuario(a) es diabético, si tiene daño renal u otras enfermedades.
- ✓ Adaptar la conexión del tratamiento de quimioterapia al dispositivo venoso que tiene el usuario(a) colocado
- ✓ Regular el goteo según indicación médica y condición del usuario(a).
- ✓ Aplicar primero el medicamento en el catéter implantable y seguidamente accesar la vía periférica y aplicar la solución correspondiente.
- ✓ Controlar signos vitales antes, durante y después de administrado el tratamiento.
- ✓ Cumplir el protocolo o esquema médico indicado.
- ✓ Iniciar hidratación previa a infusión de drogas que afecten al sistema renal y según indicación médica.
- ✓ Detener la infusión en el momento que observe edema, pérdida del retorno sanguíneo, sospecha de extravasación o similares e informar inmediatamente al médico.
- ✓ Indicar al usuario(a) permanecer acostado o sentado entre 10 y 20 minutos.
- ✓ Retirar el equipo de la unidad y realizar el cuidado posterior de acuerdo al manejo de desechos sólidos hospitalarios.
- ✓ Realizar el registro de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.



Principios:

- ✓ Los exámenes recientes y el visto bueno por el médico son indicativos necesarios para aplicar la quimioterapia.
- ✓ La comprobación del tratamiento por parte de farmacia previene errores.
- ✓ La identificación del usuario(a) y la indicación dan seguridad y evitan problemas legales.
- ✓ La identificación del usuario(a) asegura su integridad física y emocional.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre el procedimiento a realizar da seguridad.
- ✓ La secuencia lógica en los pasos del procedimiento ahorra energía y tiempo.
- ✓ La selección y seguridad con que se canaliza la vena proporciona bienestar físico y emocional al usuario(a).
- ✓ La instrucción necesaria y oportuna sobre las indicaciones a seguir disminuye las molestias provocadas por los cito tóxicos.
- ✓ El cuidado adecuado y completo del equipo y material usado prolonga su duración.
- ✓ El registro minucioso y oportuno del tratamiento evita dudas y eventuales conflictos legales.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Hipersensibilidad al fármaco.
- ✓ Falla en la técnica de aplicación por falta de pericia.
- ✓ Formación de hematomas y otras complicaciones (trombos, flebitis)
- ✓ Falla mecánica de la porta a-cath.
- ✓ Reacción del organismo a un cuerpo extraño.
- ✓ Dolor.

Observaciones:

- ✓ Catéteres de larga duración (Port-a-cath y PASPORT).
- ✓ Los catéteres más recomendados para los tratamientos largos como quimioterapia o nutrición parenteral son catéteres conocidos como sistemas implantables o subcutáneos.
- ✓ Estos catéteres se pueden colocar en el pecho (Port-a-cath) o en el brazo (PASPORT); deben ser colocados por un médico especializado en el procedimiento.
- ✓ El catéter queda totalmente debajo de la piel y los medicamentos o fluidos se pueden administrar directamente en el torrente sanguíneo con una simple inyección a través de la piel hacia el septum (parte central del catéter).



8.21 Nombre del procedimiento: Manejo, aplicación y conservación de los biológicos

Definición:

Es el manejo, la aplicación y conservación de los biológicos siguiendo los lineamientos del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI).

Objetivos:

Conocer el correcto manejo, la aplicación y conservación de los biológicos.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III con énfasis en el primer nivel.

Clasificación según complejidad:

- ✓ Alto
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería con acompañamiento de la docente responsable.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería con acompañamiento de la docente responsable.
- ✓ Asistente Técnico de Atención Primaria.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Asistentes de Atención Primaria con acompañamiento de la docente responsable.

Material y equipo:

- ✓ Biológicos.
- ✓ Refrigerador exclusivo para biológicos.
- ✓ Termo según especificaciones del PAI.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Carné de Desarrollo Integral del Niño y la Niña.
- ✓ Jeringas y agujas, según vía y edad de la persona de salud.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Fórmulas para registrar vacunas (reporte mensual y diario de biológicos)
- ✓ Lápiz.
- ✓ Lapicero.



Actividades

- ✓ Higiene de manos.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre: vacuna que le corresponde según edad y esquema, y la que le corresponde en la próxima cita.
- ✓ Revisar carné de vacunas de la persona.
- ✓ Informar al usuario(a) contra qué enfermedades estará protegido con la aplicación de la vacuna.
- ✓ Orientar al usuario sobre los cuidados y posibles molestias derivadas del biológico.
- ✓ Anotar en el carné o en el expediente de salud la vacuna aplicada con lapicero y con lápiz, la próxima que le corresponde.
- ✓ Extraer la vacuna del termo.
- ✓ Preparación del biológico.
- ✓ Aplicar el biológico al usuario confirmando los seis correctos y de acuerdo con los lineamientos estipulados en el PAI.

Principios:

- ✓ Revisar el carné o expediente del niño previene riesgos al usuario(a).
- ✓ La orientación a la madre o representante del niño contribuye al cumplimiento del esquema de vacunación.
- ✓ La posibilidad de molestias derivadas de la aplicación del biológico orienta a las madres o representante del niño(a) a saber cómo cuidar al niño y el área de aplicación.
- ✓ La fecha de la próxima vacuna, escrita con lápiz, en el carné es un recordatorio.
- ✓ Los biológicos deben conservarse a una temperatura entre -2 °C y -8 °C.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Técnica incorrecta.
- ✓ Reacción adversa.
- ✓ Contaminación del producto.
- ✓ Omisión de correctos en la administración de los medicamentos.



CAPITULO IX. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

9.1 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en cateterismo cardiaco

Definición:

Es una prueba diagnóstica, en la que se pasa un catéter a través de un vaso sanguíneo (arteria femoral) arteria branquial o radial (el brazo) y se lleva hasta el corazón.

Se utiliza una sustancia radio opaca (medio de contraste) que permite visualizar si hay obstrucciones o estrechez en las arterias del corazón (arterias coronarias) para medir con precisión cómo están funcionando las válvulas del corazón, el músculo cardiaco y evaluar el funcionamiento de puentes (by pass) coronarios.

Objetivos de enfermería a cumplir previo, durante y posterior al procedimiento:

- ✓ Orientar al usuario(a) y cuidador principal, sobre la preparación pre procedimiento y pos procedimiento.
- ✓ Brindar orientación y guía sobre cuidados a cumplir en relación con el procedimiento.
- ✓ Prevenir y detectar riesgos de hematoma.
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento a ejecutar.
- ✓ Determinar el fluido de la sangre por los vasos sanguíneos y cavidades.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Determinar el fluido de la sangre por los vasos sanguíneos y cavidades cardíacas.
- ✓ Colocar dispositivos de alambre (llamados stents), en arterias estenosadas y mantenerlas abiertas (angioplastia).
- ✓ Proporcionar información detallada sobre las estructuras internas del corazón.
- ✓ Obtener muestras de tejido cardíaco para biopsia.
- ✓ Abrir el tabique auricular en cardiopatías congénitas (de nacimiento).
- ✓ Colocar dispositivos de malla (amplatzer) que cierren pequeños orificios dentro del corazón (como la comunicación interauricular o interventricular), o para bloquear intencionalmente el flujo sanguíneo en un vaso (como el ductus arterioso permeable o los vasos colaterales pulmonares).
- ✓ Tomar muestras de sangre para gases arteriales.
- ✓ Medir presiones intracavitarias.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Nivel de atención:

- ✓ III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Mesa de Mayo.
- ✓ Bandeja que contenga:
 - 2 vasijas pequeñas (yodines).
 - 2 vasijas de esponja.
 - 6 pares de guantes estériles.
 - 1 pinza para limpieza.
 - 2 pinzas curvas mosquito medianas.
 - 1 tijera.
 - 1 porta agujas.
 - 1 mango de bisturí con su respectiva hoja o filo.
 - Campos estériles abiertos.
 - Tres llaves de tres vías plásticas.
- ✓ Suturas (seda 00).
- ✓ Conexión descartable para enclisis.
- ✓ Paquete de ropa estéril.
- ✓ Delantales estériles, gorro y cubre bocas.
- ✓ Agujas 22, 20, 18.
- ✓ Torundas de gasa.
- ✓ Solución de heparina de acuerdo a indicación médica.
- ✓ 1 Set introductor arterial.
- ✓ Equipos para monitoreo.
- ✓ Cuadros de agua.
- ✓ Frascos con medio de contraste según indicación médica.
- ✓ Domo desechable para transductor arterial para llave de tres vías.
- ✓ Anestesia local (Lidocaína).
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Jeringa de 1 cc, 2 cc, 5 cc, y 10 cc.
- ✓ Solución desinfectante para piel.
- ✓ Ropa verde para el usuario(a) (a).
- ✓ Camilla.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Rasuradora u otro dispositivo.
- ✓ Bolígrafo tinta color azul o negra.



- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones:

- ✓ El usuario(a) va a ser sometido a la realización de un cateterismo cardiaco para diagnóstico o tratamiento de una lesión coronaria. El usuario(a) subsidiario de dicha prueba se clasifica, según su procedencia, en:
 - Usuario(a) ingresado: usuario(a) que ingresa en cualquier unidad de hospitalización, preferentemente de cardiología o medicina interna, con una dolencia coronaria, y a quien su médico le solicita la realización de esta prueba.
 - Usuario(a) ambulante: usuario(a) a quien, desde consultas externas, su médico le solicita esta prueba, y tiene que ingresar para realizársela el mismo día de la cita. (Revisar protocolo de hospital.)
 - Usuario proveniente de urgencias.

Actividades

El día anterior:

- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) sobre el procedimiento.
- ✓ Confirmar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Apoyar emocionalmente al usuario(a).
- ✓ Ejecutar la higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Proveer privacidad al usuario(a) mientras le realiza las acciones previas al examen.
- ✓ El usuario(a) debe ir rasurado (ambas ingles) y duchado (o higienizado en cama), según su nivel de dependencia; debe habersele retirado el esmalte de uñas.
- ✓ Instruir y controlar que el usuario(a) inicie y permanezca en ayunas, a partir de las 8:00 p.m. del día anterior al procedimiento.
- ✓ Anotar y actualizar la Hoja de Requisitos Preoperatorios.
- ✓ Llevar registrado el peso, la talla.
- ✓ Controlar y registrar los signos vitales.
- ✓ Revisar que los requisitos preoperatorios estén completos (electrocardiograma, grupo Rh, pruebas de coagulación, pruebas de función renal y pruebas de función hepática, glucemia, peso, talla, otros según norma).
- ✓ Cumplir las indicaciones médicas correspondientes.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos

Día del examen:

- ✓ Revisar y completar la Hoja de Requisitos Preoperatorios
- ✓ Verificar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Facilitar al usuario(a) ropa verde para el procedimiento



- ✓ Ejecutar la higiene de manos según procedimiento
- ✓ Controlar y registrar los signos vitales.
- ✓ Administrar el tratamiento antihipertensivo, en caso que se encuentre indicado.
- ✓ Colocar vía periférica, en miembro superior izquierdo, con solución indicada por médico tratante
- ✓ Verificar que el usuario(a) se encuentre en ayunas.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo criterios de calidad establecidos y considerando día, hora y tipo de procedimiento, nombre y número de licencia del profesional de enfermería que participó en la preparación del usuario(a).
- ✓ Trasladar al usuario(a) al servicio de hemodinamia en camilla, con el expediente de salud, acompañado por personal designado, a la hora indicada.

En sala de hemodinamia:

- ✓ Recibir al usuario(a) en la sala de hemodinámica.
- ✓ Identificar e Instruir al usuario(a) sobre el procedimiento y los cuidados posteriores al examen.
- ✓ Revisar Expediente de salud del usuario(a) (a).
- ✓ Ayudar al usuario(a) a colocarse sobre la mesa quirúrgica, velando por su máxima Apoyar psicológicamente al usuario(a), a fin de procurar su tranquilidad. comodidad.
- ✓ Ejecutar la higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Utilizar vestimenta de técnica quirúrgica según protocolo.
- ✓ Acerque la mesa quirúrgica a la mesa para el procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo necesario aplicando la Técnica Aséptica Quirúrgica.
- ✓ Proveer al Médico los insumos (bata, gorro, cubre bocas, guantes).
- ✓ Administrar la premedicación según indicación médica.
- ✓ Asista al Médico durante el procedimiento.
- ✓ Vigilar constantemente los signos vitales, a través del monitor.
- ✓ Trasladar al usuario(a) de la mesa quirúrgica a la camilla. Colocar apósito compresivo en el sitio de la punción (o banda neumática en casos de procedimientos radiales)
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo criterios de calidad establecidos y considerando fecha y hora del procedimiento, procedimiento realizado, médico que realizó el procedimiento, condición del usuario(a) antes, durante y después del procedimiento, nombre y número de licencia del profesional de enfermería que brinda la asistencia durante el procedimiento.
- ✓ Trasladar al usuario(a) a la unidad de hospitalización correspondiente, en camilla, con el expediente de salud y acompañado por personal designado.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.



- ✓ Registrar el procedimiento efectuado en la estadística del servicio, en la unidad de hospitalización.
- ✓ Recibir al usuario(a) proveniente de la sala de hemodinámica.
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) sobre los cuidados posteriores al examen.
- ✓ Medir los signos vitales.
- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Trasladar al usuario(a) de la camilla a la cama respectiva, velando por su máxima comodidad.
- ✓ Apoyar psicológicamente al usuario(a), a fin de procurar su tranquilidad.
- ✓ Elaborar y aplicar el diagnóstico de enfermería.
- ✓ Controlar y vigilar los miembros inferiores considerando:
 1. Coloración.
 2. Temperatura.
 3. Pulso poplíteo, tibial posterior y pedio.
 4. Llenado capilar.

Evaluar zona de venopunción tomando en cuenta:

1. Condición del apósito (seco, húmedo).
 2. Temperatura y color.
 3. Presencia o no de hematoma y sus características.
 4. Presencia de introductor,
- ✓ Asegurar la compresión de apósito sobre el sitio de punción para evitar hemorragia.
 - ✓ Mantener el miembro inferior en el que se realizó el procedimiento, en posición de extensión.
 - ✓ Explicar al usuario(a) que no flexione (doble), la pierna puncionada.
 - ✓ Explicar al usuario(a) que debe permanecer en reposo absoluto durante 24 horas según indicación médica, posterior al procedimiento.
 - ✓ Controlar que el usuario(a) permanezca en reposo absoluto por 24 horas.
 - ✓ Indicar al usuario(a) que si nota edema, entumecimiento, frialdad, enrojecimiento, disnea, palpitaciones o dolor en el pecho, avise de inmediato al personal de enfermería.
 - ✓ Administrar las soluciones intravenosas según indicación médica.
 - ✓ Mantener al médico informado de la evolución y condición del usuario(a).
 - ✓ Elaborar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos y considerando:
 1. Fecha, hora y tipo de procedimiento.
 2. Nombre del funcionario que realizó el estudio.
 3. Tolerancia del usuario(a) al procedimiento.
 4. Evolución del usuario(a) postexamen.



5. Nombre y número de licencia del profesional de enfermería que participó en la atención del usuario(a).
6. Brindar al usuario analgesia en caso necesario.

Principios:

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) nos asegura la integridad de este.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza al usuario.
- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ La privacidad individual produce al usuario(a) seguridad y apoyo emocional.
- ✓ El ayuno pre-examen previene complicaciones secundarias.
- ✓ La verificación exacta de los requisitos evita complicaciones secundarias.
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio.
- ✓ La verificación exacta de los requisitos evita complicaciones secundarias.
- ✓ El uso de ropa adecuada disminuye el riesgo de infección.
- ✓ El conocimiento de los signos vitales sirve de punto de referencia para detectar complicaciones posteriores
- ✓ La colaboración de enfermería en estos procedimientos da seguridad y confianza al usuario(a)
- ✓ La entrega completa del usuario posterior al procedimiento, permite seguimiento a los cuidados del mismo.
- ✓ Dar el uso y cuidado adecuado al material, conserva su duración.
- ✓ La identificación correcta del usuario(a), y de los documentos nos asegura la integridad del usuario(a).
- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ La seguridad que se le proporcione al usuario(a) en el traslado evita accidentes y le brinda seguridad física y mental.
- ✓ La observación y el reporte aseguran continuidad y el control adecuado.
- ✓ Cualquier síntoma o signo debe reportarse para poder valorar la condición física del usuario(a).
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio.

Observaciones:

- ✓ Considere aspectos relevantes de personas de cuidado, que requieren traslado a otro escenario de atención para la ejecución del procedimiento.
- ✓ La verificación exacta de los requisitos evita complicaciones.
- ✓ La privacidad que se le dé al usuario(a) aumenta su seguridad física y mental.



- ✓ Registrar el peso y talla es necesario ya que de esto depende el lumen del introductor a utilizar.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Arritmia cardíacas
- ✓ Taponamiento cardíaco
- ✓ Ataque cardíaco
- ✓ Sangrado
- ✓ Hipotensión arterial
- ✓ Reacción al medio de contraste
- ✓ Accidente cerebro vascular
- ✓ Traumatismo a una arteria causado por un hematoma
- ✓ Trauma.
- ✓ Caída
- ✓ Infecciones en sitio de punción.

9.2 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en el electrocardiograma

Definición:

Es el registro gráfico de las variaciones de potencial eléctrico de la actividad del corazón (fibras miocárdicas) en un tiempo determinado. Estas variaciones se captan con los electrodos a nivel de la superficie de la piel, y a través de los conductos se miden los potenciales de acción del corazón y se registran.

Nivel de atención:

I, II y III.

Nivel de complejidad:

Alto.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Valorar la actividad eléctrica cardíaca
- ✓ Detectar las alteraciones diagnósticas como hipertrofia s ventriculares, trastornos del ritmo, etc.
- ✓ Identificar arritmias cardíacas.
- ✓ Determinar el tamaño y funcionamiento de las cavidades del corazón y el músculo cardíaco.

Objetivos de enfermería durante el procedimiento:

- ✓ Realización de una prueba diagnóstica para la continuidad del cuidado.
- ✓ Brindar un entorno adecuado.



Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Electrocardiógrafo
- ✓ Gel conductor
- ✓ Camilla
- ✓ Servilletas de papel.
- ✓ Recipiente para descartar desechos.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo de tinta color azul o negra
- ✓ Electrodo
- ✓ Biombos
- ✓ Rasuradora

Actividades:

- ✓ Informar al usuario(a) del procedimiento e indicarle que es indoloro
- ✓ Limpiar con una gasa impregnada de alcohol la zona interior de las muñecas y de los tobillos del usuario(a). (Con ello se disminuye la grasa de la piel y se facilita la conducción eléctrica.)
- ✓ Aplicar el gel conductor en la superficie del electrodo que entrará en contacto con la piel del usuario(a). (Si no dispone de gel, se puede emplear alcohol o suero fisiológico).
- ✓ Colocar los cuatro electrodos periféricos en las muñecas y los tobillos del usuario(a).
- ✓ 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)
- ✓ Conectar el cable RA (right arm o brazo derecho) o rojo al electrodo de la muñeca derecha.
- ✓ Conectar el cable LA (left arm o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda.
- ✓ Conectar el cable LL (left leg o pierna izquierda) o verde al electrodo del tobillo izquierdo.
- ✓ Conectar el cable RL (right leg o pierna derecha) o negro al electrodo del tobillo derecho.
- ✓ Descubrir el tórax del usuario(a) hasta aproximadamente el séptimo espacio intercostal. Limpiar con una gasa impregnada de alcohol las zonas donde va a identificar y ordenar cada uno de los cables de las derivaciones precordiales, pues ello le facilitará su colocación posterior (el extremo de cada cable está rotulado con las siglas y el código de color de identificación). Colocar los electrodos torácicos.



- ✓ Aplicar la pasta conductora en el electrodo y colocar cada uno de ellos en el área torácica correspondiente:

Localización de los electrodos correspondientes a las derivaciones precordiales V1 a V6

- V1. Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón.
 - V2. Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón.
 - V3. En un lugar equidistante entre V2 y V4 (a mitad del camino de la línea que une ambas derivaciones).
 - V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea medio claviclar.
 - V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior.
 - V6. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media.
- ✓ Comunicar al usuario(a) que se realizara el registro y que es conveniente que se esté quieto y que no hable, para no interferir en el trazado.
 - ✓ Seleccionar la velocidad estándar (25 mm/segundo).
 - ✓ Calibrar o pulsar el botón “auto”, según el modelo del aparato.
 - ✓ Seleccionar y registrar las derivaciones durante al menos 6 segundos cada una de ellas (los 6 segundos proporcionan un tiempo óptimo para detectar posibles alteraciones del ritmo y de la conducción).
 - ✓ Observar la calidad del trazado. Si la calidad no es adecuada, repetir el trazado correspondiente.
 - ✓ Finalizar el registro, apagar el aparato y retirar los electrodos. Limpiar la piel del usuario(a) e indicarle que ya puede vestirse.
 - ✓ Recoger y limpiar el material. Desconectar las clavijas y limpiar cada electrodo con una gasa empapada de alcohol. Dejar los cables de los electrodos recogidos y desenredados.
 - ✓ Identificar el trazado obtenido con el nombre del usuario(a) y la fecha y la hora en que se realizó.
 - ✓ El profesional de enfermería realizará nota de enfermería en el expediente de salud, siguiendo criterios de calidad establecidos y valorando condición del usuario(a) después del procedimiento que se obtuvo el registro.

Principios:

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) y de los documentos nos asegura la integridad de la persona.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ Se debe procurar que el usuario (a) esté lo más relajado posible y que la temperatura de la habitación sea agradable (el temblor muscular puede interferir la señal eléctrica).



- ✓ Los electrodos deben aplicarse en superficies carnosas, evitando las prominencias óseas, las superficies articulares y las zonas de vello abundante.
- ✓ Si el usuario(a) tiene una extremidad amputada, situar el electrodo correspondiente a esa extremidad en el muñón. Si no hay muñón, colocar el electrodo en el tronco, lo más próximo posible a la extremidad amputada. Si el usuario(a) tiene una extremidad enyesada, colocar el electrodo sobre la zona de la piel más proximal al yeso.
- ✓ Indicar al usuario(a) que se desprenda de todos los objetos metálicos que lleve (reloj, pulseras, anillos, pendientes, monedas, cinturones, etc.), ya que los metales son conductores eléctricos y el contacto con ellos puede alterar el registro. A continuación, pedirle que se descubra el tórax, que se quite los zapatos y que se acueste en la camilla en decúbito supino. Si no tolera esta posición, elevar el cabezal de la camilla. Exponer las muñecas y los tobillos del usuario(a). Cubrirle el tórax con una sábana o una toalla.
- ✓ El personal de enfermería debe permanecer al lado del usuario(a) para infundirle confianza y ayuda física.
- ✓ La secuencia en que se realiza el procedimiento garantiza seguridad en los resultados y evita pérdida de tiempo.
- ✓ Hay que asegurarse de que cada cable está conectado a un electrodo precordial, aunque también se pueden colocar primero los electrodos en el tórax del usuario(a) y luego conectar los cables. En general, cuando los electrodos son del tipo pera de goma, es más cómodo tener los cables ya conectados; mientras que, si los electrodos son adhesivos, es más práctico situarlos primero en el tórax del usuario(a) y luego conectar los cables.
- ✓ El personal de enfermería debe comprender que el usuario(a) tiene una gran cantidad de inquietudes y que hay que inspirar la suficiente confianza a fin de llenar su necesidad de información.
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio.

Riesgo relacionado al procedimiento:

- ✓ Caída
- ✓ Ejecución errada.
- ✓ Interpretación inadecuada.

Observaciones:

- ✓ En unidades de atención como UTI, UCI, unidades coronarias, emergencias; la enfermera(o) realiza o participa en este procedimiento.



9.3 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería para la prueba de esfuerzo

Definición:

La prueba de esfuerzo es un estudio que se utiliza para diagnosticar la enfermedad arterial coronaria. Permite ver cómo funciona el corazón durante el ejercicio. Las pruebas de esfuerzo también se denominan pruebas de esfuerzo físico, pruebas de tolerancia al ejercicio, ergometrías, electrocardiografías de esfuerzo o ECG de esfuerzo.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Registrar la actividad eléctrica cardíaca, mientras la persona camina sobre una banda sin fin.
- ✓ Medir la reacción del corazón a una mayor demanda de oxígeno, por parte del cuerpo.

Objetivos de enfermería durante el procedimiento:

- ✓ Establecer los cuidados específicos de enfermería al usuario(a) sometido a prueba de esfuerzo físico.
- ✓ Contribuir con el equipo interdisciplinario para obtener una prueba de esfuerzo óptima.
- ✓ Facilitar el diagnóstico y la evaluación oportuna del usuario(a) con cardiopatía isquémica a quien se le realizará una prueba de esfuerzo físico para valorar perfusión miocárdica.

Nivel de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Asistente de pacientes.

Material y equipo:

- ✓ Equipos propios del laboratorio para los estudios ergonómicos.
- ✓ Servilletas de papel.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Ropa hospitalaria.
- ✓ Electrodo



Actividades

- ✓ Solicitar el consentimiento informado al usuario(a), antes de iniciar el procedimiento.
- ✓ Según condición u otra situación particular del usuario(a) se procede a indicar que la persona no coma ni beba nada durante las 2 a 4 horas anteriores a la prueba; que evite, en particular, el café, el té, las bebidas gaseosas, el chocolate y algunos analgésicos de venta libre (esto puede variar), o en ocasiones el usuario puede ingerir una dieta ligera.
- ✓ Indicar al médico sobre los medicamentos que está tomando el usuario(a) y consulte si debe suspenderlos antes de la prueba (según situación de atención ambulatoria o paciente hospitalizado).
- ✓ Limpiar con alcohol las zonas de la piel donde se le colocarán los electrodos.
- ✓ Colocar los electrodos sobre el pecho y la espalda.
- ✓ Colocar el manguito de presión alrededor del brazo para monitorear la presión arterial durante la prueba.
- ✓ El médico o la enfermera(o) tratará de detectar cambios en el trazado del electrocardiograma y en los niveles de presión arterial, lo cual podría indicar que el corazón no está recibiendo suficiente oxígeno. Otros síntomas de enfermedad arterial coronaria incluyen dolor en el pecho o una falta de aliento desacostumbrada al hacer ejercicio. Al finalizar la prueba, se le indicará una fase de relajación durante la cual se le pedirá que se acueste o se siente y descanse, según protocolos de cada área de atención.

Principios:

- ✓ La orientación y guía a la persona de cuidado, facilitará la realización del procedimiento. También disminuye el riesgo de una hipoglucemia o bronco aspiración.
- ✓ La ingesta de algunos medicamentos puede generar riesgos coronarios durante el procedimiento.
- ✓ El control periódico de los signos vitales alerta sobre riesgos en el usuario(a).
- ✓ Después de la prueba, podrá comer, beber y reanudar sus actividades normales.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Caída.
- ✓ Trauma.
- ✓ Paro Cardio Respiratorio.
- ✓ Arritmias cardíacas.



9.4 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en el eco cardiograma transtorácico

Definición:

Es un examen que emplea ondas sonoras para crear una imagen en movimiento del corazón. Dicha imagen es mucho más detallada que la imagen de rayos X y no involucra exposición a la radiación.

Técnica no invasiva. Una de las más frecuentemente utilizadas en cardiología.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Mostrar cómo funcionan las válvulas cardíacas y cómo circula la sangre por el corazón.
- ✓ Determinar el tamaño y la fuerza de bombeo del corazón.
- ✓ Suministrar información sobre las arterias.
- ✓ Identificar problemas valvulares.
- ✓ Detectar fluidos alrededor del corazón.
- ✓ Determinar coágulos de sangre o tumores dentro del corazón.

Objetivos de enfermería en el procedimiento:

- ✓ Explicar al usuario(a) en qué consiste la prueba, ayudarlo a colocarse sobre la camilla en posición decúbito lateral, y atender sus necesidades.

Nivel de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Alto.

Material y equipo:

- ✓ Eco cardiógrafo.
- ✓ Electrodo.
- ✓ Gel transductor.
- ✓ Servilletas de papel.
- ✓ Bata o camisa hospitalaria.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.



Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud.
- ✓ Revisar la orden, con fecha y hora del examen.
- ✓ Solicitar el consentimiento informado al usuario(a).
- ✓ Solicitar al usuario(a) retirarse la vestimenta de la cintura hacia arriba y vestirse con camisa o bata del hospital.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a acostarse sobre la camilla
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería en el expediente de salud, registrando la condición del usuario(a) posterior al procedimiento.
- ✓ Trasladar al usuario(a) en silla o camilla, con expediente de salud y acompañado por personal designado, en caso de que se encuentre hospitalizado.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Principios:

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) y de los documentos nos asegura la integridad del usuario(a). Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ La privacidad brindada al usuario(a) le proporciona seguridad y confianza.

Observaciones:

- ✓ La colaboración de enfermería en estos procedimientos da seguridad y confianza al usuario(a).
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio.
- ✓ La seguridad que se le proporcione al usuario(a) en el traslado evita accidentes y le brinda seguridad física y mental.
- ✓ Dar el uso y cuidado adecuado al material conserva su duración; el orden ahorra tiempo y limpieza.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Trauma.



9.5 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en el ecocardiograma–Dobutamina

Definición:

Es una prueba que se realiza para estudiar cómo se desempeña el corazón con trabajo pesado. La Dobutamina es un medicamento, el cual hace que el corazón trabaje más duro.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Detectar isquemia miocárdica u obstrucción significativa de arterias coronarias, en usuario(a) con alguna dificultad física para realizar la prueba de eco estrés.

Objetivos de enfermería durante el procedimiento:

- ✓ Administrar una perfusión de Dobutamina en un test diagnóstico de detección de isquemia miocárdica.
- ✓ Realizar cuidados específicos de enfermería relacionados con el procedimiento antes, durante y después.
- ✓ Detectar posibles complicaciones relacionadas con la administración de tratamiento y la tolerancia del medicamento.

Contraindicaciones

- ✓ HTA severa
- ✓ Arritmias
- ✓ Glaucoma
- ✓ Adenoma de próstata.

Nivel atención:

II y III

Nivel de complejidad:

Alto.

Recursos humanos:

Enfermera(o).

Material y equipo:

Eco cardiógrafo.

Equipo de enclisis.

- ✓ Dobutamina.
- ✓ Soluciones intravenosas de 100 cc.
- ✓ Casete para bomba de infusión.
- ✓ Bomba de infusión.
- ✓ Guantes.



- ✓ Cintas adhesivas.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Monitor de signos vitales.
- ✓ Electrocardiógrafo.
- ✓ Servilletas de papel.
- ✓ Bata o camisa hospitalaria.
- ✓ Electrodo.
- ✓ Equipo de paro Cardiorespiratorio
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar y confirmar que el consentimiento esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Revisar que la orden del examen tenga la fecha y hora.
- ✓ Instruir al usuario(a) sobre el procedimiento.
- ✓ Solicitar al usuario(a) retirar la vestimenta de la cintura hacia arriba y vestirse con camisa o bata del hospital.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Registrar el peso del usuario(a), con el fin de que el médico calcule la dosis del medicamento a emplear.
- ✓ Preparar medicamento según indicación médica.
- ✓ Solicitar al usuario(a) acostarse sobre la camilla o en caso necesario asistir al usuario en su ubicación en la camilla.
- ✓ Canalizar vía periférica según procedimiento.
- ✓ Colocar los electrodos del eco cardiograma y electrocardiograma.
- ✓ Controlar y registrar frecuencia cardiaca basal y presión arterial.
- ✓ Administrar medicamento según protocolo y monitorear la frecuencia cardiaca y la presión arterial.
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento.
- ✓ Elaborar nota de enfermería en el expediente de salud, siguiendo criterios de calidad establecidos.
- ✓ Trasladar al usuario(a) en silla o camilla, con expediente de salud y acompañado por personal designado en caso de que se encuentre hospitalizado.
- ✓ Realizar el cuidado posteriormente al equipo, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.



Principios:

- ✓ La verificación constante de los documentos evita errores administrativos y legales.
- ✓ La identificación correcta del usuario(a) proporciona seguridad.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ El uso de ropa adecuada disminuye el riesgo de infección.
- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende de infecciones cruzadas
- ✓ La secuencia en que se realiza el procedimiento garantiza seguridad en los resultados y evita pérdida de tiempo.
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes al usuario.

Observaciones:

- ✓ La seguridad que se le proporcione al usuario(a) en el traslado evita accidentes y le brinda seguridad física y mental.
- ✓ Dar el uso y cuidado adecuado al material conserva su duración; el orden ahorra tiempo y da sensación de limpieza.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Complicaciones menores: náuseas, vómitos, mareos, malestar general.
- ✓ Complicaciones mayores: arritmias graves.
- ✓ Infarto de miocardio.
- ✓ Hipotensión severa.
- ✓ Muerte.

9.6 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en el ecocardiograma Transesofágico

Definición:

Es una prueba que se realiza para visualizar las estructuras cardíacas, tras introducir un instrumento a través del esófago, lo que permite obtener mayor claridad de imágenes y, además, analizar estructuras en la parte posterior del corazón.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Evaluar las estructuras internas del corazón y el recorrido del flujo sanguíneo, en defectos cardíacos congénitos (presentes al nacer).
- ✓ Detectar defectos cardíacos congénitos para evaluar los efectos de la intervención quirúrgica en el corazón.



- ✓ Detectar patologías cardíacas en las cuales el diagnóstico no puede ser realizado con exactitud con el eco cardiograma transtorácico.
- ✓ Descartar infecciones, comunicaciones intra atriales, disección de aorta y otros.

Objetivos de enfermería durante el procedimiento:

- ✓ Acompañamiento al usuario(a) durante el procedimiento.
- ✓ Realizar cuidados específicos de enfermería relacionados con el procedimiento antes, durante y después.
- ✓ Administración del medicamento según indicación.

Nivel de atención:

II y III

Nivel de complejidad:

Alto.

Recursos humanos

Enfermera (o).

Material y equipo:

- ✓ Eco cardiógrafo:
- ✓ Equipo descartable para realizar el procedimiento (sonda de ecocardiografía)
- ✓ Aspirador de pared.
- ✓ Gasa húmedas
- ✓ Protector de mordida
- ✓ Equipo de enclisis.
- ✓ Soluciones intravenosas (sueros) de 100 cc
- ✓ Conexión descartable de suero.
- ✓ Cinta adhesiva.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Monitor de signos vitales.
- ✓ Electrocardiógrafo. (sonda de tórax)
- ✓ Cánula.
- ✓ Bata, guantes y cubre boca estéril.
- ✓ Servilletas de papel.
- ✓ Bata o camisa hospitalaria.
- ✓ Electrodo.
- ✓ Lidocaína en aerosol.
- ✓ Riñón
- ✓ Medicamento sedante según indicación médica.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.



- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud.
- ✓ Revisar la orden, con fecha y hora del examen.
- ✓ Confirmar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Instruir al usuario(a) sobre respiraciones y comportamiento a seguir durante y después del procedimiento.
- ✓ Verificar el período de ayuno que tiene el usuario(a), antes del procedimiento y según normas del servicio.
- ✓ Proveer privacidad al usuario(a) mientras se le realiza el examen.
- ✓ Solicitar al usuario(a) retirarse la vestimenta de la cintura hacia arriba y vestirse con camisa o bata del hospital.
- ✓ Solicitar al usuario(a) retirar prótesis dentales.
- ✓ Ejecutar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Canalizar vía periférica según procedimiento.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a colocarse en posición decúbito lateral derecho.
- ✓ Aplicar Lidocaína en aerosol en boca, según indicación médica.
- ✓ Colocar cánula en la boca del usuario(a).
- ✓ Colocar los electrodos del eco cardiograma y electrocardiograma.
- ✓ Controlar y registrar signos vitales.
- ✓ Administrar medicamento sedante según indicación médica.
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento.
- ✓ Retirar la cánula y vía periférica después del procedimiento.
- ✓ Valorar respuesta del usuario al procedimiento con la vigilancia de su condición hemodinámica.
- ✓ Trasladar al usuario(a) al servicio de procedencia, en silla o camilla, acompañado por personal de la institución designado o al hogar con acompañante
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- ✓ Realizar el cuidado posteriormente al equipo, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Principios

- ✓ La verificación constante de los documentos evita errores administrativos y legales.
- ✓ La identificación correcta del usuario(a) proporciona seguridad.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ La privacidad da seguridad, confort y confianza.



- ✓ El uso de ropa limpia adecuada disminuye el riesgo de infección.
- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ La secuencia en que se realiza el procedimiento garantiza seguridad en los resultados y evita pérdida de tiempo.
- ✓ La interpretación de los signos vitales sirve de punto de referencia para detectar complicaciones.
- ✓ La participación de enfermería en estos procedimientos da seguridad y confianza al usuario(a) y familia.

Observaciones:

- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio.
- ✓ La seguridad que se le proporcione al usuario(a) en el traslado evita accidentes y le ofrece seguridad física y mental.
- ✓ Dar el uso y cuidado adecuado al material conserva su duración y el orden ahorra tiempo y da limpieza.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Dolor precordial.
- ✓ Perforación esofágica.
- ✓ Bronco aspiración.
- ✓ Caída.
- ✓ Trauma.

9.7 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en arteriografía vascular periférica

Definición:

Es la prueba estándar en radiología diagnóstica vascular más invasiva, que comprende la inserción de un catéter radio opaco en la arteria femoral y la inyección de medio de contraste, mientras se registra en película radiográfica continua el sistema arterial desde la aorta hasta los pies.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Evaluar la enfermedad vascular periférica.
- ✓ Favorecer el diagnóstico de trombos o émbolos arteriales, traumatismos arteriales, aneurismas, enfermedad de Buerger y vasculopatía oclusiva arteriosclerótica, así como en la reevaluación de la permeabilidad de las arterias tras el injerto.



Objetivos de enfermería durante el procedimiento:

- ✓ La preparación adecuada del usuario(a).
- ✓ Aplicar los principios de asepsia y esterilidad en la sala durante el procedimiento.
- ✓ Realizar cuidados específicos de enfermería relacionados con el procedimiento antes, durante y después del procedimiento.

Nivel de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Asistente de pacientes.

Material y equipo:

- ✓ Carro para curación o mesa metálica.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Ropa verde estéril para el personal de la sala.
- ✓ Guantes estériles de diferente talla o número.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Equipo para arteriografía:
 - Dos sábanas.
 - Una sábana abierta.
 - 6 campos cerrados.
 - 1 vasija de esponja.
 - 2 vasijas tipo yodines.
 - 10 torundas de gasa.
 - Cuadros de gasa.
 - 1 pinza auxiliar.
 - 1 pinza recta Hoster.
 - 1 pinza Halstead curva.
 - Guantes de varias tallas.
 - Parche adhesivo.
 - Jeringas de 5 y 10 cc.
 - Agujas Nº 18, 20 y 21.
 - Soluciones intravenosas
 - Solución antiséptica clorhexidina al 4%
 - Lidocaína 2%.
 - Conray (medio de contraste) 60 y de 50 cc cada uno. Omnipaque de 300 mg. de 50 cc y otros según indicación médica.



Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Equipo de monitoreo.

Equipo de protección radiológica según normativa institucional.

Actividades

Día anterior

- ✓ Identificar e instruir al usuario(a).
- ✓ Facilitar privacidad al usuario(a)
- ✓ Preparar el área anatómica según indicación médica.(Depilar o rasurar región inguinal)
- ✓ Indicar al usuario(a) mantenerse en ayunas desde la 8 de la noche del día anterior o según indicación médica.
- ✓ Revisar que los exámenes estén en el expediente de salud. Comprobar que la Creatinina esté dentro de los valores normales, a fin de que la función renal del usuario(a) no esté alterada.
- ✓ Iniciar los registros en la Hoja de Requisitos Preoperatorios.

Día del examen.

- ✓ Revisar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a) (a).
- ✓ Verificar el periodo de ayuno del usuario(a), (después de las 8 pm del día anterioridad) haya cumplido el período de ayunas iniciado a las (ocho) 8 p.m. del día anterior o según indicación.
- ✓ Ejecutar el higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Revisar la preparación del usuario(a).
- ✓ Controlar y registrar los signos vitales.
- ✓ Revisar y completar la Hoja de Requisitos Preoperatorios
- ✓ Instruir al usuario(a), si su condición se lo permite, para que miccione.
- ✓ Facilitar al usuario(a) la ropa verde
- ✓ Canalizar vía periférica en miembro superior derecho.
- ✓ Administrar premedicación indicada
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- ✓ Transportar al usuario(a) en camilla a la sala indicada para el procedimiento (rayos X), acompañado por el personal de enfermería designado, con el expediente de salud.

En la sala de rayos X:

- ✓ Posicionar al usuario(a) sobre la mesa de exploraciones, velando por su máxima comodidad.
- ✓ Dar apoyo psicológico al usuario(a), a fin de procurar su tranquilidad y relajación.
- ✓ Realizar higiene del de manos según procedimiento.



- ✓ Asistir al médico que hará el procedimiento iniciando con la entrega de la vestimenta estéril y otras acciones relacionadas como:
- ✓ Colocarse el delantal con protección de plomo.
- ✓ Ofrecer la solución antiséptica al médico para limpiar el sitio anatómico
- ✓ Ofrecer la jeringa y la aguja para extraer la solución que utilizará, para la administración de la anestesia local.
- ✓ Ofrecer insumos al médico como cuadro de gasa, venda de gasa y esparadrapo, para realizar el vendaje compresivo.
- ✓ Controlar la comodidad del usuario(a) una vez concluido el procedimiento.
- ✓ Inicie los cuidados post examen
- ✓ Controlar continuamente los signos vitales
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según criterios de calidad establecidos
- ✓ Realizar el aseo al equipo posteriormente.

En el salón de procedencia:

- ✓ Realizar la higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Recibir al usuario(a) procedente del servicio de rayos x, después de la realización del examen
- ✓ Controlar y registrar signos vitales.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición de decúbito supino sobre la cama, procurando que el miembro inferior por donde se ha abordado esté extendido y en absoluto reposo durante 24 horas.
- ✓ Vigilar el vendaje durante los primeros 30 minutos, valorando el manchado del mismo, a fin de sospechar hemorragias incipientes y prevenir grandes hematomas.
- ✓ Palpar los pulsos distales de la extremidad puncionada cada 15 minutos durante la primera hora y cada 60 minutos en las siguientes 24 horas y notificar cualquier alteración. Estos últimos Controles se realizan con el fin de evidenciar posibles hemorragias.
- ✓ Garantizar una buena hidratación del usuario(a), manteniendo la fluido terapia salina indicada, a fin de que el medio de contraste se excrete.
- ✓ Cuantificar la diuresis y notificar en caso necesario.
- ✓ Constatar por reacciones adversas tardías al medio de contraste.
- ✓ Reiniciar la ingesta vía oral, según indicación médica.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios:

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) proporciona seguridad.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ La privacidad da seguridad, confort y confianza.
- ✓ El ayuno pre examen previene complicaciones secundarias.



- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ La interpretación de los signos vitales sirve de punto de referencia para detectar complicaciones.
- ✓ Un usuario(a) que está informado podrá cooperar más evitándose angustias y ansiedades, ante una situación nueva.
- ✓ El uso de ropa limpia disminuye el riesgo de infección.
- ✓ La seguridad que se le proporcione al usuario(a) en el traslado evita accidentes y le brinda seguridad física y mental.
- ✓ Una posición correcta del usuario(a) durante el procedimiento facilita la realización de este.
- ✓ El cumplimiento de las técnicas de asepsia durante el procedimiento evita el riesgo de infección.
- ✓ La interpretación de los signos vitales sirve de punto de referencia para detectar complicaciones
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio.
- ✓ Dar el uso y cuidado adecuado al material conserva su duración, orden, ahorra tiempo y limpieza.

Observaciones:

- ✓ Enfermería determina si el usuario(a) es alérgico a los medios de contraste yodados y le informa que puede experimentar una sensación de presión o ardor, náuseas, eritema transitorio y sabor metálico cuando se le inyecte el contraste.
- ✓ La protección del personal a las radiaciones evita complicaciones secundarias.
- ✓ La constante participación del profesional de enfermería durante el procedimiento facilita la labor del médico y le ofrece mayor seguridad al usuario(a).
- ✓ Solicitar al usuario(a) que describa cómo siente el miembro y que mueva los dedos de los pies, permite detectar situaciones de riesgo y complicaciones del procedimiento.
- ✓ La frialdad, el entumecimiento, el hormigueo, la palidez, la disminución de los pulsos distales y la pérdida de función pueden indicar embolia distal o formación.
- ✓ La enfermera(o) valora la ingesta de líquidos abundantes para favorecer la excreción del medio de contraste y evitar el daño renal secundario a esta sustancia.



Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Trauma.
- ✓ Caída.
- ✓ Reacción anafiláctica.
- ✓ Embolias
- ✓ Dolor
- ✓ Daño renal
- ✓ Trombos.
- ✓ Sangrado o hematomas

9.8 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en cardioversión y desfibrilación

Definición:

Consiste en la aplicación de corriente eléctrica a través de unos electrodos o palas, conectados a un dispositivo (desfibrilador) que libera una descarga eléctrica sobre el corazón con la finalidad de producir una despolarización, permitiendo que se reinicie la actividad eléctrica.

Objetivos de enfermería:

- ✓ Realizar el monitoreo cardiaco constante.
- ✓ Aplicar el proceso de atención de enfermería considerando la fase clínica del usuario.
- ✓ Coordinar las actividades con el equipo de trabajo.

Nivel de atención:

- ✓ I, II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional de enfermería.
- ✓ Personal de enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Desfibrilador
- ✓ Jalea conductora,
- ✓ Carro de paro debidamente equipado
- ✓ Guantes
- ✓ Palas: deben ser proporcionales al tamaño del tórax.
- ✓ Interface del electrodo
- ✓ Acceso venoso periférico.



- ✓ Material para asegurar una vía aérea permeable y oxigenoterapia.
- ✓ Fármacos sedantes/analgésicos y sus antagonistas.
- ✓ Fármacos para una RCP avanzada según lineamientos vigentes.

Actividades

- ✓ Monitorear al usuario(a).

Antes del procedimiento de cardioversión:

- ✓ Solicitar la autorización
- ✓ Preparar física y psicológicamente al usuario(a)
- ✓ Retirar las prótesis dentales.
- ✓ Retirar parche de nitroglicerina (en caso de que lo porte).
- ✓ Preparar el equipo necesario para la realización del procedimiento.
- ✓ Colocar al usuario(a) en decúbito supino.
- ✓ Canalizar una vía intravenosa de grueso calibre y colocar dispositivo de oxigenación según sea antes de la cardioversión.
- ✓ Medir signos vitales (tensión arterial, frecuencia cardiaca, pulsioximetría), y registrar en hoja de enfermería.
- ✓ Colocar electrodos del monitor de ECG al usuario; activar la sincronización en el desfibrilador.
- ✓ Administrar sedación al usuario(a) según indicación y ventilar a la persona mediante cánula de guedel, oro faríngea o nasofaríngea o resucitador manual.
- ✓ Preparar las palas con el gel conductor o parches de desfibrilación; seleccionar la intensidad de descarga aumentando progresivamente si no hay respuesta efectiva. Cargar la energía seleccionada pulsando el botón situado en la pala ápex.
- ✓ Colocar las palas, una debajo de la clavícula derecha, 2^o-3^o espacio intercostal, y la otra en el lado izquierdo del tórax, 5^o espacio intercostal. Las palas quedarán colocadas firmemente contra el tórax, ejerciendo una presión de unos 10 kg.
- ✓ Controlar el ritmo ECG en el monitor; retirar la ventilación momentáneamente; asegurarse de que el usuario(a) está totalmente sedado, que nadie está en contacto con el usuario y la cama, avisar en voz alta la descarga.
- ✓ Presionar los botones de descarga simultáneamente en ambas palas sin variar la posición de estas. La descarga se retrasará unos instantes debido a que debe coincidir con la onda "R" del ECG, momento en el cual toda la masa ventricular se encuentra repolarizada.
- ✓ Evaluar el ritmo cardiaco en el monitor tras la descarga, volver a ventilar y controlar la tensión arterial. Si el choque no ha sido efectivo, se podrá repetir el proceso aumentando la intensidad de energía.
- ✓ Comprobar el estado del usuario(a).



- ✓ Limpiar la zona de aplicación y observar el estado de la piel. Aplicar crema hidratante si existen quemaduras y colocar mascarilla Venturi a flujo medio.
- ✓ Reorientar y apoyar al usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Anotar en la hoja de registro de enfermería; se reflejará hora, número de choques, intensidad, medicación administrada, control de constantes y las observaciones que sean precisas

Principios:

- ✓ La orientación e información facilita la colaboración del usuario(a).
- ✓ La orientación y la información oportuna garantiza la defensa de los derechos fundamentales.
- ✓ El equipo completo facilita la utilización del tiempo adecuadamente.
- ✓ La posición correcta facilita la realización del procedimiento.
- ✓ La vía intravenosa facilita la administración de medicamentos en caso de complicaciones.
- ✓ El control frecuente de los signos vitales, permite identificar complicaciones
- ✓ La correcta administración del medicamento de sedación, facilita la ejecución del procedimiento.
- ✓ La oxigenación contribuye a la hemodinámica de la persona.
- ✓ La correcta preparación del equipo permite la realización del procedimiento.
- ✓ El personal de enfermería debe cerciorarse que el usuario cuente con vía periférica, considere el tipo y momento en que este procedimiento lo requiere.

Observaciones:

- ✓ Tipos de desfibriladores: interno, automático e implantable y externo.

Cardioversión

Es administrar una descarga eléctrica fuera del periodo refractario relativo. La descarga eléctrica causa una despolarización simultánea y momentánea de la mayoría de células cardíacas, permitiendo al nodo sinusal asumir de nuevo la actividad normal como marcapasos cardíaco.

- ✓ Tipos de cardioversión:
 1. Cardioversión farmacológica, utilizando medicamentos a través de una vía intravenosa.
 2. Eléctrica
 3. Interna
 4. Externa



Cardioversión externa:

1. Cardioversión urgente: para el tratamiento de taquiarritmias inestables.
2. Cardioversión electiva: para aquellas taquiarritmias estables en las que ha fallado el tratamiento farmacológico. En este caso se requiere anticoagulación previa ante el riesgo de embolismo.

El profesional de enfermería debe estar capacitado para la realización de este procedimiento, con el acompañamiento del profesional médico.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Riesgos derivados de la administración de sedantes y analgésicos, arritmia persistente, fenómenos embólicos (hemorragias cerebrales, ictus, accidentes cerebro vasculares),
- ✓ Arritmias que causen la muerte (TVSP, FV, asistolia, disociación electro-mecánica),
- ✓ Quemaduras en la piel.



CAPÍTULO X: CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON AFECCIONES DEL SISTEMA MUSCULO ESQUELÉTICO

10.1 Nombre del procedimiento: intervención de enfermería en usuario(a) con tracciones y fijaciones externas

Definición:

Las tracciones son un tipo de inmovilización terapéutica, el cual mantiene la posición por medio de una fuerza transmitida directamente al hueso a través de un pin o indirectamente a través de los tejidos blandos por tracción cutánea. La fijación debe mantener los fragmentos óseos bien alineados, aproximados, y con un grado de movilidad mínimo hasta que el proceso de regeneración y reparación del foco, proporcionen la solidez suficiente.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Mantener una reducción de la fractura mientras se lleva a cabo la consolidación.

Objetivos de enfermería:

- ✓ Prevenir mayor traumatismo en los tejidos lesionados y contracturas musculares.
- ✓ Disminuir la incidencia de complicaciones de las fracturas como embolismo grasa.
- ✓ Aplicar el Proceso de Atención de Enfermería según necesidades del usuario.

Nivel de atención:

II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional en enfermería,
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Asistentes de pacientes
- ✓ Estudiante de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Cama con cuadro balcánico.
- ✓ Poleas.
- ✓ Pesas.



- ✓ Equipo de tracción cutánea o esquelética: aguja de Kirchner, clavo de Steinmann.
- ✓ Cuerda, estribo.
- ✓ Férula de Braun o de goma espuma.
- ✓ Triángulo.
- ✓ Venda elástica.
- ✓ Solución antiséptica
- ✓ Rasuradora.
- ✓ Algodón.
- ✓ Cinta adhesiva
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Cuadros de gasa.
- ✓ Venda de King.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul o negra.

Actividades

- ✓ Realizar Proceso de Enfermería para la identificación de necesidades del usuario(a) y la ejecución del plan de cuidados de enfermería.
- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) para dar seguimiento y cumplimiento a las indicaciones médicas y registros de enfermería.
- ✓ Instruir al usuario(a) sobre el procedimiento a realizar y la necesidad de mantener inmovilizada la parte lesionada, enseñándole las actividades y movimientos que le están permitidos que movimientos puede hacer y las actividades que le están permitidas.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Ubicar al usuario(a) en una cama con cuadro balcánico y retirar las prendas de ropa de la extremidad afectada, colocando la parte afectada en la posición y alineación que indique el médico.
- ✓ Proteger la cama con el ahulado y/o sabana movable
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Propiciar un ambiente cómodo y seguro al usuario(a), en sus necesidades básicas.
- ✓ Trasladar al usuario(a) al servicio de ortopedia si tiene indicada curación por parte del especialista médico.
- ✓ Realizar valoración frecuentemente de enfermería durante las primeras 24 horas en busca de signos de alarma, como constricción, infección, hemorragia, edema y cianosis.
- ✓ Ofrecer cuidados de enfermería al usuario(a) que le permita desplazarse hacia la cabecera de la cama a intervalos frecuentes, examinando la piel en



busca de signos de presión en prominencias óseas y registrando cualquier alteración encontrada.

- ✓ Dar cuidado posterior al equipo o insumos de uso exclusivo de enfermería, siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Dejar la unidad y el cuarto de tratamiento en orden.
- ✓ Realizar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Principios:

- ✓ El proceso de atención de enfermería permite brindar cuidados oportunos al usuario(a).
- ✓ Con la revisión del expediente, verificamos la indicación médica según tipo de tracción y fijación.
- ✓ La adecuada orientación sobre los cuidados y procedimientos a realizar le permitirá percibirlos con claridad y aceptar la situación.
- ✓ Equipo necesario y completo conlleva a economía de tiempo y esfuerzo.
- ✓ La privacidad que se le brinda al usuario(a) lo hace sentirse cómodo.
- ✓ Una buena posición ayuda a efectuar el procedimiento en forma efectiva
- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas. El uso de los guantes no sustituye el lavado de manos.
- ✓ El traslado seguro del usuario(a) minimiza el riesgo de eventos adversos.
- ✓ Un ajuste adecuado de la tracción mantiene una buena circulación.
- ✓ La comodidad del usuario(a) favorece su bienestar físico y mental, contribuyendo así a su recuperación.
- ✓ La limpieza adecuada del equipo asegura su conservación y el orden ahorra tiempo y da limpieza.
- ✓ Un reporte claro y conciso del procedimiento efectuado sirve de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento.

Observaciones:

- ✓ Revisar la alineación adecuada de poleas, cuerdas, extremidad y elementos de sujeción. La inspección continua se ha de mantener por el tiempo que sea necesario, de acuerdo con la condición del usuario(a), eliminando cualquier factor que disminuya la intensidad de la tracción o altere su dirección. La tracción debe seguir el eje longitudinal del hueso.
- ✓ La observación frecuente de la piel es fundamental para prevenir complicaciones (contracturas, infección respiratoria, estreñimiento, trastornos circulatorios y respiratorios), brindando los cuidados necesarios (hidratación, masajes, colchón anti escaras, ejercicios).
- ✓ Se debe realizar curación, cada 24 horas a la entrada y salida de la aguja o clavo con una solución antiséptica de clorhexidina y dejar un apósito tapando en cada uno de los orificios



- ✓ El talón afectado del usuario(a) debe mantenerse elevado (utilizar dispositivos adecuados) y elevar la extremidad para reducir la tumefacción.
- ✓ Si se coloca tracción cutánea, el miembro afectado debe colocarse sobre la férula de Braun o férula de goma espuma, según indicación y se coloca triángulo suspendido del arco balcánico, estimulando al usuario(a) para que se agarre a él y pueda realizar movimientos y obtener cierta independencia.
- ✓ Si se coloca tracción esquelética, por lo general el usuario(a) es llevado a quirófano y el procedimiento es realizado con técnica aséptica rigurosa.
- ✓ El peso se coloca igual que en la tracción cutánea. Es importante asegurarse de que la tracción no esté demasiado ajustada y que la sangre pueda fluir bien a todas las zonas vecinas.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Desplazamiento de la lesión.
- ✓ Dolor.
- ✓ Ulceración.
- ✓ Infecciones nosocomiales.
- ✓ Trastornos de la circulación.

10.2 Nombre del procedimiento: intervención de enfermería en usuario(a) con vendajes

Definición:

El vendaje consiste en envolver y proteger una parte del cuerpo que está lesionada por diversos motivos (articulaciones, músculos, tendones y cápsulas ligamentosas), con vendas de algodón, elásticas, cohesivas, adhesivas extensibles, inextensibles y yesos oportunamente combinados para obtener alivio.

Objetivos del procedimiento:

- ✓ Envolver y proteger mediante un vendaje una parte del cuerpo que está lesionada por diversos motivos (articulaciones, músculos, tendones y cápsulas ligamentosas),

Objetivos de enfermería

- ✓ Mediante un vendaje inmovilizar o fijar una parte del cuerpo.
- ✓ Fijar o inmovilizar una parte del cuerpo mediante un vendaje.

Nivel de atención:

I, II, III.

Nivel de complejidad:

Medio



Recursos humanos:

- ✓ Profesional en enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería.

Material y equipo

- ✓ Gasa vaselinada.
- ✓ Algodón
- ✓ Venda de kling
- ✓ Venda elástica
- ✓ Apósitos especiales.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Férula
- ✓ Guantes.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul o negra.

Actividades

- ✓ Realizar valoración de enfermería y determinar plan de cuidados a ejecutar
- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) para dar seguimiento a las indicaciones médicas.
- ✓ Instruir a al usuario(a) sobre el procedimiento a realizar y la necesidad de mantener inmovilizada la parte lesionada, enseñándole qué movimientos puede hacer y las actividades que le están permitidas.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a), seleccionando el material para el vendaje y la anchura según tamaño de la parte lesionada.
- ✓ Ofrecer un ambiente de privacidad al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Ubicar al usuario(a) en la cama, retirar las prendas de ropa de la extremidad afectada, revisar la misma en busca de abrasiones, palidez, cianosis, edema, signos de infección y colocar la parte afectada en la posición y alineación correcta antes de colocar el vendaje indicado.
- ✓ Proteger la cama con el ahulado y/o sábana movable.
- ✓ Limpiar la zona a vendar y depilar las zonas de anclaje sobre la piel de las tiras adhesivas (si fuera necesario).
- ✓ Ejecutar higiene de manos nuevamente según procedimiento.
- ✓ Colocarse los guantes estériles.
- ✓ Ubicarse delante del usuario(a), sujetando la venda con el rollo hacia arriba en una mano y el extremo en la otra mano. Comenzar a colocar la venda



sobre el miembro, de forma tal que la dirección del vendaje sea del extremo distal al proximal y del medio al lateral.

- ✓ Almohadillar las prominencias óseas y las superficies de la piel que queden unidas.
- ✓ Fijar el vendaje con esparadrapo.
- ✓ Valorar inmovilidad o aislamiento, en caso de que el vendaje esté en contacto con superficies sucias.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo, aclarando todas sus dudas.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Dejar la unidad y el cuarto de tratamiento en orden.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad pre-establecidos.

Principios:

- ✓ Con la revisión del expediente, verificamos la indicación médica a cumplir según tipo de vendaje.
- ✓ La adecuada orientación sobre los cuidados y procedimientos a realizar le permitirá percibirlos con claridad, aceptar la situación y mitigar el temor.
- ✓ El cumplimiento de los principios de asepsia evita infecciones cruzadas.
- ✓ Preparar el equipo necesario conlleva a economía de tiempo, esfuerzo y reducirá el riesgo de causar ansiedad al usuario(a) a causa de retrasos innecesarios.
- ✓ Una buena posición ayuda a efectuar el procedimiento en forma efectiva.
- ✓ La privacidad que se le brinda al usuario(a) le hace sentirse cómoda.
- ✓ En presencia de lesiones colocar apósito antes de vendarlas.
- ✓ Proteger al usuario(a) adecuadamente, proporcionando comodidad para realizar el procedimiento.
- ✓ La preparación del área disminuye infecciones por eliminación de microorganismos residentes en la piel.
- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ El uso de los guantes no sustituye el lavado de manos.
- ✓ Cada vuelta debe ser cubierta con dos tercios de la anchura de la venda y aplicarla con presión firme y constante. Los apósitos deben cubrirse previamente con vendas sobre pasando el borde al menos en 5 cm.



- ✓ Evitar la fricción y la consiguiente abrasión.
- ✓ El calor y la humedad de los vendajes favorecen el crecimiento de microorganismos y dejar expuesto el extremo distal del miembro, para comprobar la calidad de la circulación sanguínea.
- ✓ Ante la presencia de síntomas de frialdad, pérdida de color, edema, dificultad para respirar en vendajes torácicos y sensación de entumecimiento en la zona distal, aflojar el vendaje, indica falla en la circulación sanguínea.

Observaciones:

- ✓ Limitar movimientos en partes afectadas (fracturas).
- ✓ Fijar en un sitio los aparatos de tracción.
- ✓ Auxiliar el retorno de la sangre venosa de las extremidades al corazón.
- ✓ Brindar protección al usuario, evitando la exposición de la lesión al medio ambiente.
- ✓ No iniciar ni finalizar el vendaje directamente sobre una herida o un área sobre la que sea posible que el usuario(a) ejerza algún tipo de presión (Ej. cara posterior del muslo).

Al cambiar o retirar el vendaje tener presente lo siguiente:

- ✓ Dirigir la punta de la tijera hacia abajo.
- ✓ Utilizar tijeras corta vendajes, o bien con la punta redondeada.
- ✓ No ejercer la fuerza para cortar el vendaje.
- ✓ Abrir el vendaje por los lados, nunca por el frente
- ✓ Si no tiene pre vendaje, abrir un poco el vendaje por la parte de arriba a ambos lados y sumergir el segmento en agua tibia y un poco de jabón líquido para suavizarlo.
- ✓ Evitar que el vendaje sea un reservorio de microorganismos.
- ✓ La comodidad del usuario(a) favorece su bienestar físico y mental, contribuyendo así a su recuperación
- ✓ El lavado cuidadoso y frecuente de manos, protege a la enfermera(o) y usuario(a), evitando la diseminación de enfermedades.
- ✓ Un reporte claro y conciso del procedimiento efectuado sirve de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento.
- ✓ Retirar los restos de goma con vaselina y/o crema humectante.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Ocultar heridas mal tratadas.
- ✓ Excesiva compresión, provocando obstrucción del retomo sanguíneo.
- ✓ No mantener la constante anatomía y funcionalidad del miembro en el momento de realizar el vendaje.
- ✓ La presencia de arrugas y pliegues que pueden producir lesiones dérmicas.



10.3 Nombre del procedimiento: Colocación de vendas elásticas en miembros inferiores

Definición:

Es la utilización de vendaje elástico en miembros inferiores en el usuario(a), con el fin de ejercer compresión progresiva, de la parte distal a la proximal a nivel de la extremidad, para favorecer el retorno venoso.

Objetivo:

- ✓ Prevenir o reducir la inflamación.
- ✓ Proporcionar una inmovilidad.
- ✓ Favorecer el retorno venoso.
- ✓ Prevenir la hemorragia.

Nivel de atención:

I, II, III.

Clasificación:

Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional en enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Estudiante de enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Vendas elásticas.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul o negra.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud al usuario(a) para dar seguimiento a las indicaciones médicas.
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) sobre el procedimiento a realizar y la necesidad de mantener vendada la extremidad, enseñándole qué movimientos puede hacer y las actividades que le están permitidas.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar y trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Ubicar al usuario(a) en la cama, retirar las prendas de ropa de la extremidad a vendar, revisar la misma en busca de abrasiones, palidez, cianosis y



- edema, antes de colocar el vendaje indicado. Mantener la parte del cuerpo lesionada en la posición en la que estará cuando el vendaje esté finalizado.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición cómoda y relajada, en función de la zona que se ha de vendar: decúbito supino, sedestación y en posición funcional.
 - ✓ Proteger la cama con el ahulado y/o sábana movable
 - ✓ Ejecutar higiene de manos nuevamente según procedimiento.
 - ✓ Estirar la venda en un 50%, al momento de la colocación y conforme se va realizando el vendaje.
 - ✓ Colocarse del lado de la lesión del usuario(a) e iniciar la colocación desde la base de los dedos del pie hasta la mitad de la pierna. La segunda venda continúa desde este último sitio hasta debajo de la rodilla, terminando el vendaje en forma de espiga. Los dedos del pie deben quedar descubiertos.
 - ✓ Al terminar de colocar la venda, preguntar al usuario(a) si se siente cómodo con el vendaje o si está demasiado ajustado. Si el vendaje está demasiado apretado, se debe aflojar.
 - ✓ Dejar al usuario(a) cómodo, aclarando todas sus dudas y la unidad en orden.
 - ✓ Dejar la unidad y cuarto de tratamiento en orden.
 - ✓ Ejecutar higiene de manos según procedimiento.
 - ✓ Brindar educación sobre el auto colocación de vendas elásticas en miembros inferiores en el ámbito extra hospitalario.
 - ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos y considerando: fecha, hora de colocación, tipo de vendaje colocado, tolerancia del usuario(a) al procedimiento, coloración del pie y nombre firma y código del profesional de enfermería que realiza la procedimiento.

Principios:

- ✓ Con la revisión del expediente, verificamos la indicación médica a cumplir.
- ✓ La adecuada orientación sobre los cuidados y procedimientos a realizar le permitirá percibirlos con claridad, aceptar la situación y mitigar el temor.
- ✓ Alistar el equipo necesario conlleva economía de tiempo, esfuerzo y reduce el riesgo de causar ansiedad al usuario(a) a causa de retrasos innecesarios.
- ✓ La privacidad que se le brinda al usuario(a) lo hace sentirse cómodo. La posición ergonómica variará según la zona que haya que vendar.
- ✓ Una buena posición ayuda a efectuar el procedimiento en forma efectiva.
- ✓ En presencia de lesiones, colocar apósito antes de vendar.
- ✓ La preparación del área disminuye infecciones por eliminación de microorganismos residentes en la piel.
- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ Las vendas deben utilizarse mientras mantienen su elasticidad; no deben usarse si presentan carriles, daños o áreas estiradas; de lo contrario, hay que cambiarlas por vendas nuevas.
- ✓ El vendaje debe quedar plano, sin arrugas. Al colocarlo no tiene que cruzarse sobre su cuerpo para aplicar las vendas. Se debe ir sobreponiendo la mitad



del ancho de la venda en cada vuelta, verificando que los ganchos de sujeción de la venda no lastimen la piel del usuario(a), si estos quedan debajo de la pierna. Utilizar esparadrapo.

- ✓ El vendaje debe quedar uniforme, de forma que se observe el “ojo de la tela” de la misma forma en todas las vueltas que se dé a la venda.
- ✓ La comodidad del usuario(a) favorece su bienestar físico y mental, contribuyendo así a su recuperación.
- ✓ La limpieza adecuada del equipo asegura su conservación y el orden ahorra tiempo y da sensación de limpieza.
- ✓ Un reporte claro y conciso del procedimiento efectuado sirve de ayuda al diagnóstico y/o tratamiento.

Observaciones:

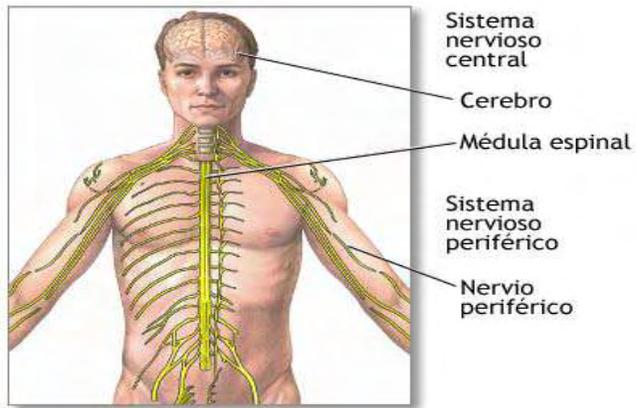
- ✓ Comprueba la circulación e indique al usuario(a) que reporte al profesional de enfermería en caso de presentar calambres, frialdad en miembros inferiores, hormigueo u otras molestias. Se recomienda revisar miembros cada 10 minutos tras la colocación del vendaje, para asegurar la circulación correcta.
- ✓ El uso de los guantes no sustituye el lavado de manos.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Síndrome compartimental.
- ✓ Disfunción neurovascular periférica.
- ✓ Deterioro de la integridad cutánea.
- ✓ Dolor.
- ✓ Deterioro de la movilidad física.



CAPITULO XI: INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA AL USUARIO(A) DURANTE LA REALIZACIÓN DE EXÁMENES ESPECIALES



Imágenes con fines ilustrativos

11.1 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en electroencefalograma

Definición:

Es un examen no invasivo que mide la actividad eléctrica en el cerebro. Se basa en el registro de la actividad bioeléctrica cerebral, en condiciones basales de reposo, en vigilia o sueño.

Objetivo:

- ✓ Dar acompañamiento y cuidado para el estudio diagnóstico.

Nivel de atención:

III.

Nivel de complejidad:

Bajo

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Auxiliar de enfermería,
- ✓ Asistente
- ✓ Estudiantes de Enfermería con supervisión.



Equipo y material:

- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Orden de examen.
- ✓ Bolígrafo de tinta azul o negra.
- ✓ Zampo.
- ✓ Paño.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud y programación de fecha y hora del estudio.
- ✓ Informar y solicitar el consentimiento informado al usuario(a).
- ✓ Informar al usuario(a) antes del examen que:
 - Deje de tomar medicamentos antidepresivos, estimulantes o anti convulsionantes, el día anterior.
 - En caso de hospitalización no administrar el día anterior los antidepresivos estimulantes o anti convulsionantes
 - Evite la ingesta de cafeína un día antes y el día del examen.
 - Solicitarle que lave y seque el cabello y que no utilice fijador (si está hospitalizado brindar asistencia si es necesario).
- ✓ Coordinar el traslado del usuario a la sala del estudio.
- ✓ Entregar al personal de sala de electroencefalografía, el usuario(a), el expediente de salud y la orden del estudio.
- ✓ Coordinar el regreso del usuario a su unidad, una vez que concluya el estudio.
- ✓ Acompañar al usuario(a) para que se lave la cabeza y para retirar el gel conductor.
- ✓ Registrar en la nota de enfermería, la realización del examen.

Principios.

- ✓ La información al usuario disminuye la ansiedad y favorece la cooperación.
- ✓ La identificación del usuario permite seguridad del cuidado. Previene reclamos legales y evita errores de identificación.
- ✓ La cafeína es un estimulante que altera la actividad eléctrica cerebral.
- ✓ El registro de enfermería evidencia el cumplimiento de la indicación y las actividades de cuidado.

Observaciones

- ✓ Después del examen debe lavarse el cabello, para evitar que se adhiera la pasta conductora ya que esta se endurece.

Riesgos relacionado con el procedimiento:

- ✓ Trauma.
- ✓ Sangrado



11.2 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en arteriografía cerebral

Definición:

Procedimiento diagnóstico que permite la visualización del sistema arterial, por inyección de un medio radiopaco y rayos X, para ver cómo fluye la sangre a través del cerebro.

Objetivos:

- ✓ Identificar masas cerebrales.
- ✓ Evaluar las arterias de la cabeza y el cuello antes de una cirugía.
- ✓ Localizar un coágulo que pueda haber causado un accidente cerebro vascular.

Nivel atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiantes.
- ✓ Asistente de pacientes.

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Camilla
- ✓ Ropa verde para el usuario.

Equipo de uso exclusivo en la sala de radiología:

- ✓ Biombo.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Ropa verde estéril para el personal de la sala.
- ✓ Delantal de alta protección grados 3 y 4
- ✓ Guantes de diferente talla o número.
- ✓ Carro para curación o mesa metálica.
- ✓ Introdutor de catéter 7 y 8.
- ✓ Catéter 6, 6 ½ y 7.
- ✓ Agujas para puncionar arteria número 16 por 3¼.



- ✓ Jeringas desechables de 10-20 y 50 cc.
- ✓ Agujas desechables 18, 20, 22.
- ✓ Agujas número 14 x 2½.
- ✓ 1 llave de 3 vías desechable.
- ✓ Catéter cerebral 7, 8.
- ✓ Inyector a presión para aplicar medio de contraste a utilizar.
- ✓ Equipo para arteriografía de vascular periférico (ya sea translumbar o femoral).
- ✓ Equipo de monitoreo.
- ✓ Equipo de protección radiológica según norma institucional.
- ✓ Una mesa de Mayo o similar, cubierta con sábana estéril; sobre esta un campo de ojos donde se coloca:
 - ✓ 4 campos cerrados.
 - ✓ Cuadro de gasa.
 - ✓ 2 yodines para el medio de contraste.
 - ✓ 1 pinza hemostática (mosquito) recta.
 - ✓ 1 pinza hemostática (mosquito) curva.
 - ✓ 1 mango de bisturí.
 - ✓ 1 extensión para soluciones.
 - ✓ 1 llave de tres vías.
 - ✓ Aguja 17 x 3 ½.
 - ✓ 1 aguja translumbar 18 x 1.
 - ✓ Vasija de esponja para suero fisiológico.
 - ✓ Solución fisiológica.
 - ✓ Solución antiséptica según norma institucional.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

Día anterior

- ✓ Identificar e informar al usuario(a) sobre el procedimiento.
- ✓ Facilitar privacidad al usuario(a).
- ✓ Preparar el área anatómica según indicación médica.
- ✓ Informar al usuario(a) mantenerse en ayunas desde las 8 de la noche del día anterior o según indicación médica.
- ✓ Revisar en el expediente de salud los exámenes de laboratorio.
- ✓ Hacer los registros en la Hoja de Requisitos Preoperatorios.

Día del examen.

- ✓ Revisar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) se encuentre NVO, o según indicación.
- ✓ Ejecutar higiene de manos según procedimiento.



- ✓ Revisar la preparación del usuario(a).
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Revisar y completar la Hoja de Requisitos Preoperatorios.
- ✓ Solicitar al usuario que miccione antes del procedimiento.
- ✓ Valorar en caso de requerir colocación de sonda Foley.
- ✓ Vestir al usuario(a) con ropa verde.
- ✓ Administrar premedicación indicada.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- ✓ Transportar al usuario(a) en camilla, a la sala para el procedimiento (rayos x), acompañado por el personal de enfermería asignado, con el expediente de salud y orden del examen.

En la sala de rayos x

- ✓ Posicionar al usuario(a), sobre la mesa de exploraciones, velando por su máxima comodidad.
- ✓ Dar apoyo psicológico al usuario(a), a fin de procurar su tranquilidad y relajación.
- ✓ Acercar la mesa quirúrgica a la mesa para el procedimiento
- ✓ Realizar higiene de manos.

En el salón de procedencia.

- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Recibir al usuario(a) procedente del servicio de rayos x, al concluir el examen
- ✓ Monitorear los pulsos distales del usuario(a) y notificar al médico tratante, cualquier alteración.
- ✓ Medir y registrar signos vitales: cada 15 minutos # 4 veces, cada 30 minutos # 4 veces, cada hora # 4 veces.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición de decúbito supino sobre la cama, procurando que el miembro inferior por donde se ha abordado esté extendido y en absoluto reposo durante 24 horas.
- ✓ Vigilar el vendaje durante los primeros 30 minutos, valorando el manchado del mismo, a fin de sospechar hemorragias incipientes y prevenir grandes hematomas.
- ✓ Palpar los pulsos distales de la extremidad puncionada cada 15 minutos durante la primera hora y cada 60 minutos en las siguientes 24 horas preferiblemente o según indicación médica. Estos últimos controles, se realizan con el fin de evidenciar posibles hemorragias.
- ✓ Procurar una buena hidratación del usuario(a), manteniendo la fluido terapia salina indicada, a fin de que el medio de contraste se excrete adecuadamente
- ✓ Vigilar la diuresis y notificar en caso necesario.
- ✓ Vigilar por reacciones adversas tardías al medio de contraste.
- ✓ Reiniciar la ingesta vía oral, según indicación médica



- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad.
- ✓ Realizar higiene de manos

Observaciones

- ✓ Los resultados de la creatinina deben estar dentro de los valores normales, a fin de que la función renal del usuario(a), no esté alterada.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Detección tardía de complicaciones del procedimiento.
- ✓ Daño renal residual.
- ✓ Trauma
- ✓ Dolor

11.3 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en tomografía axial computarizada

Definición:

Es un estudio por imágenes que muestra cortes anatómicos del órgano en estudio.

Objetivo:

- ✓ Dar el cuidado y acompañamiento necesario para la realización del estudio diagnóstico.
- ✓ Detectar alteraciones del sistema nervioso.
- ✓ Identificar y/o confirmar un diagnóstico.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Profesionales enfermería.
- ✓ Auxiliares de enfermería.
- ✓ Estudiante con supervisión.
- ✓ Asistente de pacientes

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Equipo de toma de vía.
- ✓ Camilla o silla.



Actividades

- ✓ Lavarse las manos.
- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud y en la orden de solicitud del estudio.
- ✓ Verificar los datos de identificación del usuario(a), el día y la hora asignada
- ✓ Informar al usuario(a), del procedimiento y solicitar el consentimiento.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales
- ✓ Si el estudio es con medio de contraste:
 - Verificar que esté disponible el reporte de estudio de función renal (nitrógeno ureico y creatinina). Si están alterados informar al médico para lo procedente.
 - Verificar, anotar e informar sobre historia de alergias en el usuario(a).
 - Verificar que el usuario(a) no haya ingerido alimentos en las últimas cuatro horas.
 - Canalizar vía periférica con catéter número 18.
- ✓ Solicitar al funcionario de enfermería el traslado y acompañamiento del usuario(a) a la sala de rayos x según lo requiera su estado de salud.
- ✓ El auxiliar de enfermería designado a la sala de rayos x verifica el cumplimiento de los requisitos anteriores y aplica el medio de contraste.
- ✓ El funcionario de enfermería da el acompañamiento necesario para que el usuario(a) se coloque en la mesa de estudio.
- ✓ El funcionario de enfermería da el acompañamiento necesario para regresar al usuario(a) a su unidad, una vez concluido el estudio.
- ✓ La enfermera(o) registra en la nota de enfermería, siguiendo criterios de calidad, la realización del estudio.

Principios

- ✓ Prevención de la programación de microorganismos.
- ✓ Previene acciones de orden legal.
- ✓ Permite la seguridad en el cuidado y previene accidentes.
- ✓ Previene reclamos de orden legal y evidencia el cuidado.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Errores de identificación de usuario(a).
- ✓ Reacciones alérgicas.
- ✓ Daño renal residual.



11.4 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en resonancia magnética

Definición:

Es un estudio por imágenes de las estructuras, que muestra cortes anatómicos del órgano en estudio.

Objetivo:

- ✓ Dar el cuidado y acompañamiento necesario para la realización del estudio diagnóstico.
- ✓ Detectar alteraciones del sistema nervioso.

Nivel de atención:

III

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Profesionales enfermería.
- ✓ Auxiliares de enfermería.
- ✓ Estudiante con supervisión.
- ✓ Asistente de pacientes.

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Equipo de toma de vía.
- ✓ Camilla o silla.
- ✓ Medio de contraste.

Actividades

- ✓ Realizar higiene de las manos.
- ✓ Revisar indicación en el expediente de salud, la orden de solicitud del estudio.
- ✓ Solicitar el consentimiento al usuario(a) y verificar su autorización.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Si el estudio es con medio de contraste:
 - Verificar el reporte de estudio de la función renal (nitrógeno ureico y creatinina). Si los resultados están alterados, informar al médico para lo procedente.
 - Verificar e informar sobre historia de alergias del usuario(a).
 - Canalizar vía periférica con catéter número 18 en el miembro superior derecho.



- Pesar y anotar. Coordinar con nutrición para que calcule las medidas antropométricas.
- No portar objetos metálicos.
- ✓ Coordinar el traslado y acompañamiento del usuario(a) a la sala de Rx.
- ✓ La enfermera(o) o, por delegación, el auxiliar de enfermería designado a la sala de resonancia debe verificar el cumplimiento de los requisitos anteriores y aplicar el medio de contraste.
- ✓ Entregar al personal de sala de resonancia al usuario(a), el cual lo acompañará en sala del resonador.
- ✓ Coordinar el acompañamiento al usuario(a) para el regreso a su unidad, una vez concluido el estudio y observar por efectos secundarios.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería, siguiendo criterios de calidad.

Principios:

- ✓ Permite la seguridad en el cuidado y previene accidentes.

Observaciones:

- ✓ Los menores de edad deben ser acompañados por los padres quienes firman el consentimiento.
- ✓ El usuario(a) no debe haber ingerido alimentos en las últimas cuatro horas.
- ✓ El usuario debe estar Nada Via Oral, en el caso de examen de órganos abdominales.
- ✓ Para el examen de vías urinarias, el usuario(a) debe tener la vejiga llena; si tiene sonda Foley, pinzarla 4 horas antes del estudio.
- ✓ Si se trata de un estudio de cerebro, el usuario debe tener el cabello limpio, sin prensas, ni fijadores.
- ✓ Si se trata estudios óseos, debe haber estudios radiológicos previos.
- ✓ En los usuarios portadores de prótesis metálicas o que estén conectados a un ventilador o marcapasos, la resonancia magnética no se puede realizar como medio diagnóstico.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Errores de identificación del usuario(a).
- ✓ Reacciones alérgicas.
- ✓ Daño renal residual.
- ✓ Lesión por atracción electromagnética.
- ✓ Alteración emocional por estado claustrofóbico.



11.5 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en punción lumbar

Definición:

Es un procedimiento de diagnóstico o de tratamiento utilizado para recolectar líquido cefalorraquídeo con el fin de determinar la presencia de una enfermedad o lesión. Se inserta una aguja en la parte inferior de la columna vertebral, generalmente entre la tercera y cuarta vértebra lumbar, y una vez que la aguja está en el espacio subaracnoideo (espacio entre la médula espinal y su cobertura, las meninges), se pueden medir las presiones y recolectar líquido para evaluarlo.

Objetivo:

- ✓ Obtener muestras de líquido cefalorraquídeo para diagnóstico y tratamiento.
- ✓ Medir la presión del líquido cefalorraquídeo.
- ✓ Extraer líquido cefalorraquídeo para aliviar la presión intracraneana.
- ✓ Administrar algún medicamento.
- ✓ Establecer la presencia de sangre y otros componentes en el líquido cefalorraquídeo.
- ✓ Promover cooperación del usuario mediante los cuidados de enfermería y la orientación sobre el procedimiento.

Nivel de atención:

III

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiantes con supervisión.
- ✓ Asistentes de pacientes.

Material y equipo:

- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Equipo de punción lumbar estéril.
- ✓ Tubos de ensayo estériles.
- ✓ Una jeringa de 2 mililitros.
- ✓ Jeringa de 3-10 y 15 mililitros (si se requiere administrar medicamentos).
- ✓ Raquimanómetro estéril con llave de tres vías.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Agua estéril.



- ✓ Antiséptico establecido por Comité de Infecciones Intrahospitalarias.
- ✓ Frasco con jabón antiséptico.
- ✓ Frasco con anestésico local.
- ✓ Medicamento preparado si está indicado.
- ✓ Delantal estéril.
- ✓ Cubre bocas, gorro.
- ✓ Torundas de algodón estéril.
- ✓ Campo estéril abierto.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Verificar la identidad del usuario(a), la fecha y hora concedida para el examen.
- ✓ Realizar lavado de manos según procedimiento.
- ✓ Informar al usuario(a) acerca del procedimiento.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Preparar el equipo de punción lumbar y los insumos necesarios.
- ✓ Abrir el equipo de punción lumbar; agregar el raquimanómetro, jeringa para administrar medicamentos y aguja corriente raquídea.
- ✓ Agregar antiséptico a las torundas de gasa, que se encuentran dentro del recipiente.
- ✓ Colocar al usuario en posición decúbito lateral derecho o izquierdo (según indicación médica), con muslos y piernas flexionadas, arqueando la espalda (posición fetal).
- ✓ Colocar un brazo alrededor de los muslos y el otro alrededor del cuello, entrelazando las manos por delante del usuario(a).
- ✓ Descubrir la zona anatómica a puncionar en el usuario (a).
- ✓ Proveer anestésico local al médico, si lo solicita.
- ✓ Informar al usuario(a) que respire con suavidad y no detener su respiración o hacer fuerza durante el procedimiento.
- ✓ Observar y detectar signos y síntomas como: coloración de tegumentos, respiración, movimientos anormales, quejido o llanto quejumbroso, cefalea, vómitos, convulsiones u otros.
- ✓ Rotular la muestra del líquido recolectada, con el nombre del usuario(a), número de expediente, nombre del servicio, fecha y número de cama, al laboratorio.
- ✓ En la zona de punción colocar cinta adhesiva estéril; el médico la coloca en forma compresiva.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición decúbito dorsal, sin almohada, de acuerdo a indicación médica.
- ✓ Elaborar nota de enfermería en el expediente de salud, cumpliendo criterios de calidad establecidos, especificando:



- Hora en que se realizó la prueba.
 - Nombre del médico que realizó la punción lumbar.
 - Cantidad de líquido extraído.
 - Características del líquido extraído (purulento, cristalino), goteo lento o rápido, medicamentos aplicados por el médico.
 - Condición del usuario(a) antes, durante y después del procedimiento.
 - Nombre y número de licencia del profesional de enfermería que brindó asistencia y cuidados durante el procedimiento.
- ✓ Dar el cuidado posterior al equipo, siguiendo las Normas para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones y puntos clave

- ✓ No reforzar la ingestión de líquidos

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Trauma.
- ✓ Dolor en el sitio de punción.
- ✓ Cefalea.
- ✓ Infección.

11.6 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en la valoración de signos neurológicos

Definición:

"Signo neurológico blando" se refiere a los hallazgos que son consecuencia del deterioro en la integración de tres áreas funcionales de alto orden: integración de unidades sensoriales más complejas, coordinación de la actividad motora, y secuenciación de los patrones motores.

Objetivos:

- ✓ Detección oportuna de signos y síntomas relacionados con el deterioro neurológico.

Niveles de atención:

- ✓ II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.



Recursos humanos

- ✓ Profesional de enfermería, auxiliar de enfermería, estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Linterna.
- ✓ Regla milimetrada transparente.
- ✓ Formulario de valoración de Glasgow

Actividades

- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento
- ✓ Solicitar el consentimiento al usuario(a) para el procedimiento.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición decúbito supino y proporcionar privacidad con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Valorar :
 - El nivel de conciencia haciendo preguntas sencillas.
 - La apertura ocular y asignar puntaje.
 - La respuesta verbal y asignar puntaje.
 - La respuesta motora y asignar puntaje.
 - Si existe desviación de la comisura bucal a la izquierda o derecha.
 - La reacción pupilar:
- ✓ Oscurecer la habitación.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que fije la mirada en un objeto.
- ✓ Levantar el párpado y enfocar la luz de la linterna a un lado; luego desplazarla hacia el usuario(a) iluminando directamente el ojo.
- ✓ Repetir el procedimiento en el otro ojo.
- ✓ Observar movimientos o desviaciones anormales.
- ✓ Registrar la respuesta pupilar:
- ✓ Elaborar nota de enfermería según los criterios de calidad y enfatizando diferencias entre una y otra pupila.
- ✓ Limpiar y ordenar el material utilizado.

Observaciones:

- ✓ Los estímulos dolorosos se aplican en las tetillas y extremidades superiores controlando la fuerza y rotando las zonas.
- ✓ La escala está compuesta por la exploración y cuantificación de tres parámetros:

Apertura ocular

Espontánea: 4 puntos

A la orden: 3 puntos

Ante un estímulo doloroso: 2 puntos

Ausencia de apertura ocular: 1 punto



Respuesta verbal

Orientado correctamente: 5

Paciente confuso: 4

Lenguaje inapropiado (p. ej. Interjecciones: 3

Lenguaje incomprensible (p. ej. gruñidos, suspiros, etc.): 2

Carencia de actividad verbal: 1

Respuesta motora

Obedece órdenes correctamente: 6

Localiza estímulos dolorosos (p. ej. presión sobre el lecho ungueal): 5

Evita estímulos dolorosos retirando el segmento corporal explorado: 4

Respuesta con flexión anormal de los miembros: 3

Respuesta con extensión anormal de los miembros: 2

Ausencia de respuesta motora: 1 La oscuridad permite la óptima apreciación del reflejo fotosensible.

- ✓ El valor más bajo que puede obtenerse es de **3** (1 + 1 + 1), y el más alto de **15** (4 + 5 + 6).
- ✓ Las preguntas sobre datos personales, referentes al entorno y tiempo en que vive son apropiadas para verificar el estado de orientación. El nivel de conciencia se altera por depresión del sistema de alerta del tronco encefálico.
- ✓ Estos signos se pueden evidenciar en comportamientos como confusión en la discriminación entre la derecha y la izquierda, disdiadococinecia, astereoagnosia y grafestesia, entre otros.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Inadecuada interpretación.
- ✓ Hematomas.
- ✓ Dolor.

11.7 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en la valoración del estado de sedación

Definición:

Actividades de enfermería dirigidas a realizar una valoración efecto del estado sedación del usuario(a).

Objetivo:

- ✓ Valorar el nivel sedación a usuario(a) sometido a tratamiento inducido.
- ✓ Detectar alteraciones del sistema nervioso
- ✓ Prevenir eventos adversos relacionados con la sedación.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Nivel de atención:

- ✓ II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Profesionales enfermería,
- ✓ Auxiliares de enfermería,
- ✓ Estudiante con supervisión.

Material y equipo:

- ✓ Formulario de controles especiales.
- ✓ Escala de valoración Ramsey

Actividades:

- ✓ Identificar al usuario, informarle y solicitarle el consentimiento.(obviar solicitud en los usuarios sedados)
- ✓ Medir y registrar los signos vitales
- ✓ Valorar el estado de sedación
- ✓ Asignar puntaje según la escala de Ramsey:
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo criterios de calidad.

Observaciones:

- ✓ La valoración inicial del usuario(a) permite un diagnóstico de enfermería eficaz y oportuno.
- ✓ La sedación afecta el estado de conciencia y la respuesta a estímulos:
- ✓ La escala más utilizada en la clínica es la de Ramsey:
 - Nivel 1: usuario(a) ansioso agitado o inquieto
 - Nivel 2: usuario(a) cooperadora, orientada, tranquilo
 - Nivel 3: usuario(a) dormido, responde a órdenes
 - Nivel 4: usuario(a) dormido, respuesta rápida a estímulos
 - Nivel 5: usuario(a) dormido, respuesta lenta a estímulos
 - Nivel 6: usuario(a) dormido, ausencia de respuesta.
- ✓ Los registros adecuados permiten procesos de control y seguimiento.
- ✓ La sedoanalgesia proporciona comodidad, disminuye la ansiedad y mitiga el dolor, especialmente en las situaciones con severo compromiso hemodinámico e insuficiencia respiratoria que precisan ventilación mecánica, importante en una buena adaptación al ventilador, así como descenso del consumo de oxígeno.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Errores en la interpretación
- ✓ Error en la valoración de signos y síntomas.
- ✓ Error en la asignación del puntaje.



CAPÍTULO XII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AFECCIONES RELACIONADAS CON EL SISTEMA DIGESTIVO

12.1 Nombre del procedimiento: Alimentación asistida

Definición:

Se refiere a la administración adecuada de un régimen dietético de acuerdo con las necesidades del usuario(a), a la valoración de enfermería e indicación médica.

Objetivo:

- ✓ Satisfacer las necesidades básicas de nutrición del usuario(a).
- ✓ Valorar el grado de apetito del usuario(a).
- ✓ Asegurar que el usuario(a) reciba los diferentes tiempos de alimentación en forma oportuna.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad

- ✓ Medio.
- ✓ Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o),
- ✓ Auxiliar de enfermería,
- ✓ Estudiantes de enfermería
- ✓ Asistente de pacientes.
- ✓ Familiar.

Material y equipo:

- ✓ Mesa puente para servir alimentos.
- ✓ Vasija con agua.
- ✓ Jabón de pastilla.
- ✓ Alimentos indicados.
- ✓ Cuchara, vaso, pajilla.
- ✓ Azafate.
- ✓ Equipo para higiene bucal.



Actividades

- ✓ Informar al usuario(a) sobre la importancia del soporte nutricional en su recuperación
- ✓ Verificar el tipo de dieta indicada.
- ✓ Valorar si el usuario(a) tiene dificultad para deglutir o masticar sus alimentos.
- ✓ Ofrecer vasija (riñón) con agua y jabón de pastilla para que el usuario(a) se lave las manos.
- ✓ Verificar que los alimentos servidos sean los correspondientes al tipo de dieta indicada.
- ✓ Colocar al usuario(a) según su condición en posición fowler o sentado en silla.
- ✓ Asistir al usuario(a) en la higienización de sus manos o boca.
- ✓ Retirar la vajilla y el equipo utilizado para la higiene
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios científicos

- ✓ La dieta indicada favorece la recuperación del usuario y disminuye costos.
- ✓ La higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ Una buena presentación de los alimentos estimula el apetito en el usuario(a).
- ✓ El usuario(a) puede no distinguir entre frío o caliente y puede quemarse la boca.
- ✓ Una buena posición ayuda en el aspecto físico y emocional, estimulando a recibir sus alimentos.

Observaciones y puntos clave.

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) previene errores.
- ✓ Informar al usuario promueve la seguridad y la confianza y mejora la calidad de la atención.
- ✓ La participación del usuario en acciones que puede realizar promueve el auto cuidado.
- ✓ El reporte en la nota de enfermería, sobre la aceptación de los alimentos por parte del usuario(a), contribuye a la continuidad de su tratamiento.
- ✓ Valorar el apetito, la aceptación, tolerancia y preferencia a los alimentos
- ✓ El retirar los restos de alimentos o los utensilios ya usados de la vista del usuario(a)
- ✓ proporciona a este bienestar físico y emocional.
- ✓ Verificar la cantidad de alimentos ingeridos, así como su tolerancia en el usuario.
- ✓ Estimular al usuario(a) a comer despacio, ingiriendo una porción de comida por vez.

Riesgos:

- ✓ Atragantamiento.
- ✓ Bronco aspiración.



12.2 Nombre del procedimiento: Alimentación enteral por sonda nasogástrica

Definición:

Es una técnica de soporte nutricional, que consiste en administrar una fórmula alimentaria líquida de características especiales, mediante la cual se aportan sustancias nutritivas directamente al aparato digestivo, por medio de sondas introducidas por vía nasal o enterostomía y gastrostomía, en situaciones en que el usuario(a) no deba, no pueda, o no quiera ingerir alimentos en cantidades suficientes para mantener un desarrollo nutricional adecuado.

Objetivos:

- ✓ Proveer los nutrientes requeridos por el organismo cuando la alimentación oral no es posible, suficiente o conveniente, estando el tracto gastrointestinal funcional
- ✓ Mantener la integridad del tracto gástrico intestinal.
- ✓ Mantener la morfología y la función del intestino.

Niveles de atención.

- ✓ I, II, III y en el hogar.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería y del Programa auxiliar de enfermería (con supervisión).
- ✓ Auxiliar de enfermería (con supervisión).
- ✓ Familiar (previa capacitación y guía).

Material y equipo:

- ✓ Azufate estéril
- ✓ Uso de otros dispositivos de seguridad en caso necesario
- ✓ Equipo para alimentación por sonda nasogástrica.
- ✓ Set para bomba de infusión enteral.
- ✓ Bomba de infusión para nutrición enteral.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Agua.
- ✓ Alimentación o fórmula indicada
- ✓ Sábana de tratamiento
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.



Actividades

- ✓ Revisar el expediente y verificar el tipo de dieta indicada
- ✓ Informar al usuario(a) sobre el procedimiento. (Instruir al usuario sobre la importancia del soporte nutricional en su recuperación)
- ✓ Trasladar a la unidad del usuario(a) el equipo completo
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Realizar limpieza bucal y de fosas nasales en cada turno.
- ✓ Retirar los guantes.
- ✓ Solicitar o recibir, de la sala de fórmulas, la nutrición enteral.
- ✓ Revisar los siguientes datos de la etiqueta de la alimentación por gastroclisis, contra expediente de salud del usuario(a):
 - Nombre del usuario(a) (a).
 - Número de cama.
 - Fecha de preparación.
 - Cantidad indicada.
- ✓ Fecha de vencimiento.
- ✓ Revisar que la fórmula por tomas sea la correcta. (Nombre del usuario(a) y cantidad indicada).
- ✓ Verificar que la sonda esté bien colocada y sea permeable.
- ✓ Medir el residuo gástrico antes de colocar la fórmula y anotar el dato en el expediente de salud.
- ✓ Mantener al usuario(a) en posición Fowler.
- ✓ Colocar el paño o sábana de tratamiento.
- ✓ Adaptar la bomba de infusión al soporte portátil para soluciones (gigante) y adaptar el cassette.
- ✓ Adaptar la solución de los nutrientes en el set de la bomba de infusión.
- ✓ Eliminar el aire del set con la solución, hasta verificar la salida completa de aire.
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Retirar los guantes.
- ✓ Adaptar el set de la bomba de infusión a la sonda nasogástrica del usuario(a).
- ✓ Programar la bomba de infusión, con frecuencia, dosis y límite.
- ✓ Detener la nutrición enteral una hora antes y una hora después de la administración de medicamentos, que interactúen con los alimentos.
- ✓ Informar a la sala de fórmulas cuando se suspenda la nutrición enteral.
- ✓ Observar que el usuario(a) permanezca cómodo y en posición semifowler.
- ✓ Observar en el usuario(a) cambios con respecto a signos y síntomas secundarios a la alimentación.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos. Se deben incluir los siguientes criterios:
 - Hora de inicio de la nutrición enteral.
 - Tolerancia de la nutrición.
 - Cantidad de residuo gástrico.
 - Número y características de las deposiciones.



- ✓ Realizar el cuidado al equipo posteriormente.
- ✓ Lavar el contenedor o la bolsa de alimentación enteral con agua a la orilla de la cama del usuario(a) para eliminar residuo de la fórmula anterior y luego verter la nueva fórmula.
- ✓ Dejar la unidad en orden.
- ✓ Dar alimentación enteral con jeringa asepto
- ✓ Colocar los guantes.
- ✓ Dar a probar un poquito de la fórmula por vía oral.
- ✓ Pinzar o retirar la cárpula de la sonda de gastrostomía o yeyunostomía.
- ✓ Adaptar la jeringa asepto a la sonda y aspirar
- ✓ Comprobar la permeabilidad de la sonda con 30 ml de agua
- ✓ Llenar la jeringa asepto con el alimento.
- ✓ Mantener la jeringa asepto elevada, según la velocidad que se desea administrar los alimentos.
- ✓ Acodar la sonda de inmediato antes y cada vez que se vacíe el alimento de la jeringa asepto.
- ✓ Administrar una copa de agua, al terminar el alimento.
- ✓ Acodar la sonda para retirar la jeringa asepto y colocar cárpula.
- ✓ Dejar cómodo al usuario
- ✓ Medir y registrar el peso del usuario(a), una vez por semana, según protocolo del hospital.
- ✓ Cambiar las bolsas de alimentación cada 24 horas.
- ✓ Notificar la salida de contenido alimenticio alrededor de la incisión y valorar por signos de infección

Principios científicos.

- ✓ La temperatura de la fórmula corresponde a la temperatura corporal, y no produce alteración de los alimentos.
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ El uso de los guantes no sustituye el lavado de manos.
- ✓ El uso de sustancias antisépticas ayuda a evitar infecciones orales.
- ✓ Un buen cepillado de dientes favorece la salud oral.
- ✓ La identificación del usuario(a) asegura su integridad individual, y la calidad en la atención.
- ✓ Valorar la condición de la bolsa y el set ayuda a evitar infecciones.
- ✓ La gastroclisis requiere de la introducción de alimentos líquidos gota a gota. El flujo rápido ocasiona una sensación desagradable en nasofaringe.
- ✓ Una buena posición ayuda a efectuar el procedimiento en forma efectiva y da confort al usuario(a).

Observaciones

- ✓ La introducción de agua antes del alimento asegura la permeabilidad de la sonda
- ✓ Si el residuo gástrico medido, es mayor a la mitad del volumen administrado, comunicar al médico.



- ✓ En la administración de la nutrición enteral, fomentar la participación de usuario(a) y/o familiares.
- ✓ Administrar la alimentación en el horario establecido evita descomposición del producto. La fórmula solo tiene estabilidad de 8 horas al medio ambiente.
- ✓ Se debe descartar el sobrante
- ✓ Lavar con agua caliente la bolsa y el set en caso necesario, lo que garantiza la eliminación de residuos anteriores
- ✓ Introducir agua después de concluida la alimentación, evita la obstrucción de la sonda y la mantiene limpia.
- ✓ El reporte en la nota de enfermería asegura efectividad, aceptación y continuidad del tratamiento en el usuario(a).

Atención domiciliar

La nutrición enteral domiciliar es la prolongación del soporte nutricional instaurado en el centro hospitalario donde se realiza en el hogar con ayuda de su familia.

Para el éxito de la nutrición enteral en el domicilio del usuario(a) es necesario instruir adecuadamente al usuario(a) y a su familia mediante un entrenamiento sistematizado previo. La nutrición enteral a domicilio intenta lograr la más pronta incorporación los usuarios (as) a su medio.

Riesgos relacionados con el procedimiento

- ✓ Bronco aspiración.
- ✓ Infección nosocomial.

12.3 Nombre del procedimiento: Limpieza de las ostomías de alimentación.

Definición:

Es la limpieza que se realiza a las personas portadoras de ostomías (sondas yeyunales, gastrostomías o PEG)

Objetivos:

- ✓ Mantener la integralidad de la piel.
- ✓ Promover acciones de auto cuidado en el usuario(a) con apoyo de la familia.
- ✓ Prevenir lesiones y ulceraciones por filtración de líquidos gástricos.
- ✓ Curación de la estoma.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.



Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería y del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería con supervisión del Profesional de Enfermería
- ✓ Familiar o cuidador.

Material y equipo:

- ✓ Azafate.
- ✓ Equipo de curación.
- ✓ Torundas de gasa.
- ✓ Material de protección para el área de la periferia del estoma.
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Agua estéril o suero fisiológico.
- ✓ Cuadro de gasa.
- ✓ Recipiente para descartar según norma institucional.

Actividades.

- ✓ Identificar al usuario, informarle y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Preparar el carro de curación con el equipo completo, trasladarlo a la unidad del usuario(a) y asegurar que el ambiente tenga privacidad.
- ✓ Realizar higiene de manos
- ✓ Realizar procedimiento de curación (ver procedimiento).
- ✓ Retirar apósito.
- ✓ Observar características de estoma, área periostomal.
- ✓ Observar y reportar el orificio (estoma): color, tamaño, estado de piel, presencia de irritación, dolor, enrojecimiento.
- ✓ Limpiar la zona periostomal con torundas de gasa humedecidas con agua estéril, suero fisiológico en forma circular, de adentro hacia afuera; luego secar suavemente.
- ✓ Mantener la piel adyacente a la zona de inserción de la sonda seca limpia.
- ✓ Colocar apósito sobre la estoma y fijar suavemente
- ✓ Elaborar nota de enfermería para asegurar continuidad del tratamiento.

Principios.

- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ Asegurar un ambiente de privacidad resguarda los derechos del usuario(a).
- ✓ Una higiene adecuada de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.



- ✓ La observación cuidadosa del estoma facilita la evolución de al usuario(a).
- ✓ La aplicación de gasa humedecida con agua evita irritación en la zona periestomal.
- ✓ El buen secado de la piel permite la funcionalidad de la placa.
- ✓ El buen uso de los recursos disminuye los costos innecesarios
- ✓ La habilidad y destreza con que se realiza el procedimiento aumenta la calidad en la atención.
- ✓ El proporcionar al usuario(a) comodidad aumenta su salud mental.
- ✓ La limpieza adecuada del equipo asegura su conservación.

Riesgo relacionado con el procedimiento:

- ✓ Lesiones cutáneas.
- ✓ Infecciones del estoma.

12.4 Nombre del procedimiento: Limpieza de ostomías de eliminación (colostomía, ileostomía, urostomía).

Definición:

Son las actividades que realiza la enfermera(o) para disminuir el número de microorganismos, prevenir infecciones y mantener la integridad de la piel periestomal.

Objetivos:

- ✓ Proporcionar confort físico y emocional al usuario(a).
- ✓ Mantener la integridad de la piel.
- ✓ Promover acciones de auto cuidado.
- ✓ Prevenir ulceraciones por filtración de líquidos, infecciones .

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería y del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería con supervisión del Profesional en Enfermería
- ✓ Familiar o cuidador.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Bajo.



Material y equipo:

- Azafate.
 - Equipo de curación.
 - Torundas de gasa.
 - Material de protección para el área de la periferia de la estoma.
 - Sábana de tratamiento.
 - Agua en estado natural, suero fisiológico o agua estéril según condición del usuario.
 - Cuadro de gasa.
 - Recipiente para descartar según norma institucional.
 - Insumos según sea necesario (bolsa, aros, medidor de estoma, talco, pasta protectora y otros).
 - Bolsa para descartar según norma institucional.
 - Recordar que las heces se descartan en el servicio sanitario.
-
- ✓ Identificar, informar y solicitar consentimiento al usuario o responsable.
 - ✓ Preparar el carro de curación con el equipo completo, trasladarlo a la unidad del usuario(a) y asegurar que el ambiente tenga privacidad.
 - ✓ Realizar higiene de manos
 - ✓ Colocar sábana de tratamiento.
 - ✓ Realizar procedimiento de curación (Ver procedimiento).
 - ✓ Observar características de estoma, área periestomal.
 - ✓ Observar y reportar: color, tamaño y forma, estado de piel, presencia de irritación, dolor, enrojecimiento.
 - ✓ Limpie muy bien la zona alrededor del estoma, puede lavar con suficiente agua el estoma. No use jabón, si lo utiliza enjuague muy bien para que no queden residuos de jabón este puede lacerar la piel. Al limpiar el estoma puede sangrar un poco recuerde que esta zona es muy vascularizada (contiene muchos vasos capilares) es muy sensible.
 - ✓ Limpiar zona periestomal con torundas de gasa humedecidas con agua, suero fisiológico o agua estéril según condición del usuario en forma circular; luego secar suavemente.
 - ✓ Medir el diámetro de la estoma con la guía de calibración, utilizando los medidores adecuados, para recortar la placa adhesiva de la forma más exacta posible, según tipo de estoma.
 - ✓ Dibujar el diámetro de la estoma en la parte posterior de la placa.
 - ✓ Recortar el agujero central hasta el diámetro requerido, procurando que sea del tamaño de la estoma.
 - ✓ Secar bien la piel antes de aplicar la nueva placa.
 - ✓ Si la superficie no es plana, es irregular o si se presenta retracción en el estoma, se puede utilizar la pasta selladora, se puede colocar a la par del orificio recortado en el parche, o alrededor del estoma directamente. Antes de colocar la pasta retire el protector del parche. No extienda la pasta, deje que seque al aire durante un minuto.



- ✓ Presionar el disco sobre la piel prestando especial atención a la zona más próxima al estoma, presionar ligeramente para lograr una buena adhesión
- ✓ Adaptar la bolsa según tipo de ostomía y función a la placa adherida a la piel para la comodidad del usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento y brindar comodidad al usuario(a).
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.
- ✓ Elaborar nota de enfermería para asegurar continuidad del tratamiento.

Principios:

- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ Asegurar un ambiente de privacidad resguarda los derechos del usuario(a).
- ✓ El lavado de manos remueve los gérmenes patógenos.
- ✓ El equipo completo y ordenado facilita la destreza manual, evita pérdida de tiempo y energía, y brinda seguridad al usuario.
- ✓ El buen secado de la piel permite la funcionalidad de la placa.
- ✓ El proporcionar al usuario(a) comodidad aumenta su salud mental.

Observaciones:

- ✓ La observación cuidadosa del estoma y su condición contribuye a la buena evolución del usuario(a).
- ✓ Permitir mayor seguridad y colaboración del usuario en el proceso de atención.
- ✓ La aplicación de gasa humedecida con agua evita irritación en la zona periestomal.
- ✓ El uso del material y equipo en forma racional disminuye los costos.
- ✓ La placa se despega con cuidado de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano para evitar lesiones cutáneas. Si la placa está muy adherida, usar agua en estado natural, para desprenderla.
- ✓ Utilizar pasta de relleno en caso de que la ubicación del estoma del usuario(a) produzca pliegues cutáneos o desniveles. Esta favorece la adaptación de los dispositivos, evita fugas y tiene propiedades regenerativas para la piel.
- ✓ Retirar el papel protector de la placa y adherir el disco a la piel del usuario.
- ✓ Nunca se debe frotar la piel, ya que puede irritar la mucosa.
- ✓ Los discos o placas se deben cambiar, siempre que exista presencia de fugas o desprendimiento de los bordes; de lo contrario, se cambia cada tres a cuatro días.
- ✓ La bolsa de colostomía debe llenarse menos de la mitad o de dos tercios; si es ileostomía la bolsa presenta una abertura en su parte inferior a efectos que permite estar vaciando su contenido fecal ya que el afluente es más corrosivo para la piel y más abundante en cantidad, de esta forma podrá lograr extender la duración de la placa.



- ✓ La bolsa de urostomía tiene en su parte inferior una válvula para drenar la orina y en su parte superior una válvula anti reflujo que no permite la devolución de la orina por el estoma.
- ✓ En caso de que la piel presente irritación o lesiones, dispersar talco o pasta o película protectora sobre la piel, retirar el exceso de talco y colocar la placa sobre el talco o sobre la pasta una vez que esté seca.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Laceración de la piel.
- ✓ Infección de herida quirúrgica cerca del estoma.

12.5 Nombre del procedimiento: Nutrición parenteral

Definición:

Es la administración de nutrientes por vía venosa a través de catéteres específicos, para cubrir las necesidades energéticas y mantener el estado nutricional del usuario.

Objetivo:

- ✓ Mantener el estado nutricional correcto del usuario(a), cuando la vía enteral es inadecuada o insuficiente.
- ✓ Seleccionar la vía de acceso venoso adecuada a la durabilidad de la Nutrición Parenteral y al estado del usuario(a).
- ✓ Conservar y administrar la fórmula de Nutrición Parenteral según protocolo de la unidad consensuado o procedimiento que se describe.
- ✓ Monitorear factores de riesgo para prevenir complicaciones.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería (con supervisión).

Material y equipo:

- ✓ Carro de tratamiento que contenga:
- ✓ Azafate estéril.
- ✓ Bolsa con la nutrición parenteral.
- ✓ Bolsa plástica opaca, protectora de la nutrición.
- ✓ Bata y guantes estériles.
- ✓ Cubre bocas.



- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Bomba de infusión.
- ✓ Filtros bacterianos
- ✓ Llaves de tres vías.
- ✓ Set para bomba de infusión.
- ✓ Solución glucosada al 5% o 10% (según indicación) 250 cc.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Membrana para cubrir línea central
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación en el expediente de salud, emitida por el Equipo de Soporte Nutricional.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre el procedimiento.
- ✓ Realizar higiene de manos (según procedimiento).
- ✓ Revisar la etiqueta de la bolsa de la nutrición parenteral, contra Kardex, expediente de salud y usuario(a), los siguientes datos:
 - Nombre del usuario(a).
 - Fecha de preparación de la nutrición.
 - Fecha de vencimiento.
 - Cantidad indicada.
 - Frecuencia.
 - Osmolaridad.
- ✓ Trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Preparar el equipo:
 - Abrir el azafate estéril.
 - Abrir la bolsa plástica y colocar la bolsa de la nutrición parenteral en el azafate estéril.
- ✓ Colocar en el azafate estéril el casete de la bomba de infusión.
- ✓ Corroborar la concentración de la nutrición parenteral a administrar, para la vía a utilizar de acuerdo a la osmolaridad.
- ✓ Colocar la bomba de infusión en un soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Vestirse con delantal, gorro, cubre bocas y guantes.
- ✓ Instalar la conexión de suero a la nutrición parenteral.
- ✓ Adaptar la espiga del set a la solución glucosada 250 cc al 5%.
- ✓ Adaptar el otro extremo del set a la bomba de infusión.
- ✓ Verificar el funcionamiento de la bomba de infusión.
- ✓ Realizar el cambio de la solución glucosada por la bolsa que contiene la nutrición parenteral
- ✓ Adaptar la conexión de la nutrición al catéter específico (central o periférico). Cerciorarse de que todas las llaves del casete queden abiertas.
- ✓ Iniciar la infusión de la nutrición parenteral a través de la bomba de infusión



- ✓ Registrar el peso del usuario(a) por semana
- ✓ Realizar curación de vía central (ver procedimiento).
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente.
- ✓ Verificar la comodidad del usuario(a) y el orden en la unidad.
- ✓ Hacer anotaciones de enfermería en el expediente de salud.

Principios.

- ✓ La identificación correcta de las dietas evita errores en los resultados de tratamientos y disminuye costos y duplicidad de trabajos.
- ✓ La higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende de infecciones cruzadas.
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.

Observaciones y puntos clave

- ✓ Al manipular la vía central o alimentación parenteral, utilizar la técnica aséptica quirúrgica.
- ✓ En caso de que el usuario que pierda la vía de administración, la alimentación parental se debe canalizar vía periférica y administrarle solución glucosada al 10% y notificar inmediatamente al médico, especialmente si recibe alimentación parenteral que contiene solución glucosada mayor al 10%.
- ✓ Recordar que para retirar la nutrición parenteral en la farmacia, debe indicar a la persona designada que porte un azafate estéril.
- ✓ Verificar la recolección de orina de 24 horas, por parte del usuario(a).
- ✓ La vía endovenosa para administrar la nutrición parenteral debe ser exclusiva, para este fin, si es necesario administrar soluciones adicionales, canalizar otra vía.
- ✓ Al trasladar a un usuario a otro servicio, por alguna situación especial, suspender temporalmente la infusión y administrar solución glucosada al 10%, según protocolo del hospital.
- ✓ Verificar permeabilidad y características de la vía central o periférica, por donde se administrará la nutrición.
- ✓ La nutrición parenteral que contenga soluciones glucosadas mayores al 10%, debe administrarse por vía central o subclavia.
- ✓ Observar signos y síntomas que revelen una complicación metabólica, mecánica o séptica.
- ✓ Cuantificar y descartar cualquier sobrante de nutrición parenteral y registrarlo en el control de ingesta y excreta

Riesgos relacionados con el procedimiento

- ✓ Infección.
- ✓ Extravasación del líquido.
- ✓ Detección tardía de complicaciones: Mecánicas (vinculadas al Cateter Via Central):
 - Neumotórax.



- Lesión de arteria subclavia.
- Embolismo aéreo.
- Lesión de conducto torácico.
- Embolización de catéter.
- Trombosis profunda.
- Hipo o hiperglucemia.

12.6 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en biopsia hepática percutánea

Definición

Es el procedimiento que se realiza para la obtención de una muestra de tejido hepático para examen directo al microscopio.

Objetivos:

- ✓ Obtener una muestra para confirmar diagnóstico.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).

Materiales y equipos:

- ✓ Carro de tratamiento que contenga:
 - Equipo de biopsia
 - Equipo para curación.
 - Solución intravenosa.
 - Conexión descartable para solución.
 - Dos pares de guantes estériles.
 - Esparadrapo.
 - Bata estéril y cubre bocas.
 - Anestésico local.
 - Sábana.
 - Una almohada.
 - Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
 - Tarjeta para identificar datos del usuario(a).
 - Expediente de salud.
 - Bolígrafo con tinta de color azul o negra y lápiz.



- Frasco con solución perseverante disponible en el momento (formalina u otros), para depositar la muestra histológica (biopsia) identificada con los datos del usuario(a)
- Frasco con solución antiséptica disponible en el momento.
- Equipo para la canalización de vía venosa periférica.
- Soporte portátil para soluciones (gigante).

Actividades

Día anterior

- ✓ Identificar al usuario o al responsable, informarle y solicitarle el consentimiento informado.
- ✓ Preparar el carro de curación con el equipo completo; trasladarlo.
- ✓ Informar al usuario que no ingiera alimentos a partir de las 8 p.m.
- ✓ Verificar que los exámenes de laboratorio: grupo, Rh, TP, TPT INR, estén en el expediente de salud.
- ✓ Proveer privacidad al usuario(a) mientras le realiza las acciones antes del examen.

Día del procedimiento.

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Canalizar vía venosa periférica, según procedimiento.
- ✓ Medir y registrar signos vitales previos al examen.
- ✓ Preparar el carro con el equipo, material e insumos que requiere el procedimiento.
- ✓ Trasladar el equipo hasta la unidad del usuario(a) al cuarto de tratamiento.
- ✓ El frasco debe estar rotulado con datos de identificación del usuario, fecha y servicio.
- ✓ En lápiz, completar datos de la "Tarjeta de biopsia"
- ✓ Dar acompañamiento emocional al usuario.
- ✓ Descubrir el área anatómica del usuario(a), en la que el médico realizará la punción
- ✓ Abrir el equipo y campo estéril
- ✓ Asegurarse de que el equipo esté completo y ordenado.
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento.
- ✓ Suministrar al médico la solución antiséptica (yoduro de povidone), para la asepsia de la piel en el sitio a puncionar.
- ✓ Suministrar al médico la jeringa y aguja para aplicar el anestésico local.
- ✓ Abrir el blíster y ofrecer al médico los insumos que están en el equipo desechable.
- ✓ Abrir el frasco que contiene la solución preservante y presentarlo al médico para que deposite la pieza histológica extraída.
- ✓ Tapar el frasco en el que se depositó la pieza histológica y cerrarlo.



- ✓ Colocar la “Tarjeta de biopsia” previamente identificada al frasco que contiene la pieza histológica.
- ✓ Enviar la biopsia al servicio de anatomía patológica.
- ✓ Proveer al médico cuadros de gasa para hacer presión directa de 3 o 5 minutos en el sitio de la punción.
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento y proporcionar cuadros de gasa y bandas de esparadrapo, para que realice el vendaje compresivo.
- ✓ Colocar al usuario(a) en decúbito lateral derecho.
- ✓ Brindar comodidad al usuario(a), una vez concluido el procedimiento.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.
- ✓ Realizar el aseo al equipo, posteriormente.

Cuidados post examen

- ✓ Mantener en reposo absoluto al usuario durante 24 horas. Las primeras 3 horas post examen, debe permanecer en posición decúbito lateral derecho, o según la indicación médica.
- ✓ Dar comodidad al usuario(a) una vez concluido el procedimiento.
- ✓ Medir y registrar el pulso y la presión arterial según esquema siguiente:
 - Cada 5 minutos por 15 minutos.
 - Cada 15 minutos por 2 horas.
 - Cada 2 horas hasta por 24 horas o según indicación médica.
- ✓ Iniciar dieta blanda a partir de dos horas según protocolo.
- ✓ Administrar analgésico si el usuario tiene dolor, según indicación médica
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.

Principios

- ✓ La identificación del usuario(a) asegura individualidad y su integridad emocional.
- ✓ Una adecuada educación e instrucción sobre los detalles del procedimiento a efectuar hará que el usuario(a) brinde su colaboración.
- ✓ La privacidad individual produce al usuario(a) seguridad y apoyo emocional.
- ✓ Mediante el reposo se disminuye la actividad celular y el organismo da una mejor respuesta al estrés.
- ✓ La presión ayuda a la hemostasis y previene hemorragias posteriores.
- ✓ La comodidad que se le preste al usuario(a) le da seguridad y bienestar.
- ✓ La higiene de las manos con agua y jabón permite remover microorganismos.
- ✓ El conocimiento de los signos vitales sirve de punto de referencia para detectar complicaciones.
- ✓ Preparar el equipo completo, ahorra tiempo y esfuerzo, y disminuye ansiedad del usuario(a).



Observaciones y puntos clave

- ✓ Identificar correctamente la biopsia facilita su trámite y ayuda a la obtención rápida del resultado.
- ✓ Una buena posición del usuario(a) facilita el procedimiento.
- ✓ Medir los signos vitales sirve de punto de referencia para detectar complicaciones.
- ✓ Proporcionar la dieta indicada, para evitar vómito y regurgitaciones.
- ✓ La anotación de enfermería es una guía para el personal de salud en la evolución del usuario(a).
- ✓ Notificar de inmediato al médico cualquier alteración en los signos vitales del usuario(a).

Riesgos:

- ✓ Sangrado.
- ✓ Dolor.
- ✓ Hipotensión.
- ✓ Taquicardia.
- ✓ Infección.

12.7 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en gastroscopia (endoscopia gastrointestinal superior)

Definición:

Método de exploración invasiva que se realiza por medio de la introducción de un gastroscopio que permite ver la mucosa del esófago, estómago y duodeno, en busca de diferentes y posibles alteraciones.

Objetivos:

- ✓ Ayudar a establecer un diagnóstico.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería (por delegación).

Material y equipo:

- ✓ Carro de tratamiento que contenga gastroscopio.
- ✓ Equipo de venoclisis.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).



- ✓ Solución fisiológica.
- ✓ Cuadros de toallas de papel.
- ✓ Cuatro pares de guantes, según tamaño de mano del personal.
- ✓ Pinza específica para biopsia.
- ✓ Sábana mediana abierta.
- ✓ Campo estéril cerrado.
- ✓ Jalea lubricante.
- ✓ Lidocaína en aerosol.
- ✓ Frascos con solución perseverante, tipo formalina si se realiza biopsia.
- ✓ Tarjeta de "Solicitud de biopsia" si se requiere.
- ✓ Vasija riñonera de acero inoxidable para verter solución antiséptica.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Cubre bocas y anteojos protectores.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negro y lápiz.

Actividades

Día anterior

- ✓ Identificar al usuario o responsable, informarle y solicitarle el consentimiento informado.
- ✓ Dar acompañamiento emocional al usuario.
- ✓ Indicar al usuario el período de ayunas, según la hora indicada para el procedimiento.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según los criterios de calidad establecidos.

Día del examen

- ✓ Identificar e informar al usuario(a).
- ✓ Revisar la firma del usuario (a) en el consentimiento informado.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Retirar la (s) prótesis dentales si hay.
- ✓ Revisar que las uñas del usuario estén limpias y sin esmalte.
- ✓ Medir y registrar signos vitales previos al examen.
- ✓ Realizar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.

En la sala de endoscopia.

- ✓ Proveer privacidad al usuario(a) mientras se le realiza el examen.
- ✓ Verificar el período de ayuno que tiene el usuario(a) antes del procedimiento y según normas del servicio.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Canalizar vía periférica según indicación médica.
- ✓ Administrar premedicación indicada, una hora antes del procedimiento.
- ✓ Colocar al usuario(a) en la posición indicada.



- ✓ Asistir al usuario(a) y al médico durante el procedimiento
- ✓ Recibir e identificar la muestra de tejido para biopsia con los datos del usuario(a).
- ✓ Medir y registrar los signos vitales después del examen.
- ✓ Observar al usuario(a) para detectar posibles complicaciones y reportar al médico.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales.

Observaciones y puntos clave

- ✓ Dos horas después del examen, el usuario puede ingerir líquidos como té de manzanilla o agua dulce.

12.8 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en colonoscopia o rectoscopia

Definición:

Es una exploración que permite la visualización directa de todo el intestino grueso y la parte final del intestino delgado (íleon terminal) o del recto.

Objetivos:

- ✓ Ofrecer un ambiente seguro.
- ✓ Procurar un ambiente de privacidad y respeto.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera.
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Carro de tratamiento que contenga:
 - Colonoscopio o rectoscopio, según sea el caso
 - Conexión de fibra óptica.
 - Fuente de luz.
 - Campo de ropa estéril para colonoscopia o para rectoscopio.



- Frasco con analgésico local en jalea tipo lidocaína al 2%.
- 2 bolsas de solución fisiológica de 500 cc.
- Equipos para venoclisis.
- 2 jeringas de 20 cc.
- 3 pares de guantes estériles, n.º 7, 7 1/2 y 8.
- Bata, gorro y cubre bocas.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negro.

Actividades

Día anterior

- ✓ Identificar al usuario o responsable, informarle y solicitar el consentimiento informado.
- ✓ Acompañar emocionalmente al usuario(a).
- ✓ Iniciar dieta líquida tres días antes del procedimiento, según protocolo hospitalario.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Administrar al usuario, laxante, microlax o enema, según indicación médica. (Ver indicación según protocolo hospitalario).
- ✓ Cumplir indicaciones, según tipo de examen a realizar y protocolo del servicio de endoscopia.
- ✓ Elaborar nota de enfermería según los criterios de calidad establecidos

El día del examen

- ✓ Identificar e informar al usuario(a) sobre el procedimiento a realizar
- ✓ Revisar la firma del usuario (a) en el consentimiento informado
- ✓ Verificar que el usuario se encuentra en ayunas y cumplir con el protocolo del servicio de endoscopia.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según los criterios de calidad establecidos
- ✓ Coordinar el traslado del usuario(a) a sala de endoscopia, en camilla o silla con el expediente de salud, acompañado por el personal designado.

En la sala de colonoscopia

- ✓ Realizar higiene de manos, según procedimiento
- ✓ Recibir al usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario e informarle sobre el procedimiento y los cuidados posteriores al examen.
- ✓ Proveer privacidad y apoyo emocional al usuario(a) durante el examen.
- ✓ Colocar al usuario(a) en la mesa de tratamiento en la posición indicada por el médico.



- ✓ Asistir al usuario(a) y al médico en el procedimiento.
- ✓ Recibir la muestra de tejido para biopsia en caso de que esta se realice.
- ✓ Verificar la identificación de la biopsia con los datos correctos del usuario(a) y enviar al Servicio de Anatomía Patológica, según corresponda.
- ✓ Limpiar el área rectal después del procedimiento.
- ✓ Trasladar al usuario(a) en silla o en camilla, según sea el caso, al servicio de procedencia.
- ✓ Administrar dieta líquida al usuario en las primeras 24 horas post-examen.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente.

Principios:

- ✓ La identificación del usuario(a) previene accidentes y le brinda seguridad física y mental.
- ✓ La información al usuario sobre el procedimiento favorece su colaboración.
- ✓ La privacidad individual produce al usuario(a) seguridad y apoyo emocional.
- ✓ Mediante el reposo, se disminuye la actividad celular y el organismo da una mejor respuesta al estrés.
- ✓ La higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación.
- ✓ La vía rectal tiene un poder de absorción más rápido que la vía bucal.
- ✓ El respeto al pudor del usuario(a) disminuye la ansiedad y da sensación de bienestar físico y emocional.

Observaciones y puntos clave.

- ✓ La dieta líquida 3 días antes del procedimiento garantiza la limpieza intestinal, para la visualización del área exploratorio.
- ✓ Los evacuantes pueden actuar por estímulo reflejo de la defecación, por estimulación directa de la motilidad, por aumento del volumen de las heces o por ablandamiento de las mismas.
- ✓ Una buena posición del usuario(a) ayuda a efectuar el procedimiento en forma efectiva.
- ✓ El cuidado posterior del material conserva su duración y el orden ahorra tiempo y da sensación de limpieza.
- ✓ Los registros de enfermería permiten dar seguimiento a los tratamientos y el movimiento estadístico del servicio.

Recomendaciones para el usuario(a) ambulatorio adulto:

- ✓ Dieta blanda: verduras acuosas (chayote, ayote, zanahoria, etc.); pollo y pescado preparados al vapor o en sopa. Todos en moderada cantidad.
- ✓ Puede ingerir también frutas sin estopa, sin semillas y sin cáscara (sandía, melón) así como gelatina. Debe masticar bien los alimentos.



- ✓ Evitar frituras, carnes rojas, leguminosas (garbanzos, frijoles, etc.), verduras harinosas (papa, yuca, camote) y ensaladas verdes.
- ✓ Tomar abundantes líquidos (con excepción de leche y sus derivados)
- ✓ A las 4:00 p.m. Deberá tomar un frasco de laxante Fleet de 45 ml, preparado de la siguiente manera:
 - Separar el laxante en tres partes iguales de 15 ml cada una; a las 4:00 p.m. tomarse la primera parte disuelta en medio vaso de jugo de naranja o ginger ale; y cada veinte minutos (4:20 y 4:40, etc.), hasta terminar el contenido del frasco.
 - El Fleet produce diarrea en abundante cantidad; por tanto, el usuario debe tomar suficiente cantidad de líquidos para mantenerse hidratado.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Detección tardía de complicaciones: perforación del colon, hemorragia digestiva, infección.
- ✓ Dolor anal, sangrado, lesiones en el ano y recto, perforación rectal.

12.9 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en tránsito intestinal

Definición:

Es una prueba diagnóstica que consiste en la ejecución de una serie de radiografías tomadas para examinar el esófago, el estómago y el intestino delgado (tránsito digestivo superior), las cuales son realizadas después de que la persona haya tomado una suspensión de bario (medio de contraste).

Objetivo:

- ✓ Educar e informar al usuario(a) sobre el tipo de examen a que será sometido.
- ✓ Ofrecer apoyo emocional y/o espiritual.
- ✓ Procurar un ambiente de privacidad y respeto.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermeras (os)
- ✓ Auxiliar de enfermería (por delegación)



Material y equipo:

- ✓ Medida de acero inoxidable.
- ✓ Vaso con capacidad hasta de 250 cc.
- ✓ Cuchara.
- ✓ Servilletas.
- ✓ Papel higiénico.
- ✓ Equipo de protección radiológica.
- ✓ Medio de contraste indicado.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo de tinta de color azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

El día antes del examen

- ✓ Verificar el día y la hora en que se le realizará el examen.
- ✓ Identificar al usuario o responsable y solicitar el consentimiento informado.
- ✓ Revisar la firma del usuario (a), en el consentimiento informado.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Acompañar emocionalmente al usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario se encuentra en ayunas y cumplir con el protocolo del servicio de rayos X.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según los criterios de calidad establecidos.

Día del examen

- ✓ Coordinar el traslado del usuario(a) a sala de rayos X, en camilla o silla, con el expediente de salud, acompañado por el personal designado.
- ✓ Identificar e informar al usuario o responsable, y solicitar el consentimiento informado.
- ✓ Informar sobre el procedimiento.
- ✓ Facilitar la privacidad al usuario(a) mientras se le realiza el examen.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo.
- ✓ Revisar que el medio de contraste sea el indicado.
- ✓ Explicar al usuario(a) la forma en que se le aplicará el medio de contraste.
- ✓ Explicar constantemente la intervención que se le dará durante el examen y el control radiológico cada 30 minutos.
- ✓ Colocar al usuario(a) en la posición corporal que mantendrá en la mesa de rayos x, durante la realización del examen.
- ✓ Administrar la cantidad de medio de contraste indicado.
- ✓ Controlar que el usuario(a) ingiera la totalidad del medio de contraste.



- ✓ Informar al usuario(a) de mantenerse en ayuno pos-examen, hasta que se le haya realizado la última placa de control.
- ✓ Coordinar el traslado del usuario(a), con el expediente de salud y acompañado por personal designado.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas.

En el salón

- ✓ Recibir al usuario(a) después del examen.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento
- ✓ Procurar un ambiente cómodo al usuario(a).
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre las características de las heces (blancas) durante 24 a 72 horas después del examen.
- ✓ Verificar que el usuario ingiera abundante cantidad de líquidos vía oral después del estudio y vigilar su tolerancia
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios

- ✓ El respeto a los sentimientos del usuario(a) disminuye la ansiedad y da sensación de bienestar físico y emocional.
- ✓ El ayuno pre examen previene complicaciones secundarias.
- ✓ Los registros de la nota de enfermería facilitan la continuidad del tratamiento y el movimiento estadístico del servicio.
- ✓ La seguridad que se le proporcione al usuario(a) en el traslado evita accidentes y le brinda seguridad física y mental.
- ✓ Identificar al usuario(a) previene accidentes y favorece la integridad del usuario(a).
- ✓ Informar al usuario sobre las acciones a realizar le genera seguridad y confianza.
- ✓ La higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende de infecciones cruzadas.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre la posición que debe utilizar para el procedimiento, ayuda a efectuarlo en forma efectiva y le da confort.

Observaciones y puntos clave

- ✓ El ayuno post examen previene complicaciones secundarias.
- ✓ El conocimiento de los signos vitales es un referente para detectar complicaciones posteriores.
- ✓ La privacidad que se dé al usuario(a) aumenta su seguridad física y mental.
- ✓ El usuario presentará deposiciones blancuzcas durante algunos días; por lo tanto, hay que informarle que es debido al barrio.
- ✓ Estimular al usuario para que ingiera líquido a fin de evitar el estreñimiento, a menos que tenga restricción de líquidos.



Riesgos:

- ✓ Reacción al contraste.
- ✓ Espasmo.

12.10 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en colon por enema

Definición:

Es un procedimiento en el cual se utilizan los Rayos "X y bario para examinar el intestino grueso (colon) y el recto, a través de la realización de una serie de radiografías, luego de la infusión rectal de sulfato de bario (medio de contraste radio opaco). El enema de bario puede realizarse de forma ambulatoria o como parte de su internación en un hospital.

Objetivos:

- ✓ Educar al usuario(a) sobre el tipo de procedimiento, y los cuidados anteriores y posteriores al procedimiento.
- ✓ Apoyar emocional y espiritualmente al usuario(a) y su familia.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería (por delegación).

Material y equipo:

- ✓ Equipo para enema evacuante (sonda rectal, recipiente con tubo irrigador o enema preparado, pinza de cierre, conexión para tubo y sonda rectal, o equipo completo desechable).
- ✓ Lubricante
- ✓ 500 cc de bario e igual cantidad de aire según indicación médica.
- ✓ Cuadros de papel higiénico.
- ✓ Guantes Nº 6 ½, 7 o 7 ½.
- ✓ Sábana/toalla.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo de tinta de color azul o negra.
- ✓ Bata.
- ✓ Gasas.
- ✓ Azafate.



- ✓ Bidé.
- ✓ Soporte de gotero.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Antes del examen

- ✓ Identificar al usuario o responsable y solicitar el consentimiento informado.
- ✓ Acompañar emocionalmente al usuario(a).
- ✓ Revisar la firma del usuario (a) en el consentimiento informado.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre las siguientes indicaciones:
 - Ingerir dieta sin residuo 3 días antes del examen
 - No ingerir lácteos el día anterior al examen.
 - Ingerir el día anterior laxante de acuerdo con indicación médica.
 - Hacer ayuno 8 horas antes del examen.
- ✓ Aplicar micro-
enema o enema evacuante 3 o 4 horas antes del estudio según indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Trasladar al usuario(a) al servicio de radiología en la fecha y hora indicada en camilla o silla y acompañado por personal de enfermería designado, con la orden del examen, radiografías, expediente de salud,

Durante el examen

- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Identificar al usuario o responsable, y solicitar consentimiento informado.
- ✓ Preparar el material y colocarlo al lado del usuario(a).
- ✓ Preparar el enema con la cantidad de bario indicado.
- ✓ Vestirse con el quipo de protección personal.
- ✓ Proveer privacidad al usuario(a) mientras se le realiza el examen.
- ✓ Verificar el período de ayuno que tiene el usuario(a) antes del procedimiento y según normas del servicio.
- ✓ Canalizar vía periférica según indicación médica.
- ✓ Proteger con una sábana o toalla.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición supina.
- ✓ Adaptar el recipiente al tubo irrigador y a la sonda rectal (si no usa el equipo completo desechable).
- ✓ Colgar el recipiente a una altura máxima de unos 40 cm por encima del recto.
- ✓ Expulsar el aire que contenga el tubo y la sonda.
- ✓ Introducir la sonda en el recto unos 5 o 10 cm, previamente lubricada, y muy suavemente.



- ✓ Informar al usuario(a) que realice respiraciones profundas y prolongadas durante el procedimiento.
- ✓ Despinzar el tubo y hacer fluir el líquido lentamente.
- ✓ Regular la velocidad del flujo según la tolerancia del usuario(a).
- ✓ Informar al usuario(a) que puede sentir: sensación de llenura, cólicos de moderados a severos y malestar general, pero que es importante que retenga al máximo el medio de contraste (10 a 15 minutos), mientras le realizan los controles radiológicos.
- ✓ Pinzar la sonda al concluir la administración del enema y retirar suavemente la sonda, desechándola en el recipiente para descartar desechos.
- ✓ En usuarios(as) encamados, colocar el bidé y ofrecer el papel higiénico.
- ✓ Revisar y registrar las características de las eliminaciones.
- ✓ Retirar el equipo de protección personal.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

En el salón.

- ✓ Realizar higiene de manos .
- ✓ Recibir al usuario(a) y asegurarse de que esté en posición cómoda; ordenar o cambiar la ropa de la cama si fuera necesario.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Dar abundante cantidad de líquidos al usuario, después del estudio y vigilar su tolerancia.
- ✓ Informar al usuario que ingiera alimentos con alto contenido en fibra para expulsar el bario del cuerpo.
- ✓ Informar al usuario(a) que ante cualquier dificultad o incapacidad para defecar, dolor y/o distensión abdominal, heces de menor diámetro que lo normal, lo comunique.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios

- ✓ La identificación del usuario(a) asegura la integridad del usuario.
- ✓ El equipo completo evita pérdidas de tiempo y esfuerzo.
- ✓ El equipo de protección personal, protege de fluidos del usuario(a).
- ✓ Proporcionar al usuario(a) ropa hospitalaria (bata) si es ambulatorio.
- ✓ La higiene de manos remueve microorganismos.
- ✓ La privacidad fomenta la comodidad y confort al usuario(a).
- ✓ La posición correcta favorece la ejecución del procedimiento.

Observaciones

- ✓ Informar la ubicación del inodoro al usuario facilita la eliminación del medio de contraste.
- ✓ Después del examen, el usuario puede reanudar su dieta y sus actividades, excepto que el médico le indique lo contrario.



- ✓ El usuario(a) puede experimentar fatiga, dolor en ano y recto, debido a la preparación. En este caso, recomendar que descanse.
- ✓ El médico puede indicar un laxante, para ayudar a eliminar el Bario.
- ✓ Riesgos relacionados al procedimiento:
- ✓ Estreñimiento o retención fecal.

12.11 Nombre del procedimiento: Colocación de sonda nasogástrica y succión gástrica

Definición:

Es la introducción de una sonda por uno de los orificios nasales hasta la cavidad gástrica. La succión gástrica se utiliza para vaciar el contenido del estómago, para realizar un análisis o para extraer elementos irritantes tales como venenos, sustancias tóxicas y otros.

Objetivos:

- ✓ Establecer un medio de drenaje por aspiración o gravedad para eliminar líquidos y/o gases del aparato digestivo.
- ✓ Administrar medicamentos y/o alimentos directos a la cavidad gástrica.
- ✓ Recolectar muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- ✓ Realizar lavado gástrico.
- ✓ Administrar alimentación enteral.
- ✓ Administrar medicamentos.
- ✓ Prevenir bronco aspiración en usuario(a) con disminución de conciencia.
- ✓ Contribuir a establecer el diagnóstico de salud.

Niveles de atención.

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería (delegación).
- ✓ Estudiantes de enfermería con supervisión.

Material y equipo:

- ✓ Carro de tratamiento que contenga en su parte superior, bandeja con:
- ✓ Sonda nasogástrica de poliuretano con guía (número de sonda según características del usuario).
- ✓ Vasija de esponja.
- ✓ Jeringa asepto.
- ✓ Gel lubricante.



- ✓ Jeringa con capacidad de 20 o 50 cc.
- ✓ Copa o vaso desechable.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Sujetador para sonda nasogástrica, esparadrapo o micro poro.
- ✓ Toallas de papel.
- ✓ Cárpula cerrada o abierta.
- ✓ Frasco para recolectar jugo gástrico.
- ✓ Hielo
- ✓ Etiqueta para datos de identificación del usuario(a).
- ✓ Lapicero de tinta de color azul o negra.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Guantes estériles,
- ✓ Campo cerrado
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Equipo de succión gástrico portátil o de pared.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intra Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Riñón grande.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Verificar el funcionamiento del equipo de succión.
- ✓ Regular la presión del aspirador entre 80 y 100 mmHg en forma intermitente.
- ✓ Identificar e informar al usuario(a) acerca del procedimiento.
- ✓ Si está indicado, rotular la muestra de jugo gástrico, con los datos del usuario(a).
- ✓ Permitir un ambiente de privacidad para el usuario(a).
- ✓ Asistir al usuario(a) a colocarse en posición semifowler según lo permita su condición.
- ✓ Colocar el campo cerrado o el paño alrededor del cuello y parte del tórax.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Medir la longitud de la sonda que introducirá de la siguiente manera:
- ✓ La distancia que existe entre el punto de la nariz y el lóbulo de la oreja. Sumar la distancia que hay entre el lóbulo de la oreja y el apéndice xifoides. Establecer hasta cuál marca de las que ya trae la sonda, debe introducir. Lubricar el extremo proximal de la sonda.
- ✓ Elegir la fosa nasal, e introducir la sonda nasogástrica hasta la marca que previamente había identificado.
- ✓ Indicar al usuario(a) que degluta constantemente, y que respire en forma lenta y tranquila mientras introduce la sonda. (El usuario(a) puede saborear trozos de hielo, envueltos en gasa, si su condición lo permite).



- ✓ La posición de Fowler alta y la cabeza sujeta a la almohada, facilitan la introducción, ya que la gravedad contribuye al paso del tubo.
- ✓ Verificar que la sonda esté en el sitio correcto de la siguiente manera:
- ✓ Sumergir el extremo distal de la sonda en la copa o vaso con agua y comprobar que no produzca burbujas.
- ✓ Aspirar contenido gástrico con la jeringa asepto.
- ✓ Recoger la muestra de jugo gástrico con la jeringa asepto según indicación médica y verter en el recipiente rotulado para el efecto.
- ✓ Fijar la sonda utilizando el sujetador para sonda nasogástrica.
- ✓ Rotular la sonda nasogástrica con: fecha, hora y nombre de la persona de enfermería que realizó el procedimiento.
- ✓ Adaptar la SNG al succionador, si se requiere.
- ✓ Fijar la conexión del equipo de succión a la cama.
- ✓ Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.

Principios

- ✓ La mala higiene genera la proliferación de microorganismos
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ Identificar al usuario(a), antes de realizar un procedimiento, evita errores.
- ✓ Para prevenir infecciones al usuario(a), el material debe estar sobre un campo estéril.
- ✓ La observación continua del profesional de enfermería permite detectar alteraciones y evitar complicaciones secundarias.
- ✓ La anotación de enfermería permite la continuidad en los tratamientos.
- ✓ El uso y cuidado del material conserva su duración.

Observaciones

- ✓ La privacidad que se le dé al usuario(a) aumenta su seguridad física y mental.
- ✓ Verificar las indicaciones en el expediente de salud, para evitar errores administrativos y legales.
- ✓ Asegurarse de que la sonda nasogástrica esté en cavidad gástrica, de realizarle algún procedimiento al usuario
- ✓ Observar si el usuario(a) presenta cianosis, tos, o no puede hablar.
- ✓ Observar que la sonda no esté arrollada o acodada en la boca.
- ✓ Introducir la sonda por la boca es en última opción: Hay que cerciorarse de que el usuario no tenga prótesis dental. En caso positivo, retirarla.
- ✓ Identificar el envase facilita su trámite y ayuda a la obtención rápida del resultado.
- ✓ Los epitelios nasales vascularizados, al introducir la sonda nasogástrica, producirán epistaxis.



- ✓ La sonda nasogástrica debe cambiarse cada 8 días.
- ✓ El cambio de la fijación de sonda nasogástrica debe realizarse diariamente.

Riesgos relacionados con del procedimiento:

- ✓ Falsa vía.
- ✓ Bronco aspiración.
- ✓ Epistaxis
- ✓ Vómitos

12.12 Nombre del procedimiento: Lavado Gástrico.

Definición:

Consiste en la administración y aspiración de volúmenes de líquido irrigados en el estómago con la intención de eliminar tóxicos u otras sustancias presentes.

Objetivos:

- ✓ Extraer contenido gástrico.
- ✓ Extraer sustancias tóxicas.
- ✓ Disminuir el sangrado digestivo.

Nivel de atención.

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Media.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería por delegación.
- ✓ Estudiantes de enfermería con supervisión.

Material y equipo.

- ✓ Carro de tratamiento que contenga bandeja con:
 - Sonda nasogástrica o similar, calibre según necesidad del usuario(a) o sonda de Fouché.
 - Riñón grande, estéril.
 - Riñón o balde no estéril con desinfectante.
 - Delantal descartable de manga larga.
 - Anteojos protectores.
 - Agua fría según indicación.
 - Pinza con protector de hule.
 - Jeringa asepto.
 - Copa con agua.



- Fijador de sonda o esparadrapo.
- Guantes estériles.
- Solución fisiológica

Actividades

- ✓ Colocar la sonda nasogástrica. (Ver procedimiento de Colocación de sonda nasogástrica).
- ✓ Cargar la jeringa asepto con la solución indicada.
- ✓ Adaptar la jeringa asepto a la sonda e introducir la solución indicada.
- ✓ Introducir suavemente la solución por la sonda; luego, extraer el contenido introducido y descartarlo en el riñón.
- ✓ Repetir este paso hasta que el líquido extraído esté claro o según criterio médico.
- ✓ Retirar la sonda, según la indicación médica.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.

Observaciones:

- ✓ Observar la condición del usuario.
- ✓ Medir la cantidad del líquido introducido y eliminado, así como las características de este último.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería permite dar continuidad a los tratamientos.
- ✓ El usuario(a) debe quedar cómodo y ordenado en su unidad.
- ✓ El cuidado al material conserva su duración y el orden ahorra tiempo y da sensación de limpieza.

Riesgos relacionados con del procedimiento

- ✓ Falsa vía
- ✓ Bronco aspiración.
- ✓ Epistaxis.

12.13 Nombre del procedimiento: Colocación de sonda rectal y enema evacuante.

Definición:

Es la introducción de un catéter rectal a través del esfínter anal hasta el recto e introducir líquidos en forma lenta de por vía rectal, para favorecer la evacuación de heces del intestino o complementar tratamientos.



Objetivos:

- ✓ Favorecer la eliminación de gases y materia fecal.
- ✓ Favorecer la limpieza del intestino.
- ✓ Desintoxicar el organismo.
- ✓ Disminuir la distensión abdominal.
- ✓ Complementar tratamientos.
- ✓ Suministrar tratamientos o medios de diagnóstico.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad

- ✓ Medio y bajo

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería por delegación.
- ✓ Estudiantes de enfermería con supervisión.
- ✓ Estudiantes del Curso de Formación de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ Familiar o cuidador.

Material y equipo:

- ✓ Carro de procedimiento que contenga en la parte superior azafate con:
 - Equipo para enema evacuante (tanque para enema, conexión, adaptador o cárpula abierta y pinza)
 - Sonda rectal (Nº 28 o 30 en adultos).
 - Guantes.
 - Lubricante.
 - Paquete con cuadros de gasa.
 - Vasija.
 - 500 cc de agua tibia o estéril.
- ✓ Sábanas movibles.
- ✓ Bidé
- ✓ Recipiente para descartar material contaminado.
- ✓ Esparadrapo.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación en el expediente de salud
- ✓ Informar al usuario, y solicitar el consentimiento del procedimiento.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Abrir el cubre paquete de la sonda rectal.
- ✓ Preparar el equipo de enema (hacer conexión de hule al tanque y a la sonda rectal por medio de la cárpula cerrada).



- ✓ Verter en el tanque 500 cc de agua estéril tibia si es un enema y 100 cc si es un micro enema. Agregar los otros componentes indicados (medicamentos, aceite mineral u otro).
- ✓ Extraer el aire de la conexión dejando salir unos 5 cc del líquido. Pinzar la sonda.
- ✓ Asegurar un ambiente de privacidad al usuario(a) durante el procedimiento.
- ✓ Ayudar al usuario a adoptar la posición de SIMS izquierdo (decúbito lateral, con brazo izquierdo a lo largo del cuerpo, pierna derecha flexionada).
- ✓ Cubrir al usuario con la sábana movable, dejando descubierto la zona anal.
- ✓ Colocar ahulado y sábana movable debajo de los glúteos del usuario(a)
- ✓ Lubricar el extremo distal de la sonda rectal.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que respire profundamente por la boca, para permitir la relajación del esfínter anal.
- ✓ Introducir la sonda rectal aproximadamente 10 centímetros, en dirección al ombligo (esta dirección sigue el trayecto anatómico del intestino grueso).
- ✓ Despinzar la sonda y pasar suave y lentamente la solución.
- ✓ Elevar con la mano libre el tanque por encima de los hombros (aproximadamente 60 cm sobre el nivel de la cama) o colocar en el soporte del gigante.
- ✓ Mantener al usuario(a) cubierto con sábana.
- ✓ Pinzar la sonda y retirar la sonda rectal al terminar la solución de pasar.
- ✓ Higienizar la zona perianal, en caso necesario.
- ✓ Colocar el bidé al usuario(a).
- ✓ Colocar el equipo en la parte inferior del carro y trasladarlo al cuarto séptico.
- ✓ Dar cuidado posteriormente al equipo.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios.

- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ La posición Sims lateral izquierda favorece el desplazamiento del líquido por gravedad y la relajación muscular.
- ✓ La altura del tanque determina la presión y gravedad con que baja el líquido a la cavidad intestinal.
- ✓ Si el usuario(a) se queja de dolor o siente resistencia, al introducir la sonda, detenerse y llamar a la enfermera o médico.

Riesgos:

- ✓ Dolor anal.
- ✓ Lesión intestinal
- ✓ Dolor abdominal



- ✓ Laceraciones.
- ✓ Contaminación.

12.14 Nombre del procedimiento: Enema de retención

Definición:

Es la introducción lenta por vía rectal de solución medicamentosa o diagnóstica para ser retenido o absorbido.

Objetivos:

- ✓ Administrar medicamentos para efectos locales o generales.
- ✓ Administrar sustancias con fines de diagnóstico.

Nivel de atención.

- ✓ II y III

Nivel de complejidad

- ✓ Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería por delegación.
- ✓ Estudiantes de enfermería con supervisión.

Material y equipo:

- ✓ Azafate.
- ✓ Sonda rectal.
- ✓ Solución indicada y conexión de suero.
- ✓ Medicamentos indicados.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Lubricante.
- ✓ Pinza
- ✓ Sábana.
- ✓ Guantes.
- ✓ Cuadro de gasa.
- ✓ Bidé.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación en el expediente de salud
- ✓ Informar al usuario y solicitar el consentimiento del procedimiento.
- ✓ Efectuar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo completo.



- ✓ Preparar el equipo de enema (ver procedimiento).
- ✓ Asegurar al usuario(a) un ambiente de privacidad durante el procedimiento.
- ✓ Colocar ahulado debajo de los glúteos y sobre este la sábana de tratamiento doblada.
- ✓ Colocar al usuario(a) en la posición de SIMS (decúbito lateral izquierdo)
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Lubricar el extremo distal de la sonda rectal e introducirla a través del ano hasta 10 cm del recto.
- ✓ Abrir la llave de la conexión de venoclisis y regular el goteo según indicación médica.
- ✓ Cubrir la zona glútea y la sonda rectal con el cobertor.
- ✓ Al finalizar la administración de la solución, cerrar la llave y retirar la sonda rectal lentamente, sobre cuadros de papel higiénico.
- ✓ Colocar el bidé al usuario(a) y observar características de la eliminación.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios científicos

- ✓ La educación al usuario(a) es indispensable para lograr eficacia en el procedimiento, ya que se requiere de su activa colaboración
- ✓ Un adecuado lavado de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende de infecciones cruzadas.
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.

Riesgo:

- ✓ Contaminación.
- ✓ Poca colaboración del usuario

12.15 Nombre del procedimiento: Enema por colostomía

Definición:

Es el procedimiento por el cual se introduce líquido en el colon a través de la estoma intestinal.

Objetivos.

- ✓ Administrar algún medicamento.
- ✓ Facilitar la limpieza intestinal.

Nivel de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad

- ✓ Medio



Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiantes de enfermería con supervisión.

Material y equipo.

- ✓ Equipo de irrigación.
- ✓ Bolsa de drenaje abierta.
- ✓ Riñón grande.
- ✓ Gigante
- ✓ Bidé
- ✓ Equipo de protección (guantes, bata)
- ✓ Lubricante hidrosoluble.
- ✓ Gasas
- ✓ Ahulado y sábana movable
- ✓ Bolsa de plástico para desechos.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación en el expediente de salud
- ✓ Informar al usuario(a) y solicitar el consentimiento sobre el procedimiento
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo completo, y llevarlo a la habitación del usuario(a).
- ✓ Preparar el tipo de enema de la siguiente manera: Solución a 37 °C.
- ✓ Adaptar la conexión de suero a la bolsa con solución. Cortar la conexión a nivel de la poción de hule. Luego adaptar la sonda del enema.
- ✓ Sacar el aire de las conexiones, con la solución; cerrar la llave o con pinza de mota.
- ✓ Colocar el equipo de enema en el gigante, a una altura del colchón hacia arriba de 40 cm, aproximadamente.
- ✓ Colocar al usuario sentado en la cama. Proteger la cama con el ahulado o sábana movable
- ✓ Colocarse los guantes y la bata.
- ✓ Retirar la bolsa de drenaje o tapón de la estoma.
- ✓ Colocar la bolsa de drenaje abierta en la estoma.
- ✓ Lubricar e introducir el cono a través de la abertura superior de la bolsa en el estoma muy suavemente y sin forzar. El cono se sujeta sobre la estoma presionando suavemente. Evite lesionar la estoma y/o mucosa del colon.
- ✓ Colocar el extremo inferior de la bolsa de drenaje en el bidé .
- ✓ Abrir la válvula reguladora y hacer fluir el líquido lentamente.
- ✓ Cubrir al usuario(a) con la sábana superior.
- ✓ Controlar las características del drenaje de la solución
- ✓ Solicitar al usuario(a) que se relaje y respire profundamente.
- ✓ Al finalizar la administración de la solución, cerrar la llave y retirar el cono de la estoma; cerrar la abertura superior de la bolsa.



- ✓ Cerrar la abertura inferior de la bolsa mediante el clip, después de la salida inicial de líquido y heces que será en un tiempo aproximado de 15-20 minutos.
- ✓ Esperar aproximadamente una hora y retirar la bolsa de drenaje, observando color, consistencia y volumen de lo drenado.
- ✓ Limpiar y secar el estoma.
- ✓ Colocar el tapón o gasas o bolsa de drenaje, según las necesidades del usuario.
- ✓ Proceder al lavado de manos del usuario.
- ✓ Dejar al usuario(a) en reposo.
- ✓ Retirar el equipo de la habitación.
- ✓ Limpiar, desinfectar o descartar el material utilizado.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) promueve una atención segura.
- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza al usuario.
- ✓ La higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ Una posición correcta del usuario(a) ayuda a efectuar el procedimiento en forma efectiva.

Observaciones:

- ✓ Detener el procedimiento si hay dolor, náuseas, mareos o calambres.
- ✓ Comprobar la temperatura del líquido.
- ✓ Si lo que desea es una regulación del hábito intestinal, administrar el enema a la misma hora cada 24/48 horas.
- ✓ Instruir al usuario(a) para que se dé masajes en el abdomen inferior y alrededor del estoma para facilitar la evacuación.
- ✓ Introducir el dedo enguantado y lubricado en el estoma, si es el primer enema que se le administra al usuario(a), para determinar en qué dirección introducir el cono.
- ✓ Si el usuario tiene dos estomas, verificar anatómicamente a cuál de los dos le debe colocar el enema.

Riesgos:

- ✓ Contaminación
- ✓ Dolor.
- ✓ Irritación de las mucosas.



12.16 Nombre del procedimiento: Irrigación por Colostomía

Definición

Es un método mecánico que consiste en la introducción de un fluido líquido en estado natural en el colon (solo descendente o sigmoides) para estimular el peristaltismo (movimientos intestinales) y facilitar la expulsión de las heces.

Objetivo:

Regular la actividad intestinal por medios mecánicos, desarrollando ciclos de tiempo; en el cual el individuo evacuará cada 24 o 48 horas, dependiendo de su idiosincrasia, dieta y actividad.

Otros Objetivos:

- ✓ Lavar el intestino para exámenes especiales.
- ✓ Estimular el peristaltismo, previniendo el estreñimiento y la disminución de gases.
- ✓ Crear un ambiente de seguridad y confort al individuo que se irriga.

Indicaciones para irrigar un paciente:

- ✓ Solamente se irrigan personas con colostomías descendentes o sigmoides.
- ✓ Personas solamente con estomas permanentes, no temporales.
- ✓ Personas con un estado mental aceptable.
- ✓ Personas que gocen de un estado físico aceptable y sin limitaciones en las manos y la vista.
- ✓ Personas que acepten el procedimiento.
- ✓ Personas que padecen de estreñimiento.

Condiciones:

- ✓ Para realizar una irrigación el paciente debe tener una aptitud positiva. La primera vez que se realiza se recomienda que la Enfermera Estomaterapeuta o alguien entrenado esté con usted.

Contraindicaciones:

- ✓ Personas con limitaciones físicas o mentales. Artritis, Parálisis, ceguera. Retardo mental.
- ✓ Personas con problemas de estomas, hernias, Prolapso, alto grado de estenosis.
- ✓ Personas con enfermedad terminal.
- ✓ Personas en extremos de la vida, Niños o ancianos.
- ✓ Personas que sufren de diarreas frecuentes o después de cada comida.
- ✓ Personas con estoma al lado derecho.



- ✓ Personas con dificultad de introducir el cono.
- ✓ Personas con tratamiento de quimioterapia o radioterapia. (salvo autorización del médico tratante).
- ✓ Personas con colostomía descendente o sigmoidea con Enfermedad de Crohn, puesto que se puede producir una reactivación del proceso.
- ✓ Diverticulitis, por el riesgo de perforación.
- ✓ Pacientes con diagnóstico de neoplasias del colon metastático totalmente avanzado.

Nivel de atención.

- ✓ I, II y III

Nivel de complejidad

- ✓ Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera
- ✓ Auxiliares de enfermería
- ✓ Familia
- ✓ Estudiante de Enfermería y Auxiliar de Enfermería con supervisión del profesional.

Materiales y Métodos

Equipo de irrigación:

- ✓ Depósito de agua: debe de tener escala de graduación que permita conocer que cantidad de agua se introduce, va unido a un tubo con una llave de paso que nos va a permitir determinar la velocidad con la que va a fluir el agua al colon.
- ✓ Cono: es la pieza que se introduce en la colostomía, tiene forma de cono por lo que se debe ajustar asegurando una hermeticidad suficiente como para introducir el agua en el colon sin que se salga mientras ésta es inyectada. Cualquier tipo de cono que se introduzca en el estoma debe de lubricarse.
- ✓ Bolsa colectora o manga: se trata de una bolsa abierta en sus dos extremos. Una vez colocada, en su parte alta permite la introducción del cono, y por su parte inferior permite que salga el afluente de la irrigación.

Otras partes:

- ✓ Lubricantes para aplicar en el cono que se introduce en el estoma.
- ✓ Guantes de plástico para dilatar con los dedos el estoma en caso necesario.
- ✓ Faja o cinturón.
- ✓ Dispositivo o pinzas para cierre de la manga.

Si el usuario se realiza el procedimiento debe tener en su hogar:



- ✓ Toallas pequeñas.
- ✓ Silla con respaldo.
- ✓ Espejo.
- ✓ Y sobre todo “un ambiente tranquilo”

Actividades

- ✓ Coloque en la bolsa del depósito, la cantidad de agua indicada (según valoración del profesional de Enfermería), más 100 c.c. para poder purgar la manguera y sacar el aire, para que no entre en la cavidad. Antes de llenar la bolsa de agua, esté seguro de que la llave de paso se encuentre cerrada.
- ✓ La cantidad de agua varía desde 500 cc a 2000 cc dependiendo de su masa corporal, si es alto, bajo, gordo, delgado.etc.
- ✓ El agua que se introduce debe ser natural, el agua fría le va a producir cólicos al introducirla, el agua caliente puede producir lesiones en la mucosa.
- ✓ Una vez que la bolsa está llena de agua, con la debida cantidad y en estado natural, se debe decidir si se va a realizar el procedimiento de pie o sentado.
- ✓ Actualmente los equipos traen un regulador de velocidad del agua, ajustarlo según necesidad. Durante el procedimiento puede aumentar o disminuir la velocidad de entrada del agua al colon.
- ✓ Retire la bolsa que está utilizando y limpie la piel alrededor del estoma únicamente con agua.
- ✓ Coloque la manga de irrigación, sujetándola con el cinturón. Indicar al usuario que se coloque junto al sanitario e introduzca el extremo inferior de la bolsa en el interior del mismo.
- ✓ Lubrique el cono, e introdúzcalo suavemente en el estoma, por la parte superior de la manga de irrigación, sostener el cono firmemente para evitar que el agua se regrese.
- ✓ En algunas ocasiones necesitará introducir sus dedos lubricados para lograr una mejor dilatación. (Si tiene dudas consúltelo con la Enfermera del Programa).
- ✓ Puede ser que en las primeras ocasiones, el estoma sangre un poco, recuerde que esta área es muy vascularizada y puede lesionarse por contacto, con el cono y la mucosa de la piel.
- ✓ Abra la llave de paso y permita entrar el agua al intestino, proceso que dura de 10 a 20 minutos. Recuerde: El agua debe estar en estado natural. Regule la velocidad del agua, según necesidad. En esta fase puede ser que el agua no pase, porque el cono está colocado incorrectamente y el borde distal del cono, pegue a la pared del intestino. Se debe de remover el cono hasta lograr que el agua fluya.
- ✓ Si aparecen cólicos, debe de parar inmediatamente la irrigación cerrando la llave de paso, corregir la causa del problema dando masajes en el abdomen en forma circular hasta que desaparezcan, y luego continuar con el procedimiento normalmente.



- ✓ No debe sacar el cono de su estoma, manténgale en su lugar, hasta que se quite la molestia, y recuerde por favor, lo importante de la velocidad del agua, y de la temperatura del agua es para prevenir que esto se presente.
- ✓ Una vez que termine de introducir el agua en su intestino, cierre la llave, para que no se introduzca aire, deje el cono en su lugar por cinco minutos.
- ✓ Retire el cono, cierre la manga de irrigación, por su parte superior, con el cierre de presión que trae la bolsa de irrigación. En 10 a 15 minutos, es el tiempo en el cual se va a producir el inicio del vaciamiento o puede producirse inmediatamente.
- ✓ Puede dejar la manga en su parte inferior dentro del inodoro o en su defecto, cierra la parte inferior de la misma con el "Clip" o "Pinza". Asegúrese de que esté bien cerrada. Espere de 30 a 45 minutos para permitir la total evacuación de las heces.
- ✓ Al terminar quite la manga y limpie el estoma, la piel alrededor debe quedar limpia y seca. Puede colocarse una bolsa de colostomía después de la irrigación, en los dos primeros meses, posteriormente que su intestino se acostumbre al procedimiento podrá usar una gasa o bolsa "mini" para mayor comodidad y discreción.

Principios:

- ✓ Una vez que termine el procedimiento, lave todas las partes con agua fría y colocarlos en un lugar fresco para que se sequen, evitando que se expongan al sol. Vigile que las mangas no se guarden húmedas, al igual que alguna otra parte del equipo.
- ✓ Si el usuario realiza el procedimiento, irá adquiriendo más destreza en esta labor y ahorrará más tiempo cada día. También entre más lo ejecute, verá la irrigación como algo totalmente normal y podrá disfrutar de los beneficios que esta proporciona, disfrutando así de un mejor estilo de vida.

Observaciones.

- ✓ Este procedimiento debe realizarse inicialmente todos los días, siempre a la misma hora, de acuerdo a sus necesidades y un ambiente de tranquilidad.
- ✓ Nunca debe realizar éste procedimiento en ayunas debido a que pueden presentarse mareos. Debe tomar una taza de jugo, té, café, u otro líquido, 10 minutos antes, lo anterior, para estimular el reflejo gástrico.
- ✓ En ocasiones el cono no entra en el estoma, esto se debe a que el paciente está muy tenso, contrae sus músculos y disminuye el tamaño del mismo o en su defecto si el estoma es muy pequeño en su diámetro, lo que se corrige con la dilatación manual diaria. Introducir sus dedos de la mano bien lubricados en el estoma.
- ✓ Recordarle al usuario que en las primeras ocasiones se le puede presentar algunos problemas por la falta de experiencia, principalmente en las 4 a 8 semanas iniciales. Indicarle que la irrigación puede suspenderla en cualquier



momento si tiene duda del procedimiento, y que puede recurrir con toda confianza al médico o enfermera tratante para aciarla.

Riesgos:

Cólico debido a:

Temperatura fría del agua.

Infusión rápida.

Paso del aire a través del tubo por no purgar el equipo.

Introducción de gran volumen de agua sin tomar en cuenta características de su masa corporal.

Retención de líquido debido a:

Mucha tensión emocional lo puede causar espasmos.

Deshidratación.

Introducir gran volumen de agua.

Obstrucción del intestino.

Gases u olores debido a:

Comidas anteriores a la irrigación:

Tipos de alimentos consumidos.

Exceso de alimentos.

Filtración durante irrigación por:

Gran volumen de líquido empleado.

Paso del líquido muy rápido.

Problemas de ajuste entre placa y bolsa.

12.17 Nombre del procedimiento: Recolección de muestra de heces

Definición

Muestra de heces, que se recolecta de manera directa o mediante aplicador en la Ámpula anal, para ser analizada por el laboratorio clínico.

Objetivo:

- ✓ Diagnosticar presencia de sangre, bacterias, parásitos en heces, bilis otros.

Nivel de atención.

- ✓ I, II y III



Nivel de complejidad

- ✓ Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera
- ✓ Auxiliares de enfermería
- ✓ Familia
- ✓ Estudiante de Enfermería y Auxiliar de Enfermería con supervisión del profesional.

Material requerido:

- ✓ Frasco proporcionado por el laboratorio para recoger la muestra.
- ✓ Fórmula de solicitud de laboratorio.
- ✓ Espátula.
- ✓ Etiqueta de identificación de laboratorio.
- ✓ Bidé.
- ✓ Jabón, agua y servilleta.
- ✓ Guantes.

Actividades

- ✓ Verificar en el expediente de salud la indicación médica.
- ✓ Confirmar los datos en la orden para laboratorio.
- ✓ Informar al usuario(a) sobre el procedimiento.
- ✓ Favorecer la privacidad del usuario(a) si está encamado o no deambula.
- ✓ Preparar el equipo y trasladar al usuario al servicio sanitario (si su condición lo permite)
- ✓ Colocar el bidé al usuario(a).
- ✓ Colocar los guantes y recolectar la muestra con la espátula.
- ✓ Depositar la muestra en el frasco y cerrar herméticamente.
- ✓ Identificar y enviar la muestra al laboratorio.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente.
- ✓ Higienizar las manos del usuario y las suyas.
- ✓ Elaborar nota de enfermería en el expediente de salud.

Principios

- ✓ La identificación del usuario(a) evita errores.
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ La higienización de manos remueve microorganismos. La piel tiene bacterias transitorias que desaparecen con el agua y el jabón.
- ✓ La privacidad al usuario(a) le da seguridad y confianza.
- ✓ El registro de anotaciones de enfermería facilita la continuidad en los tratamientos.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Observaciones

- ✓ Para el examen de frotis de heces se obtiene la muestra, utilizando productos estériles. (Espátulas, aplicadores, frasco y bidé.)
- ✓ El transporte de muestras debe realizarse de manera oportuna para evitar que las bacterias se multipliquen y se eleve el riesgo de contaminación ambiental

Riesgo

- ✓ Contaminación.



CAPITULO XIII. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AFECCIONES HEMATOLOGICAS

13.1 Nombre del procedimiento: Transfusión de hemocomponentes

Definición:

- ✓ Es la transferencia por vía endovenosa de hemocomponentes, (glóbulos rojos empacados, plasma, plaquetas, crío precipitado) con fines terapéuticos.

Objetivo:

- ✓ Corregir deficiencias hemodinámicas.
- ✓ Mejorar el aporte de oxígeno a los tejidos.
- ✓ Reponer volumen en hemorragias masivas.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería avanzado con acompañamiento directo de la docente.

Material y equipo:

- ✓ Equipo de venoclisis (ver procedimiento).
- ✓ Catéter para uso endovenoso N° 18 – 20 - 21 (En niños)
- ✓ Azafate estéril.
- ✓ Unidad de hemocomponente
- ✓ Material para la fijación de vía.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Estetoscopio y esfigmomanómetro.
- ✓ Soporte para soluciones endovenosas.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Bolsa para descartar.
- ✓ Expediente de salud.



Actividades

Trámites antes de la transfusión:

- ✓ Revisar en el expediente de salud, la indicación de transfusión (fecha, solicitud, hora, cantidad, frecuencia tipo de hemoderivado, médico responsable, urgencia).
- ✓ Revisar pruebas de coagulación, grupo, RH, combs negativo (si es positivo, informar al médico), fecha de vencimiento, nombre del usuario.
- ✓ Luego de la revisión, enviar a laboratorio el expediente y la solicitud de la preparación hemocomponentes.
- ✓ Recibir el expediente con el sello del servicio de laboratorio en la indicación correspondiente. Una vez que está el hemocomponente listo para transfundir, se coordina el retiro del hemoderivado.
- ✓ Enviar al asistente de pacientes (por delegación) con expediente de salud, a retirar el hemoderivado y trasladarlo según normas de bioseguridad. Adicionalmente, debe retirar la conexión y la boleta de registro de identificación, junto con el registro de pruebas cruzadas

Procedimiento de la transfusión

- ✓ La enfermera(o) revisa los documentos enviados por el banco de sangre junto con la unidad de hemoderivados; grupo, RH, pruebas cruzadas e identidad del usuario(a).
- ✓ Verificar firma del usuario en el consentimiento informado.
- ✓ Obtener historia de transfusiones del usuario por la enfermera (ver observaciones)
- ✓ Verificar en el expediente y administrar medicamento según indicación médica antes de la transfusión.
- ✓ Informar sobre el procedimiento y síntomas de reacciones adversas.
- ✓ Medir, valorar y registrar los signos vitales del usuario(a).
- ✓ Reportar temperatura mayor de 37.8
- ✓ Canalizar la vía venosa periférica según procedimiento con angiocarth N° 18 o 20 y adaptar la conexión descartable de sangre preparada.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Colocar guantes.
- ✓ Insertar el equipo de transfusión en la bolsa, según normas de asepsia.
- ✓ Si la vía utilizada es una vía central, es preciso utilizar un dispositivo calefactor, ya que el extremo del catéter se ubica en la vena cava superior, o aurícula derecha, y la administración de sangre fría directamente en corazón podría alterar la conducción cardíaca y provocar arritmia. Por otra parte, la temperatura de la sangre no debe superar los 37°C porque provoca hemolisis.
- ✓ Adaptar la conexión de una vía a la bolsa con la sangre y abrir la llave y llenar la conexión con el hemoderivado.
- ✓ Verificar que no queden burbujas de aire.



- ✓ Si la conexión es de dos vías, cerrar la llave de una conexión y en la otra vía adaptar el hemoderivado.
- ✓ Abrir la llave del hemoderivado.
- ✓ Iniciar la transfusión.
- ✓ Regular el goteo a 40 gotas por minuto, en caso de transfundir glóbulos rojos o sangre total. Administrar en 2 a 4 horas.
- ✓ Si es plasma, plaquetas o crío precipitados dejar totalmente abierta la llave reguladora, y controlar que pase en 20 a 30 minutos.
- ✓ Colocar tarjeta de soluciones intravenosa en la bolsa del hemoderivado. Controlar los signos vitales con intervalos de 15 a 30 minutos.
- ✓ Evaluar continuamente en forma integral al usuario.
- ✓ Observar al usuario(a) por escalofríos, dolor, prurito, urticaria, signos de sobrecarga de líquidos como tos, disnea, regurgitación yugular.

Una vez finalizada la transfusión:

- ✓ Retirar la conexión, bolsa del hemoderivado y desechar en contenedores para material biopeligroso.
- ✓ Dejar al usuario (a) cómodo y seguro.
- ✓ Realizar los registros de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos, anotando número de donador, fecha y hora que se inició y finalizó el procedimiento, reacciones presentadas, signos vitales antes, durante y después del tratamiento, hora del control post transfusión.
- ✓ Completar la fórmula de transfusión sanguínea, enviada por el servicio de laboratorio y adjuntarla en el expediente.
- ✓ Elaborar en la gráfica de signos vitales el cuadro rojo en el espacio correspondiente; anotar la cantidad de sangre transfundida en números. (Ver normas)
- ✓ Anotar en el Kardex la hora en que debe efectuarse el control post transfusión.

Reacciones transfusionales

Realizar las siguientes acciones:

- ✓ Cerrar la llave de la conexión, para suspender la transfusión.
- ✓ Mantener la vía permeable.
- ✓ Avisar al médico
- ✓ Evaluar signos y síntomas para identificar tipo de reacción.
- ✓ Controlar signos vitales.
- ✓ Verificar datos del hemoderivado con los datos del usuario.
- ✓ Administrar medicamentos indicados.
- ✓ Recolectar muestra de orina
- ✓ Enviar al laboratorio la unidad del hemoderivado y anotar cantidad transfundida.



- ✓ Completar fórmula de “Entrega de sangre” y anotar al reverso el motivo de la suspensión de la transfusión. Además, completar fórmula de “Reporte de reacción adversa a la transfusión de hemoderivados”

Principios científicos

- ✓ Informar al usuario disminuye la ansiedad.
- ✓ La identificación de los tratamientos evita errores.
- ✓ La revisión cuidadosa del expediente de salud favorece la seguridad del usuario(a) y previene complicaciones.
- ✓ El equipo completo y en orden ahorra tiempo y energía.
- ✓ Las constantes vitales evidencian el estado de salud de la persona.
- ✓ La higiene de manos ayuda a remover la mayoría de los gérmenes patógenos.
- ✓ La infusión rápida de grandes volúmenes de sangre fría pueden conducir a la hipotermia
- ✓ La observación detallada del usuario(a) durante el procedimiento le da seguridad y previene complicaciones secundarias tardías.
- ✓ La medición de signos vitales antes, durante y después de la administración de hemoderivados, permite valorar la condición del usuaria(o).
- ✓ Una unidad en orden brinda bienestar físico y emocional al usuaria(o).
- ✓ El registro de los cuidados de enfermería evidencia la calidad de la atención y previene conflictos legales.

Observaciones:

- ✓ En caso de usuarios (as) bajo efectos de sedación o estado de inconsciencia, controlar la presencia de enrojecimiento, edema u otro signo relacionado con reacción alérgica.
- ✓ Si el hemoderivado no se administra en el tiempo establecido, por ningún motivo debe guardarse en refrigeración del servicio.
- ✓ Suspender momentáneamente la administración de medicamento (antibióticos), durante la transfusión; administrarlo al término de la misma; esto puede confundir si presenta una reacción anafiláctica.
- ✓ Para transfundir plaquetas y albúmina se utiliza la conexión con filtro.
- ✓ Para transfundir crío precipitados, glóbulos rojos empacados, plasmas, sangre total, se utiliza conexión con filtro.
- ✓ No olvidar que las reacciones adversas más peligrosas de las transfusiones suelen deberse a errores en la identificación del producto sanguíneo.
- ✓ Interrogar al usuario si ha sido sometido a transfusiones previas. Si la historia es positiva, preguntarle cómo se sintió antes y después del procedimiento, si tuvo reacciones adversas o síntomas (datos subjetivos u, objetivos) de la reacción se adversa (escalofrío, cefaleas, dolor en el brazo, hormigueo, rash, insuficiencia respiratoria).
- ✓ Es prioritario contar con el consentimiento informado



- ✓ Si es la primera vez que se transfunde, explicarle las características (del procedimiento o síntomas subjetivos de las reacciones adversas) y riesgos relacionados con el procedimiento al usuario.
- ✓ Antes de retirar el hemoderivado, el profesional en enfermería debe haber canalizado la vena con un catéter de grueso calibre (para evitar fenómenos hemolíticos) o coordinar con el médico la colocación de un catéter central.
- ✓ Optar por venas del antebrazo o de la mano.
- ✓ No administrar medicamentos en el catéter que se está transfundiendo.
- ✓ Cambiar la conexión con filtro cada vez que transfunda una unidad de sangre.
- ✓ No utilizar suero fisiológico, después de terminada la transfusión
- ✓ Aplicar los 10 correctos en la administración de medicamentos.
- ✓ Cuando se recibe el hemoderivado del banco de sangre, si están fríos transfundir en 20 a 30 minutos después.
 - 1 Unidad de glóbulos rojos empacados en 2 horas a máximo 4 horas.HCG
 - 1 unidad de plasma en 30 minutos
 - 1 unidad de plaquetas de 5 a 15 minutos.
- ✓ Si necesita pasar medicamento urgente por vía endovenosa, canalizar otra vía en el miembro superior contrario al de la transfusión. No administrar calcio intravenoso durante la transfusión.
- ✓ El banco de sangre debe enviar los hemoderivados filtrados o leuco reducidos a la enfermera, para que transfunda.
- ✓ Si el usuario refiere que es testigo de Jehová, consultar previamente al equipo de salud.

Riesgos del procedimiento.

- ✓ Incumplimiento de correctos en la administración de medicamentos.
- ✓ Anafilaxia.
- ✓ Congestión pulmonar.
- ✓ Reacción alérgica

13.2 Nombre del procedimiento: Transfusión de factores VIII, IX, XI, y XIII liofilizados

Definición:

Son los factores de coagulación con proteínas que se encuentran en el plasma producidas principalmente por el hígado y en menos cantidades por el bazo y son utilizados en el tratamiento de problemas de coagulación. Bajo procesos de industrialización, su presentación es como liofilizado.



Objetivo:

- ✓ Suministrar los factores de coagulación carentes en el organismo.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Niveles de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Equipo de venoclisis
- ✓ Kits con el factor a suministrar (en la caja del frasco viene una aguja con filtro).
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Microporo.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Catéter endovenoso N° 18 o 20.
- ✓ Jeringas de 10 cc o de 20 cc descartables.

Actividades.

- ✓ Higienizar las manos.
- ✓ Canalizar la vía periférica según técnica establecida o administrar el factor, previa verificación de la permeabilidad del catéter endovenoso, si el usuario(a) lo tiene fijo.
- ✓ Preparar el equipo y llevar a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario, informarlo y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Controlar los signos vitales antes, durante y al finalizar el tratamiento.
- ✓ Preparar el factor liofilizado y limpiar con algodón y alcohol el tapón de goma del frasco.
- ✓ Extraer 10 cc de suero fisiológico o diluyente y deslizarlo suavemente por las paredes del frasco, para no destruir la viabilidad del factor.
- ✓ Agitar suavemente, entre 7 y 10 minutos, el contenido del frasco y en forma rotatoria entre sus manos; evitar la formación de espuma.
- ✓ Revisar que no haya producido grumos ni burbujas.
- ✓ No agitar el frasco después de que el factor liofilizado concentrado se haya diluido completamente (10 -20 minutos).
- ✓ Extraer la solución del frasco a la jeringa descartable con la aguja de filtro que viene en la caja del frasco del factor.
- ✓ Aplicar durante en un lapso de entre 5 y 10 minutos.



- ✓ Retirar la vía periférica que se puncionó en forma directa y exclusiva para ese tratamiento
- ✓ Hacer presión en el sitio de punción con algodón seco por dos minutos o más.
- ✓ Cuidar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Proporcionar al usuario información e indicaciones de acuerdo con su padecimiento.
- ✓ Retirar la conexión y el material utilizado y desechar en contenedores para material biopeligroso.
- ✓ Dejar al usuario (a) cómodo y seguro.
- ✓ Realizar los registros de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos. Anotar en el expediente, fecha y hora que se inició y finalizó el procedimiento, reacciones presentadas, signos vitales antes, durante y después del tratamiento.

Principios:

- ✓ Informar al usuario (a) aumenta su confianza y seguridad en el procedimiento y en el personal de enfermería.
- ✓ Los signos vitales permiten valorar la condición del usuaria(o).
- ✓ La higiene de manos favorece la asepsia.
- ✓ La limpieza, el orden y el mantener el equipo en el lugar adecuado evitan el deterioro y contribuyen a la economía del tiempo.
- ✓ Las anotaciones de enfermería orientan sobre la evolución del usuaria(o) y favorecen la continuidad del mismo.

Observaciones:

- ✓ La revisión exacta de documentos e indicaciones ayuda a la seguridad y eficacia del tratamiento y evita complicaciones secundarias.
- ✓ Es importante seguir las instrucciones del fabricante.
- ✓ El factor liofilizado debe mantenerse en refrigeración, no en congelación.
- ✓ Los factores deben ser administrados con jeringa descartable únicamente, ya que en vidrio se adhieren totalmente a las paredes de la jeringa, y se pierde el producto.
- ✓ El uso de la aguja de filtro previene la introducción de grumos o burbujas a torrente sanguíneo

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Incumplimiento de correctos.
- ✓ Anafilaxia.



CAPÍTULO XIV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON AFECIONES DEL APARATO REPRODUCTOR

CONCEPTOS GENERALES

La reproducción es el proceso a través del cual los organismos forman más organismos similares a ellos; es una de las características que diferencia a los seres vivos de las cosas inanimadas.

Todos los seres vivos se reproducen. Pero si bien el sistema reproductor es esencial para mantener viva a una especie, a diferencia de otros sistemas del cuerpo, no es esencial para mantener vivo a un individuo.

En el proceso de reproducción humana, participan dos tipos de **células sexuales**, o **gametos**. El gameto masculino, o **espermatozoide**, y el gameto femenino, u óvulo; se juntan en el sistema reproductor femenino y conforman una nueva persona.

Tanto el sistema reproductor masculino como el femenino son esenciales para la reproducción. La mujer necesita que un hombre fertilice su óvulo, aunque es ella quien lleva la descendencia durante el embarazo y el parto.

La mayoría de las especies tienen dos sexos: masculino y femenino. Cada sexo cuenta con su propio sistema reproductor. La estructura y la forma son diferentes, pero ambos están diseñados específicamente para producir, nutrir y transportar el óvulo (o huevo) o el espermatozoide.

Sistema reproductor femenino

A diferencia del hombre, la mujer tiene el sistema reproductor ubicado íntegramente en la pelvis (que es la zona baja del abdomen).

La parte externa de los órganos reproductores femeninos están formados por:

- **Vulva:** que significa "cubierta"; está ubicada entre las piernas; cubre la abertura que conduce a la **vagina** y a otros órganos reproductores ubicados dentro del cuerpo.
- **Monte de Venus** o "**mons pubis**": es la zona carnosa ubicada justo por encima de la parte superior de la abertura vaginal.
- **Labios:** son dos pares de membranas que rodean la abertura de la vagina.
- **Clítoris:** es un pequeño órgano sensitivo; está ubicado hacia la parte delantera de la vulva, donde se unen los pliegues de los labios.



Los órganos reproductores internos de la mujer son la vagina, el útero, las trompas de Falopio y los ovarios.

- **La vagina:** es un tubo muscular hueco que se extiende desde la abertura vaginal hasta el útero; mide aproximadamente de 3 a 5 pulgadas (8 a 12 centímetros). Dado que posee paredes musculares, puede expandirse y contraerse. Esta capacidad de ensancharse o afinarse permite que la vagina pueda albergar algo tan delgado como un tampón o tan ancho como un bebé. Las paredes musculares de la vagina están recubiertas por membranas mucosas, que la mantienen húmeda y protegida.
- **Útero** o vientre: tiene forma de pera invertida con un recubrimiento grueso y paredes musculares; de hecho, el útero posee algunos de los músculos más fuertes del cuerpo, capaces de expandirse y contraerse para albergar al feto en crecimiento y después ayudan a empujar al bebé hacia afuera durante el parto. Cuando una mujer no está embarazada, el útero mide tan solo 3 pulgadas (7,5 centímetros) de largo y 2 pulgadas (5 centímetros) de ancho.
- **Trompas de Falopio:** conectan el útero con los **ovarios**. Existen dos trompas de Falopio, cada una de ellas unida a un lado del útero. Las trompas de Falopio miden, aproximadamente, 4 pulgadas (10 centímetros) de largo y son tan anchas como un espagueti. Dentro de cada tubo hay un pequeñísimo canal, del ancho de una aguja de coser.
- **Los ovarios:** son dos órganos con forma de óvalo ubicados en la parte superior derecha e izquierda del útero. Producen, almacenan y liberan óvulos en las trompas de Falopio, en un proceso que se denomina **ovulación**. Cada ovario mide, aproximadamente, de 1,5 a 2 pulgadas (de 4 a 5 centímetros) en una mujer madura.

Los ovarios también forman parte del sistema endocrino, porque producen las hormonas sexuales femeninas, como el **estrógeno** y la **progesterona**.



14.1 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en colposcopia

Definición:

Visualización de la vagina y el cuello del útero, por medio de un instrumento llamado colposcopio.

Objetivos:

- ✓ Confirmar diagnóstico ante la sospecha de una patología.
- ✓ Permitir la realización de biopsia.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Camilla ginecológica.
- ✓ Colposcopio con sus accesorios.
- ✓ Carro de tratamiento que contenga:
- ✓ 2 pares de guantes estériles.
- ✓ Espéculos de diferente numeración.
- ✓ Hisopos largos con punta envuelta con algodón.
- ✓ Espátulas de madera.
- ✓ Cuadros de gasa.
- ✓ Azafate de acero inoxidable.
- ✓ Láminas de vidrio para citología.
- ✓ Frasco con solución preservante para depositar la muestra para biopsia en caso necesario.
- ✓ Recipiente con solución desinfectante para equipos.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ "Tarjeta solicitud de biopsia y citología para el servicio de Patología".
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra
- ✓ Órdenes de laboratorio.



Actividades

El día del examen:

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud.
- ✓ Identificar al usuario e informarle sobre los cuidados que debe tener antes, durante y después del procedimiento. La usuaria no debe tener la menstruación.
- ✓ Verificar la firma de consentimiento informado.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Medir y registrar signos vitales.
- ✓ Elaborar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.
- ✓ Solicitar al personal designado que traslade a la usuaria en camilla, con el expediente de salud, a la sala de colposcopia.

En la sala de colposcopia:

- ✓ Recibir a la usuaria, identificarla e informarle con respecto al procedimiento.
- ✓ Proveer privacidad a la usuario (a) con cortinas biombos o cerrando la puerta.
- ✓ Asistir a la usuaria para colocarse en posición ginecológica.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento
- ✓ Recibir las muestras para citología-biopsia.
- ✓ Identificar la biopsia con los datos de la usuaria y enviar al servicio de anatomía patológica.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- ✓ Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Trasladar a la usuaria en silla o camilla con el expediente de salud al servicio de procedencia.

En el salón

- ✓ Recibir a la usuaria después del examen.
- ✓ Medir y registrar signos vitales y presencia de sangrado vaginal.
- ✓ Procurar un ambiente cómodo al usuario.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones.

- ✓ La privacidad es esencial para guardar el pudor de la mujer cuando se realizan exámenes y tratamientos ginecológicos.



Riesgo:

- ✓ Sangrado vaginal.

14.2 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en citología cervical (Papanicolaou)

Definición:

- ✓ Es un procedimiento por medio del cual se obtienen células del cuello del útero para estudio.

Objetivo:

- ✓ Obtener una muestra de las células del cuello del útero para estudio citológico, con el fin detectar tempranamente alteraciones cérvico uterinas.

Nivel de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Profesionales enfermería.
- ✓ Enfermera(o) obstetra.
- ✓ Estudiantes de posgrado.

Material y equipo:

- ✓ Lámpara de cuello ganso.
- ✓ Espéculos grandes, medianos y pequeños.
- ✓ Líquido fijador tipo carbowax en gotero o en spray .
- ✓ Pinza Kelly o Forester.
- ✓ Toallas sanitarias femeninas.
- ✓ Aplicadores de algodón.
- ✓ Tubos de ensayo.
- ✓ Kit para citología vaginal que incluya:



- Lámina de vidrio.
- Espátula de madera o plástico.
- Cito Brush o cepillo endocervical.
- Liga fuerte y de mediano tamaño.
- Porta lámina acorde al tipo de lámina usada.
- ✓ Líquido fijador tipo carnoy.
- ✓ Torundas de gasa y algodón.
- ✓ Lápiz de grafito.
- ✓ Guantes descartables de diferentes tamaños.
- ✓ Sábanas en buen estado y limpia.
- ✓ Rollos de papel para camilla.
- ✓ Toallas de papel para secarse las manos.
- ✓ Sello del establecimiento.

Actividades

- ✓ Identificar e informar a la usuaria sobre el procedimiento.
- ✓ Verificar si la usuaria cumple con los criterios para una toma de muestra adecuada:
 - Si la usuaria ha utilizado medicamentos vía vaginal setenta y dos (72) horas antes de tomar la citología no debe realizarse la toma y dar cita para otro día.
 - El sangrado menstrual u otro tipo de sangrado no es contraindicación para la toma de la citología. Si hay sangrado la muestra debe fijarse con fijador tipo carnoy.
 - El haber tenido relaciones coitales la noche previa no es contraindicación para la toma de la muestra.
 - Si la usuaria presenta patologías propias del embarazo que contraindica la toma, se pospone ésta hasta la resolución de la patología
- ✓ Indicar a la usuaria el sitio donde puede retirarse las prendas íntimas.
- ✓ Solicitar al auxiliar de enfermería que:
 - Prepare el equipo, las láminas de vidrio y el formulario de solicitud de examen citológico anotando con lápiz los datos de identificación de la usuaria.



- Facilite la privacidad de la usuaria, colocando biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- Dé el acompañamiento necesario a la usuaria para que se coloque en posición ginecológica sobre la camilla de exploración, cubriéndola con la sabana movable.
- Enfoque la fuente de luz.
- ✓ Lavarse las manos y colocarse anteojos protectores, bata y guantes estériles.
- ✓ Seleccionar el espéculo adecuado.
- ✓ Se introduce un espéculo vaginal con delicadeza, sin lubricante, ni agua; los espejuelos pequeños se utilizan preferentemente en nulíparas y en usuarias adultas mayores, mientras que los medianos y grandes, se utilizan dependiendo de las características físicas de la usuaria.
- ✓ Con la parte acorazonada o de forma de trébol de la espátula se toma la muestra de la zona de transformación, se apoya la espátula en el os externo, y se efectúa un raspado firme pero delicado, girándola 360 grados.
- ✓ Posteriormente, se obtiene la muestra endocervical, introduciendo el cepillo en el canal hasta la longitud donde estén presentes las cerdas del cepillo, luego se gira no más de 180 grados, porque puede producir sangrado y dificultar la lectura de la muestra. En las usuarias que presentan sequedad del cuello del útero o cuando no hay disponible un cepillo endocervical, se puede utilizar un hisopo de algodón humedecido en solución salina para el endocérvix.
- ✓ El material obtenido con la espátula se extiende delgada y uniformemente sobre la totalidad de la superficie de la lámina no esmerilada. Seguidamente, el cepillo endocervical es girado sobre la superficie de la lámina depositando el material de la muestra sobre la misma. En caso de usar un hisopo de algodón, éste también debe ser girado sobre la lámina y no frotado, de manera que las células (muestra) sean transferidas a la lámina sin triturarlas.
- ✓ En los casos que presenten exceso de secreciones, moco o sangre alrededor del cuello de útero, se deben limpiar, previo a la toma, con una torunda de gasa. Si por las características de la secreción o flujo se sospecha de alguna infección, el profesional toma y envía un frotis al laboratorio, o se procede a establecer el diagnóstico clínico y a indicar el tratamiento correspondiente.
- ✓ En muchas mujeres se presenta el ectropión, que consiste en epitelio endocervical expuesto, éste no es indicativo de lesión ni requiere tratamiento.
- ✓ Al realizar la citología cérvico vaginal también se debe realizar una inspección detallada de la vulva, el introito, las paredes vaginales y el cuello de útero, para detectar anomalías. En caso de detectarse anomalías macroscópicas, la usuaria debe ser referida a colposcopia sin esperar los resultados de la citología.



- ✓ Informar a la usuaria el sitio donde puede realizarse aseo genital y recolocarse las prendas íntimas.
- ✓ Solicitar al auxiliar de enfermería que envíe la muestra al laboratorio.
- ✓ Dar el cuidado al equipo, posteriormente, según normas de infecciones intrahospitalarias y desechos sólidos.
- ✓ Anotar en la historia de salud el procedimiento y los hallazgos.

Observaciones.

- ✓ La privacidad es esencial para guardar el pudor de la mujer cuando se realizan exámenes y tratamientos ginecológicos.

Riesgos:

- ✓ Laceración de tejidos vaginales.
- ✓ Muestra inadecuada
- ✓ Infección

14.3 Nombre del procedimiento: Examen físico de mamas

Definición:

Técnica manual para la exploración física de las mamas que permite identificar protuberancias anormales.

Objetivos:

- ✓ Detectar en forma precoz alguna patología maligna o benigna en la mama.
- ✓ Orientar a la mujer para que se realice el autoexamen de mamas.

Nivel de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Materiales y equipo:

- ✓ Cuarto privado
- ✓ Bata abierta
- ✓ Expediente de salud
- ✓ Guantes



- ✓ Lapicero

Recursos humanos:

- ✓ Profesionales de enfermería obstétrica, oncológica y enfermera (a) general.

Actividades

- ✓ Informar y solicitar el consentimiento a la usuaria.
- ✓ Indicar el área donde puede desvestirse y colocarse la bata.
- ✓ Proporcionar privacidad con biombos cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Lavarse las manos y colocarse los guantes.
- ✓ Realizar el examen siguiendo los siguientes pasos e invitando a la usuaria a que los repita
- ✓ Revisar que la iluminación sea suficiente y ubicar al usuario frente a un espejo.
- ✓ Solicitarle que eleve ambos brazos y observe si hay diferencia en los senos o cambios en la posición del pezón.
- ✓ Iniciar la palpación con movimientos circulares, siguiendo la dirección de las manecillas del reloj, completando toda la mama; determinar si existen masas o dolor.
- ✓ Solicitar a la usuaria que coloque la mano derecha detrás de la cabeza elevando el codo.
- ✓ Con la yema de los dedos de la mano izquierda, examinar la mama derecha iniciando la palpación del borde (periferia) al centro (pezón).
- ✓ Examinar el pezón presionándolo suavemente con el dedo pulgar e índice para observar si hay salida de secreción o sangrado.
- ✓ Repetir el procedimiento para examinar la mama izquierda.
- ✓ Examinar la axila con la yema de los dedos haciendo movimientos circulares para detectar la presencia de masas.
- ✓ Orientar a la usuaria para que se realice el autoexamen de mama 8 días después del inicio de la menstruación. Si no menstrúa, que se haga el autoexamen un día fijo cada mes.
- ✓ Indicar a la usuaria la finalización del examen y el área para vestirse.
- ✓ Anotar en el expediente de salud el procedimiento y los hallazgos.

Observaciones:

- ✓ La posición descrita facilita el examen. Una variación puede ser acostada con el brazo sobre la cabeza y con una almohada o toalla doblada debajo del hombro.

Riesgo:

- ✓ Técnica de exploración incorrecta.



CAPÍTULO XV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON AFECIONES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

CONCEPTOS GENERALES

- La respiración es el proceso por el cual ingresamos aire (que contiene oxígeno) a nuestro organismo y sacamos de él aire rico en dióxido de carbono. Un ser vivo puede estar varias horas sin comer, dormir o tomar agua, pero no puede dejar de respirar más de tres minutos. Esto grafica la importancia de la respiración para nuestra vida.
- Al no respirar no llegaría oxígeno a nuestras células y por lo tanto no podrían realizarse todos los procesos metabólicos que nuestro organismo requiere para subsistir. Esto traería como consecuencia una muerte súbita por asfixia (si no llega oxígeno a los pulmones) o una muerte cerebral (si no llega oxígeno al cerebro).

El sistema respiratorio de los seres humanos está formado por:

Las vías respiratorias: son las fosas nasales, la faringe, la laringe, la tráquea, los bronquios y los bronquiolos. La boca también es un órgano por donde entra y sale el aire durante la respiración.

Las fosas nasales son dos cavidades situadas encima de la boca. Se abren al exterior por los orificios de la nariz (donde reside el sentido del olfato) y se comunican con la faringe por la parte posterior. En el interior de las fosas nasales se encuentra la glándula pituitaria, que calienta y humedece el aire que inspiramos. De este modo, se evita que el aire reseque la garganta, o que llegue muy frío hasta los pulmones, lo que podría producir enfermedades.

La faringe se encuentra a continuación de las fosas nasales y de la boca. Forma parte también del sistema digestivo. A través de ella pasan el alimento que ingerimos y el aire que respiramos.

La laringe está situada en el comienzo de la tráquea. Es una cavidad formada por cartílagos que presenta una saliente llamada comúnmente nuez. En la laringe se encuentran las cuerdas vocales que, al vibrar, producen la voz.

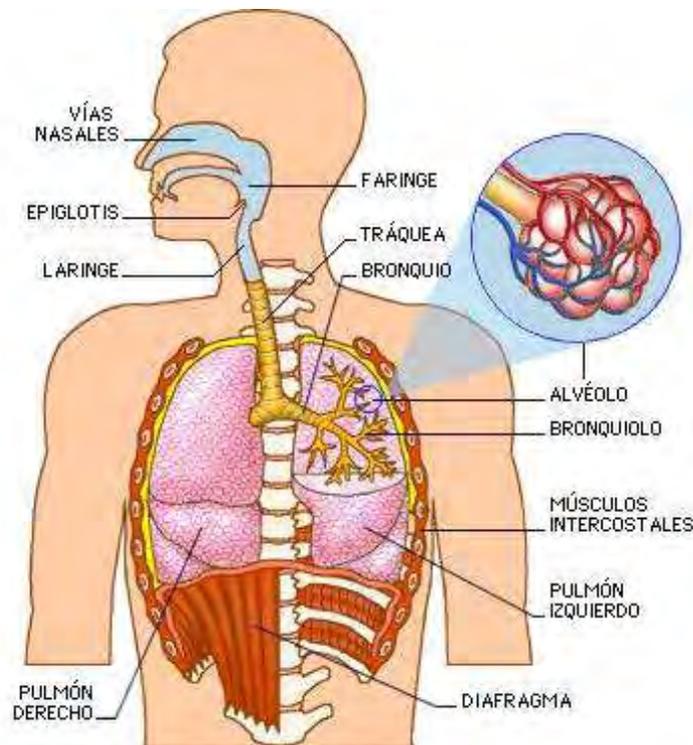
La tráquea es un conducto de unos doce centímetros de longitud. Está situada delante del esófago.

Los bronquios son los dos tubos en que se divide la tráquea. Penetran en los pulmones, donde se ramifican una multitud de veces, hasta llegar a formar los bronquiolos.

Los pulmones son dos órganos esponjosos de color rosado que están protegidos por las costillas.

Mientras que el pulmón derecho tiene tres lóbulos, el pulmón izquierdo solo tiene dos, con un hueco para acomodar el corazón. Los bronquios se subdividen dentro de los lóbulos en otros más pequeños y estos a su vez en conductos aún más pequeños. Terminan en minúsculos saquitos de aire, o alvéolos, rodeados de capilares. Una membrana llamada pleura rodea los pulmones y los protege del roce con las costillas.

Alvéolos: En los alvéolos se realiza el intercambio gaseoso: cuando los alvéolos se llenan con el aire inhalado, el oxígeno se difunde hacia la sangre de los capilares, que es bombeada por el corazón hasta los tejidos del cuerpo. El dióxido de carbono se difunde desde la sangre a los pulmones, desde donde es exhalado.



Imágenes con fines ilustrativos



15.1 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en toracocentesis.

Definición:

La toracentesis (también conocida como pleurocentesis o punción pleural) se define como la técnica que permite la extracción de una acumulación anormal de aire o líquido entre la pleura visceral y parietal, mediante la inserción percutánea de una aguja o catéter en el espacio pleural.

La toracentesis diagnóstica se realiza a fin de obtener líquido para su posterior análisis (a nivel bioquímico y microbiológico). Se practica siempre que existe derrame pleural.

La toracentesis terapéutica es aquella que se realiza con el fin de disminuir la dificultad respiratoria producida por el acúmulo de líquido o aire en el espacio pleural. Sus indicaciones son:

- Presencia de una gran cantidad de exudado pleural que produce dificultad respiratoria y debe ser evacuado.
- Neumotórax de gran tamaño (aquel que ocupa más del 20% del volumen del hemitórax afectado, o, a efectos prácticos, cualquiera que sea sintomático).
- Presencia de signos clínicos de neumotórax a tensión, caracterizado por compromiso respiratorio y/o hemodinámico brusco y severo.

Definición:

Consiste en la colocación de un tubo en el espacio pleural. Dentro de las razones para colocar un tubo torácico se encuentran: neumotórax, hemotórax, drenaje pleural, empiema, o prevención del taponamiento cardiaco después de una cirugía de tórax.

Objetivos:

Los objetivos específicos de enfermería durante el desarrollo de la técnica serán:

- ✓ Detectar complicaciones.
- ✓ Aliviar la ansiedad y el malestar del usuario(a).
- ✓ Favorecer el intercambio gaseoso.

Los objetivos de la técnica son:

- ✓ La obtención de líquido del espacio pleural para su posterior análisis.
- ✓ Drenaje de aire o líquido de la cavidad pleural a fin de disminuir la dificultad respiratoria.



Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliares de enfermería
- ✓ Estudiantes de Enfermería y del Programa Auxiliares de Enfermería con supervisión del profesional de Enfermería

Material y equipo:

Equipo de paracentesis

- ✓ 2 pares de guantes estériles.
- ✓ Sonda de tórax con guía.
- ✓ Sistema colector (sello de tórax)
- ✓ Anestésico local (lidocaína 2%).
- ✓ 1 frasco con antiséptico.
- ✓ Agua estéril
- ✓ Suturas o hilos
- ✓ Equipo de sutura
- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Cuadros de gasa 4 x 4.
- ✓ Bata estéril.
- ✓ Cubre bocas.
- ✓ Lentes de protección.
- ✓ 1 jeringa descartable de 5 CC.
- ✓ 2 agujas Nº 22 x 1 ½.
- ✓ 2 tubos de ensayo estéril.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul negra.
- ✓ Lápiz.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a); verificar la indicación y la firma del consentimiento informado.
- ✓ Identificar e informar al usuario(a) sobre el procedimiento.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Medir y registrar signos vitales antes, durante y después del procedimiento.



- ✓ Informarse con el usuario(a) si es alérgico al anestésico a emplear.
- ✓ Aplicar analgesia según indicación médica si es necesario.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a colocarse en alguna de las siguientes posiciones según indicación: a) sentado sobre la cama, ligeramente inclinado hacia delante y con los brazos apoyados sobre una mesa; b) sentado en una silla apoyando cabeza y brazos sobre el respaldo; c) si no puede sentarse, hacer que se acueste sobre el área no afectada en posición semifowler.
- ✓ Informar al usuario(a) que sentirá sensación de frío y presión por infiltración del anestésico local, que se abstenga de toser y que no se mueva.
- ✓ Dar privacidad al usuario(a) cerrando la puerta o las cortinas o colocando biombos.
- ✓ Descubrir por completo el tórax del usuario(a).
- ✓ Asistir al profesional médico en la colocación de bata.
- ✓ Facilitar el material y equipo para la infiltración, inserción, fijación de la sonda de tórax y colocación de apósito.
- ✓ Conectar la sonda de tórax al sistema colector (sello de tórax) y este a succión continua.
- ✓ Observar al usuario(a) por dificultad respiratoria, disnea, tos incontrolada, esputo sanguinolento, signos de shock, palidez, cianosis, debilidad, diaforesis y dolor.
- ✓ Rotular y enviar las muestras a laboratorio clínico.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semifowler e informarle sobre los cuidados del dispositivo: permanecer en reposo, solicitar ayuda para trasladarse fuera de la cama, pinzar la conexión que va al succionador si requiere trasladarse a otro sitio.
- ✓ Enviar la orden para la radiografía de tórax y solicitar la valoración posterior.
- ✓ Registrar en el plan de cuidados:
- ✓ Medir la cantidad y características del líquido drenado a la cámara recolectora, cada turno.
- ✓ Verificar la correcta fijación de la sonda de tórax y curar la herida diariamente.
- ✓ Valorar el patrón respiratorio y la coloración de la piel cada turno.
- ✓ Realizar la inspirómetro incentiva, técnica de tos asistida, vibración y percusión de tórax, de ser necesario.
- ✓ Efectuar el cambio del sistema colector cuando sea necesario.
- ✓ Hacer las anotaciones de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos y especificando:
 - Fecha y hora del procedimiento.
 - Procedimiento efectuado.
 - Nombre del médico que realizó la toracentesis.
 - Condición del usuario(a) antes, durante y después del procedimiento.
 - Número de muestras enviadas al laboratorio.
 - Nombre y número de licencia.



- ✓ Realizar el cuidado al equipo posteriormente siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Principios

- ✓ El procedimiento se realiza bajo estricta técnica aséptica quirúrgica.
- ✓ Los cambios externos producen en el individuo alteraciones físicas y emocionales.

Observaciones.

- ✓ El alivio del dolor ayuda a que el usuario(a) coopere con el tratamiento.
- ✓ La posición recomendada para el procedimiento favorece el resultado.
- ✓ La posición semifowler favorece el drenaje de exudados y permite el descanso físico y emocional.
- ✓ Pinzar la sonda de tórax interrumpe el efecto terapéutico.
- ✓ La detección de signos y síntomas de sangrado y alteración hemodinámica permite la intervención oportuna.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Reacciones vasovagales, dolor local persistente o tos.
- ✓ Infección local en el sitio de punción o sistémica.
- ✓ Obstrucción del catéter por sangre o por presencia de coágulos.
- ✓ Punción del pulmón que perpetúe el neumotórax o genere una hemorragia pulmonar.
- ✓ Aparición de enfisema subcutáneo.
- ✓ Laceración del paquete neurovascular intercostal.
- ✓ Laceración de vasos intercostales (hematoma de pared y hemotórax secundario)
- ✓ Lesión del sistema nervioso simpático (síndrome de Horner) o la parálisis diafragmática por lesión del nervio frénico.



15.2 Nombre del procedimiento: Intervención de enfermería en broncoscopia-laringoscopia

Definición:

Método de exploración invasiva para visualizar e identificar mediante la introducción de un endoscopio, posibles alteraciones así como la toma de muestras para analizar o aplicar un tratamiento en el tracto respiratorio.

Objetivos del procedimiento

- ✓ Explorar cavidades o conductos internos como medio de diagnóstico o terapéutico.
- ✓ Confirmar diagnóstico ante la sospecha de una patología.
- ✓ Efectuar biopsias.

Objetivos de la intervención de enfermería en el procedimiento

- ✓ Preparar el material necesario para la técnica.
- ✓ Recibir y preparar al usuario(a) para el procedimiento.
- ✓ Colaborar con el broncoscopista durante la técnica.

Contraindicaciones absolutas de riesgo para la vida:

- ✓ Estado cardiovascular inestable y arritmias cardíacas severas.
- ✓ La laringe es una región anatómica ricamente inervada y, por tanto, muy reflexógena. La estimulación directa de la misma por el paso del broncoscopio puede generar arritmias y reacciones vasovagales.

Niveles de atención.

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad.

- ✓ Medio

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de Enfermería y Del Programa Formación Auxiliar de Enfermería

Material y equipo:

- ✓ Broncoscopio.
- ✓ Equipo para broncoscopia (vasija, riñón, campo estéril, delantal, cuadros de gasa)
- ✓ Aspirador y sus accesorios.
- ✓ Equipo descartable para venoclisis
- ✓ Equipo para oxigenación nasal.
- ✓ Fuente de luz.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).



- ✓ Oxímetro de pulso
- ✓ Monitor de presión arterial
- ✓ Monitor de frecuencia cardiaca
- ✓ Equipo de emergencia
- ✓ (resucitador manual, laringoscopio, tubos endotraqueales)
- ✓ 1 Micro nebulizador
- ✓ 1 Cilindro de oxígeno grande.
- ✓ 3 Vasijas riñoneras de acero inoxidable estériles.
- ✓ 2 Cánulas nasales con humedecedor.
- ✓ Solución fisiológica para administración intravenosa.
- ✓ Frasco con anestésico local en spray, tipo lidocaína.
- ✓ Tubo con lidocaína en jalea
- ✓ 5 Bolsas de 500 ml de solución fisiológica.
- ✓ 5 Bolsas con agua destilada
- ✓ Frasco con alcohol al 70%.
- ✓ Conector rígido.
- ✓ Pinzas.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ 2 pares de guantes estériles.
- ✓ 2 cubrebocas (N-95)
- ✓ 2 pares de anteojos protectores.
- ✓ 2 Espátulas.
- ✓ 2 Intracarth Nº 18 y 20.
- ✓ 2 Jeringas desechables de 20 ml y/o 15 ml.
- ✓ 2 Agujas número 18 x 1 ½ pulgadas.
- ✓ 1 Trampa recolectora de secreciones (trampa de Lukens)
- ✓ 1 Boquilla protectora del endoscopio.
- ✓ 2 Frascos estériles para recolección de muestras.
- ✓ 1 Frasco con solución persevante tipo formalina para depositar la muestra de la biopsia.
- ✓ Papel filtro para fijar biopsia.
- ✓ Etiquetas adhesivas para rotular.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Preparar al usuario(a) para el procedimiento.
- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud y verificar que el consentimiento informado esté firmado.
- ✓ Identificar e informar al usuario(a) sobre los cuidados que deberá tener antes, durante y después del procedimiento, incluya a la familia o al cuidador.
- ✓ Revisar el resultado de estudios de laboratorio para identificar alteraciones.



- ✓ Preguntar al usuario(a) si cumplió con el período de ayuno (12 horas).
- ✓ Verificar con el usuario(a) farmacoterapia previa según la patología:
- ✓ Anticoagulantes o antiagregantes plaquetarios, suspendidos 10 días
- ✓ antes. Medicación cardiotónica e hipotensora: administrarse normalmente con un pequeño sorbo de agua.
- ✓ Realizar interconsulta al servicio de endocrinología de ser necesario el uso de insulina e hipoglucemiantes orales.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Verificar que se realizó el baño y la higiene oral.
- ✓ Retirar prótesis dentales si hay; cubrirlas; identificarlas y guardarlas en lugar seguro.
- ✓ Revisar que las uñas del usuario(a) estén limpias y sin esmalte.
- ✓ Aplicar pre medicación indicada una hora antes del procedimiento o según indicación médica.
- ✓ Vestir al usuario(a) con ropa verde.
- ✓ Canalizar vía periférica al usuario(a) eligiendo vena de grueso calibre.
- ✓ Elaborar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.
- ✓ Solicitar al personal designado el traslado del usuario a la sala de broncoscopia con estudios radiológicos y expediente de salud.
- ✓ En la sala de broncoscopia-laringoscopia.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo para la broncoscopia-laringoscopia: Abrir el azafate con técnica; colocar la vasija y agregar 250 cc de solución fisiológica; colocar 2 jeringas de 20 cc y 15 cc; agregar los cuadros de gasa y verter sobre ellos lidocaína en gel para lubricar el broncoscopio.
- ✓ Revisar que el equipo para nebulizar, oxigenar y para atención de paro cardiorrespiratorio esté completo.
- ✓ Si el usuario es de consulta externa, recibirlo cordialmente.
- ✓ Verificar el periodo de ayuno, alergia al anestésico, ingesta de medicamentos; solicitar que se vista con ropa verde; canalizar vía con solución fisiológica; pre medicar con atropina IM.
- ✓ Nebulizar al usuario(a) con 3 cc de lidocaína al 2%.
- ✓ Colocar al usuario(a) el monitor de signos vitales y saturación de oxígeno, mida y registrar.
- ✓ Colocar al usuario(a) en la posición decúbito dorsal; sujetar las extremidades superiores e inferiores.
- ✓ Aplicar lidocaína en spray a la faringe del usuario(a).
- ✓ Aplicar el sedante indicado vía IV.
- ✓ Asistir al médico al vestirse y durante el procedimiento.
- ✓ Recibir la muestra de tejido, o el líquido extraído para biopsia o cultivo.
- ✓ Identificar la muestra con los datos del usuario(a); enviarlos al laboratorio o a patología según corresponda.



- ✓ Colocar (cuando proceda) el “cuerpo extraño” extraído, en una vasija riñonera e identificarlo con los datos del usuario(a).
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición decúbito dorsal, después de concluido el estudio.
- ✓ Medir y registrar signos vitales del usuario(a) cada 15 minutos por dos horas, con el fin de detectar oportunamente alteraciones hemodinámicas, cambios en el patrón respiratorio o hemorragia.
- ✓ Aplicar oxígeno por cánula nasal y colocar saturador de oxígeno; monitorear la saturación hasta que se normalice y luego suspender el oxígeno.
- ✓ Valorar continuamente el estado de sedación y estimular a despertar.
- ✓ Tramitar la realización de la radiografía de tórax, si se realizó biopsia, y solicitar su valoración.
- ✓ Informar al usuario(a) que no ingiera alimentos por 2 horas después del examen.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Solicitar el traslado del usuario(a) a la unidad hospitalaria, acompañado por personal designado. Si es de consulta externa, dejarlo en observación hasta que se estabilice totalmente.
- ✓ Retirar la vía periférica.
- ✓ Enviar al usuario al hogar, acompañado.
- ✓ Realizar el cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones.

- ✓ El ayuno pre examen es fundamental para evitar el riesgo de bronco aspiración.
- ✓ La medición de la saturación de oxígeno permite detectar oportunamente la de saturación de oxígeno en el usuario(a).

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Reacciones vasovagales.
- ✓ Arritmias.



15.3 Nombre del procedimiento: Colocar y retirar cánula orofaríngea

Definición:

Técnica que consiste en introducir una cánula en la boca del usuario(a) para asistirle en la ventilación; desplaza la parte posterior de la lengua hacia adelante, impidiendo que esta obstruya la vía aérea.

Objetivos:

- ✓ Mantener la vía aérea permeable.
- ✓ Facilitar la aspiración de secreciones orofaríngeas.

Niveles de atención

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o), estudiantes.
- ✓ Auxiliar de enfermería (bajo la supervisión del profesional de enfermería)

Material y equipo:

- ✓ Cánula oro faríngea de varios tamaños, según contextura del usuario(a).
- ✓ Esparadrapo o cinta de fijación especial para este uso.
- ✓ Equipo de aspiración completo: regulador, frasco recolector, conexión, sonda, guantes estériles, agua estéril.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo azul o negra.
- ✓ Lentes de protección
- ✓ Cubre bocas. (Respirador homologado N95)
- ✓ Lubricante soluble en agua
- ✓ Estetoscopio
- ✓ Monitor cardíaco
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

Para colocar la cánula.

- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a) e informar sobre el procedimiento.
- ✓ Seleccionar el tipo y tamaño de cánula, apropiada para el usuario(a).



- ✓ Colocarse guantes estériles
- ✓ Utilizar los dedos en posición de tijera para abrir la boca del usuario(a).
- ✓ Retirar prótesis dentales si las hay.
- ✓ Hiperextender la cabeza del usuario(a) (si su condición clínica lo permite).
- ✓ Aspirar las secreciones orales.
- ✓ Lubricar e introducir la cánula en la boca, con la punta hacia arriba, rotándola suavemente para dirigir la punta hacia abajo; deslizarla hasta que llegue a la base de la lengua.
- ✓ Verificar la salida de flujo de aire a través de la cánula.
- ✓ Fijar la cánula con esparadrapo en caso necesario.
- ✓ Aspirar nuevamente las secreciones orales de ser necesario.
- ✓ Observar la tolerancia al dispositivo y beneficio del mismo.
- ✓ Auscultar, monitorear signos vitales y patrón respiratorio; registrar los datos.
- ✓ Dejar al usuario(a) en posición cómoda.
- ✓ Retirarse los guantes.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, según Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Anotar en el plan de cuidados el siguiente esquema de higiene oral:
 - Cada dos horas en las primeras 8 horas.
 - Luego cada cuatro horas hasta completar las primeras 24 horas.
 - Luego cada turno si continua el tratamiento.
 - Hacer las anotaciones de enfermería siguiendo criterios de calidad establecidos

Actividades para retirar la cánula:

- ✓ Informar al usuario(a) el procedimiento.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Aspirar secreciones orofaríngeas (si es necesario)
- ✓ Retirar el esparadrapo.
- ✓ Retirar la cánula suavemente, siguiendo la curvatura anatómica.
- ✓ Auscultar, monitorear signos vitales y patrón respiratorio; registrar los datos.
- ✓ Dejar al usuario(a) en posición cómoda.
- ✓ Retirar los guantes.
- ✓ Elaborar nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, según Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones.

La cánula oro faríngea (conocida como cánula de mayo) es un dispositivo útil para mantener permeable la vía aérea respiratoria en estados de sedación; evita la obstrucción de la misma por retracción de la lengua.



Riesgos:

- ✓ Lesión de la mucosa oral.

15.4 Nombre del procedimiento: Fijación del tubo nasotraqueal u orotraqueal

Definición:

- ✓ Acción que permite asegurar el tubo nasotraqueal u orotraqueal en una posición lo más fija posible.

Objetivos:

- ✓ Asegurar la vía aérea artificial.
- ✓ Evitar extubación y desplazamiento accidental del tubo endotraqueal.

Niveles de atención.

- ✓ II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o), estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Cinta adhesiva de 2 cm de ancho, cinta de fijación especial o fijación de tubo endotraqueal (TET).
- ✓ Tijera.
- ✓ Espátula o baja lengua.
- ✓ Solución para limpiar área de fijación.
- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Guantes no estériles
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades:

- ✓ Identificar e informar al usuario(a).
- ✓ Lavarse las manos según procedimiento.



- ✓ Trasladar el equipo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Preparar la cinta adhesiva:
- ✓ Cortar un trozo de aproximadamente 75 cm de largo y 2 cm de ancho. Utilizar la cinta métrica para medir.
- ✓ Cortar otro trozo de aproximadamente 25 cm de largo y 2 cm de ancho.
- ✓ Al centro de la cinta más larga, colocar el trozo de cinta más corto, uniéndolos por la parte adhesiva de ambos.
- ✓ Colocar el baja lengua en uno de los extremos del trozo de cinta adhesiva, y en el otro extremo hacer dos tiras.
- ✓ Auscultar ambos campos pulmonares del ápex hacia las bases, para constatar que la ventilación es uniforme.
- ✓ Aspire las secreciones de la vía aérea y retirar la cinta de fijación del TET que el usuario (a) tiene colocado.
- ✓ Limpiar con la solución antiséptica la zona de fijación.
- ✓ Solicitar al ayudante que, con los dedos pulgar e índice en forma de pinza y apoyando la base de la mano sobre el mentón, sujete el TET que el usuario(a) tiene colocado.
- ✓ Pasar el baja lengua adherido a la cinta adhesiva por la parte posterior del cuello del usuario(a).
- ✓ Verificar que la parte protegida de la cinta quede en la parte posterior del cuello.
- ✓ Retirar el baja lengua y adherir este extremo de cinta adhesiva sobre la mejilla distal del usuario (a).
- ✓ Pasar una de las tiras de cinta adhesiva del otro extremo sobre la mejilla proximal, pasando sobre el labio superior y luego sobre la cinta adhesiva colocada en el paso anterior sobre la mejilla distal, hasta alcanzar la base del lóbulo distal de la oreja.
- ✓ Pasar la otra tira de cinta adhesiva sobre la mejilla proximal, hasta alcanzar el TET y fijar alrededor.
- ✓ Hacer un dobléz en el extremo final para facilitar su retiro.
- ✓ Auscultar nuevamente los campos pulmonares del usuario(a), para corroborar la ventilación.
- ✓ Proporcionar comodidad al usuario(a).
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios
- ✓ Retirarse los guantes y lavarse las manos.
- ✓ Elaborar nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos.



Observaciones.

- ✓ El cambio diario de la fijación debe acompañarse con la rotación del sitio de fijación para prevenir lesiones en la piel.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Extubación accidental.
- ✓ Laceración de la piel por contacto con el esparadrapo.
- ✓ Reacción alérgica al esparadrapo.

15.5 Nombre del procedimiento: Aspiración de secreciones de la vía aérea respiratoria superior

Definición:

Es la extracción de secreciones de la vía aérea mediante la introducción de una sonda para aspirar.

Objetivo:

- ✓ Mantener la permeabilidad de la vía aérea mediante la aspiración de secreciones.

Nivel de atención.

- ✓ I, II y III.

Niveles de complejidad:

- ✓ Alto y medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o), estudiantes.
- ✓ Auxiliares de enfermería, estudiantes.

Material y equipo.

- ✓ Sondas para aspiración, calibre entre 12, 16 o 18.
- ✓ Equipo de protección (cubrebocas y anteojos protectores).
- ✓ Regulador de succión con sus accesorios (conexión, frasco recolector).
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Jeringa
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Oxímetro de pulso, si se cuenta con él.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.



- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Colocar los accesorios al regulador de succión.
- ✓ Identificar al usuario(a), informarle y solicitar el consentimiento.
- ✓ Dar privacidad al usuario con biombos cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semifowler, si su condición lo permite.
- ✓ Auscultar los campos pulmonares del usuario(a).
- ✓ Colocar al usuario(a) el oxímetro de pulso; medir y registrar la saturación de oxígeno y los signos vitales.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Abrir el cobertor de la sonda de aspirar por el extremo del adaptador sin retirarlo y adaptarlo a la conexión del aspirador.
- ✓ Activar el regular de succión en el modo continuo.
- ✓ Colocarse el equipo de protección
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Colocar el cobertor del guante con la superficie estéril hacia arriba sobre la parte superior del tórax y bajo la barbilla del usuario(a); verter gel lubricante sobre la superficie; utilizar la mano no dominante para hacerlo.
- ✓ Sujetar, con la mano no dominante, la sonda de aspirar a nivel de la unión con la conexión que va al regulador de succión y ocluir, con el dedo pulgar, el orificio para interrumpir la succión. Sacudir levemente la sonda para que se desprenda el cobertor.
- ✓ Insertar, con la mano dominante, la sonda en la fosa nasal, deslizándola suavemente hasta el nivel deseado. Retirar el dedo pulgar del orificio para activar la succión y sacar lentamente la sonda, girándola en forma rotativa para que extraiga las secreciones. No extraer totalmente la sonda: repetir las veces que sea necesario permitiendo periodos de descanso de 30 segundos entre una aspiración y otra para valorar la tolerancia.
- ✓ Aspirar luego la cavidad oral de la misma forma.
- ✓ Limpiar la sonda introduciéndola en la bolsa con agua estéril permitiendo succión.
- ✓ Desactivar la succión.
- ✓ Auscultar al usuario(a) para evaluar la eficacia del procedimiento.
- ✓ Controlar y registrar los signos vitales, signos físicos de oxigenación distal y la medición de saturación de oxígeno.
- ✓ Proporcionar y facilitar comodidad al usuario(a).
- ✓ Dar cuidado posterior del equipo siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Realizar higiene las manos según procedimiento.



- ✓ Elaborar la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos

Observaciones.

- ✓ La aspiración de la vía aérea respiratoria estimula el reflejo nauseoso y puede provocar vómito; se recomienda realizarlo una hora después a la ingesta de alimentos.

Riesgo relacionado con el procedimiento.

- ✓ Lesión de la mucosa.
- ✓ Bronco aspiración si se provoca vómito.

15.6 Nombre del procedimiento: Aspiración de secreciones al usuario(a) con vía aérea artificial (sistema abierto)

Definición:

Es la extracción de secreciones de la vía aérea mediante la introducción de un catéter de aspiración a través del tubo endotraqueal.

Objetivos:

- ✓ Remover secreciones de la vía aérea.
- ✓ Mantener la permeabilidad de las vías aéreas respiratorias.
- ✓ Prevenir y evitar la disnea, hipoxia e hipercapnia.
- ✓ Prevenir la formación de infecciones y atelectasias por acúmulo de secreciones.

Nivel de atención.

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto y medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o), estudiantes.
- ✓ Auxiliar por delegación (bajo supervisión de profesional de enfermería).

Material equipo:

- ✓ Regulador de succión portátil o de pared con accesorios (frasco recolector, conexión)
- ✓ Sondas estériles para aspirar, de calibre N° 12, 16 o 18 según usuario(a).
- ✓ Equipo de protección: anteojos y cubre bocas.
- ✓ Guantes estériles



- ✓ Fuente de oxígeno con regulador y conexión.
- ✓ Bolsa de ventilación manual con reservorio.
- ✓ Monitor de frecuencia cardiaca.
- ✓ Oxímetro de pulso.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Riñón para colocar la bolsa de agua estéril.
- ✓ Jeringa con solución salina estéril (fluidificar secreciones).
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según normas de Programa Infecciones Intra Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Bata

Actividades

- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Colocar los accesorios a la fuente de oxígeno y adaptar al ventilador manual.
- ✓ Colocar los accesorios al regulador de succión.
- ✓ Identificar al usuario(a), informar y solicitar el consentimiento.
- ✓ Dar privacidad con biombos cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semifowler, si su condición lo permite.
- ✓ Auscultar los campos pulmonares del usuario(a).
- ✓ Colocar el oxímetro de pulso, medir y registrar saturación de oxígeno y signos vitales del usuario(a).
- ✓ Verificar la presión del balón del tubo
- ✓ Realizar la higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Abrir el empaque de la sonda, sin retirarlo totalmente, por el extremo que adapta a la conexión que va al regulador de succión; adaptarla a la conexión del aspirador.
- ✓ Colocarse el equipo protector (anteojos, cubre bocas)
- ✓ Abrir el empaque del azafate.
- ✓ Abrir el empaque del riñón y colocarlo sobre el azafate sin contaminar; deposite dentro la bolsa de agua estéril.
- ✓ Retirar el empaque de las sondas y dejarlas sobre el azafate sin contaminar.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Sujetar, con la mano no dominante, la sonda de aspirar a nivel de la unión con la conexión que va al regulador de succión y con la otra mano sumergir la sonda en el agua estéril para lubricar.
- ✓ Solicitar al ayudante que pre oxigene al usuario(a) con el dispositivo respiratorio, si se lo permite; si no, que desconecte este e hiperventile con la bolsa de ventilación manual.
- ✓ Observar signos físicos de oxigenación distal y la medición de saturación de oxígeno para constatar el resultado.
- ✓ Solicitar al ayudante que active el regulador de succión en el modo continuo.



- ✓ Solicitar al ayudante que desconecte el ventilatorio.
- ✓ Solicitar al ayudante que instile 2 o 3 cc de solución salina dentro del TET para fluidificar las secreciones.
- ✓ Insertar, con la mano dominante, la sonda en el tubo endotraqueal, que tiene colocado el usuario, deslizándola suavemente, sobrepasando al menos un centímetro su longitud el nivel deseado. Retirar el dedo pulgar del orificio para activar la succión y con el dedo pulgar interrumpir la succión continua para aspirar.
- ✓ Retirar el dedo pulgar del orificio para activar la succión y sacar lentamente la sonda, girándola en forma rotativa para que extraiga las secreciones. Repetir las veces que sea necesario. Cambiar la sonda para aspirar la cavidad oral.
- ✓ Introducir la sonda en el agua estéril permitiendo succión para limpiarla.
- ✓ Solicitar al ayudante que hiper oxigene e hiperventile entre aspiración y aspiración.
- ✓ Conectar el sistema de oxígeno terapia o ventilador mecánico indicado al usuario(a) cuando haya terminado de aspirar.
- ✓ Auscultar los campos pulmonares del usuario(a) para corroborar la efectividad del procedimiento.
- ✓ Monitorear y registrar el estado hemodinámico y saturación de oxígeno del usuario(a).
- ✓ Desactivar las fuentes de oxígeno y succión.
- ✓ Proporcionar comodidad al usuario(a).
- ✓ Dar cuidado posterior del equipo siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios
- ✓ Lavarse las manos según procedimiento.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones.

- ✓ En este procedimiento se aplica estrictamente la técnica aséptica quirúrgica.
- ✓ La aspiración de la vía aérea respiratoria estimula el reflejo nauseoso por lo que puede provocar vómito.
- ✓ El tiempo máximo de permanencia de la sonda en la vía aérea no debe ser mayor a 15 segundos para prevenir la hipertensión intracraneana.
- ✓ La saturación de oxígeno debe permanecer mayor al 90%.
- ✓ La hiperventilación con ventilación mecánica se realiza colocando el FIO₂ al 100%.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Bronco aspiración si se provoca vómito.
- ✓ Desaturación de oxígeno.
- ✓ Alteración de la presión intracraneana.



15.7 Nombre del procedimiento: Curación al usuario(a) con incisión de traqueotomía

Definición:

Es el procedimiento mediante el cual se realiza curación del estoma y limpieza de la cánula de traqueotomía.

Objetivos:

- ✓ Mantener las vías aéreas permeables.
- ✓ Conservar la integridad de la mucosa.
- ✓ Prevenir la infección del estoma.

Nivel de atención.

- ✓ I - II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recurso humano:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Equipo para succión o aspiración completo.
- ✓ Carro para curación.
- ✓ Azafate estéril.
- ✓ Equipo para curación.
- ✓ Aplicadores estériles.
- ✓ Agua estéril o suero fisiológico.
- ✓ Agua oxigenada
- ✓ Jabón líquido antiséptico.
- ✓ Guantes estériles y guantes limpios.
- ✓ Cubre bocas
- ✓ Bata estéril
- ✓ Dos vasijas de acero inoxidable o riñones.
- ✓ Torundas de gasa.
- ✓ Cuadros de gasa.
- ✓ Gasa abierta.
- ✓ Un paquete cuadro de gasa para ojos.
- ✓ Cinta de hiladilla o similar.
- ✓ Pinza auxiliar.
- ✓ 1 Jeringa con capacidad para 10 cc.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Equipo para ventilación manual.
- ✓ Oxímetro de pulso



- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intra hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Trasladar el equipo hasta la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a) y su familia e informar sobre el procedimiento, para favorecer las medidas de auto cuidado al egreso.
- ✓ Verificar el funcionamiento del succionador o aspirador
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semifowler y dar privacidad con biombos cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Auscultar al usuario(a); si hay secreciones, aspirar.
- ✓ Medir y registrar signos vitales y oximetría de pulso.
- ✓ Colocarse los guantes limpios.
- ✓ Retirar la gasa abierta que está alrededor de la cánula.
- ✓ Retirarse los guantes.
- ✓ Realizar higiene de manos clínico y colocarse anteojos, cubre bocas, bata y guantes estériles.
- ✓ Preparar el equipo sobre el azafate en el carro de curación.
- ✓ Depositar en una de las vasijas agua estéril o sustituto.
- ✓ Depositar en la otra vasija agua oxigenada
- ✓ Retirar la endocánula y depositarla en la vasija con agua oxigenada
- ✓ Limpiar minuciosamente con gasa humedecida en agua estéril, el tejido alrededor de la cánula en forma rápida. Iniciar la limpieza del centro hacia fuera.
- ✓ Limpiar con aplicadores humedecidos en agua estéril las áreas ceñidas a la cánula con movimientos circulares.
- ✓ Secar con gasa estéril o con aplicadores el estoma y su periferia.
- ✓ Verificar constantemente el patrón ventilatorio del usuario(a).
- ✓ Sujetar con firmeza la cánula; retirar la hiladilla o cinta de velcrom y colocar la nueva.
- ✓ Cambiarse los guantes.
- ✓ Lavar con agua estéril la endocánula por fuera. Extender en diagonal un cuadro de gasa e insertarlo de un orificio a otro de la endocánula. Realizar movimientos de fricción, las veces que sean necesarias. hasta que el interior quede totalmente limpio.
- ✓ Secar la endocánula e insertarla en la cánula, ajustándole el seguro.
- ✓ Colocar una gasa abierta alrededor de la cánula.
- ✓ Retirarse el equipo de protección personal.
- ✓ Proporcionar comodidad al usuario(a).
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.



- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observación.

- ✓ La sujeción de la cánula y la colocación del seguro a la endocánula previene accidentes con riesgo a la vida del usuario(a).

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Extracción accidental de la cánula.

15.8 Nombre del procedimiento: Curación al usuario(a) con drenaje de Toráx

Definición:

Es el procedimiento mediante el cual se realiza curación a la sonda insertada en la cavidad pleural, permitiendo la salida aire o fluidos del pulmón, para restablecer la presión intrapleural negativa.

Objetivos:

- ✓ Evacuar los fluidos o aire de la cavidad pleural.
- ✓ Mejorar la expansión del tórax.
- ✓ Mejorar el patrón ventilatorio.

Nivel de atención.

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recurso humano:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Equipo para succión o aspiración completo (que proveen diferentes presiones de succión).
- ✓ Equipo de toracentesis.
- ✓ Anestésico local.
- ✓ Agujas y jeringas
- ✓ Catéter pleural, (según el diámetro requerido).
- ✓ Sistema de Pleurovac
- ✓ Carro para curación.
- ✓ Azafate estéril.
- ✓ Equipo para curación.



- ✓ Agua estéril o suero fisiológico.
- ✓ Yoduro de Povidonea
- ✓ Jabón líquido antiséptico.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Cubre bocas
- ✓ Bata estéril
- ✓ Torundas de gasa.
- ✓ Cuadros de gasa.
- ✓ Gasa abierta.
- ✓ Un paquete cuadro de gasa para ojos.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intra hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Prepara el equipo
- ✓ Higiene de manos.
- ✓ Colocarse guantes estériles.
- ✓ Leer las instrucciones del equipo para su preparar el sistema desechable.

Instrucciones de operación

- ✓ Llene la cámara de sello de agua: remueva la cinta y saque el flujo restringido de la tubería de la cámara de sello de agua. Llene a 2 cm “Ful level” o aproximado. Coloque y enrosque el “orificio de flujo restringido” al portillo de sello de agua.
- ✓ Llene el sello de seguridad: llene hasta “ful level”, aproximadamente 53 cc de H₂O. Nota: usted ahora tiene protección del sello.
- ✓ Llene la cámara de control de succión: retire la tapa silenciadora verde. Llene hasta el nivel recomendado por el médico.
- ✓ Tape la abertura de la cámara de control de succión con el silenciador verde.

Nivel deseado	H ₂ O que se requiere
5 cm	155 cc
10 cm	275 cc
15 cm	395 cc
20 cm	500 cc
25 cm	605 cc

- ✓ Conecte al usuario a la cámara (trampa) de recolección, conecte el tubo al (los) catéter (es) torácico(s).



Nota: No obstruya el tubo durante el transporte del usuario.

- ✓ Conecte a la unidad de succión: Conecte la tubería desde la fuente de succión al “orificio del flujo restringido”.
- ✓ Aumente succión hasta obtener un burbujeo moderado en la cámara de control de succión.

Colocación de la sonda de tórax:

- ✓ Identificar e informar al usuario (a), con términos sencillos sobre el Procedimiento
- ✓ Verificar que el consentimiento Informado esté firmado por el usuario (a).
- ✓ Asegúrese de que el usuario (a) tenga placa de tórax reciente.
- ✓ Verificar el funcionamiento del succionador o aspirador.
- ✓ Proporcionar intimidad.
- ✓ Higiene de manos.
- ✓ Controle y registre signos vitales antes, durante y después del procedimiento.
- ✓ Verifique si el usuario (a) es alérgico al anestésico a emplear.
- ✓ Administre sedación según indicación médica.
- ✓ Ayude al usuario (a) a colocarse, según la posición indicada por el Médico:
- ✓ Sentado sobre la cama, ligeramente inclinado hacia delante y con los brazos apoyados sobre una mesa.
- ✓ Sentado en una silla apoyando cabeza y brazos sobre el respaldo, sino puede sentarse haga que se acueste sobre el área no afectada en posición Semi Fowler.
- ✓ Apoye y brinde confianza al usuario (a) durante el procedimiento.
- ✓ Descubra por completo el tórax.
- ✓ Asistir al profesional médico suministrando todo el material necesario para la infiltración, inserción y posterior fijación del tubo de drenaje torácico.
- ✓ Conecte el drenaje al sistema de aspiración.
- ✓ El procedimiento se realiza bajo estricta Técnica Aséptica Médica y Quirúrgica.
- ✓ Evalúe por:
 - dificultad respiratoria,
 - disnea
 - tos incontrolada
 - esputo sanguinolento
 - signos de shock
 - palidez
 - cianosis
 - debilidad
 - diaforesis
 - y dolor.
- ✓ Realice curación y cuidado del sitio de punción.



- ✓ Rotule y envíe las muestras a Laboratorio Clínico.
- ✓ Después del procedimiento, coloque al usuario (a) en posición Semi Fowler.
- ✓ Ejecute Nota de Enfermería, siguiendo los criterios de calidad establecidos y especificando:
 - Fecha y hora del procedimiento.
 - Procedimiento efectuado.
 - Nombre del Médico que realizó la Toracentesis.
 - Condición del usuario (a) antes, durante y después del procedimiento.
 - Número de muestras enviadas al laboratorio
- ✓ Nombre y número de licencia del Profesional de Enfermería, que brindo cuidados y asistencia durante la realización del procedimiento, características y cantidad de líquido drenado.
- ✓ Realice el cuidado posterior al equipo siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de desechos sólidos hospitalarios.
- ✓ Hacer cura diaria de la zona de punción, vigilando la posible aparición de signos de infección, enfisema subcutáneo, etc.
- ✓ Fijar el tubo de tórax a la piel del usuario mediante esparadrapo, cerciorarse de que el tubo no presenta acodaduras y no obstaculiza los movimientos del usuario.
- ✓ Vigilar que no haya fugas de aire en el sistema de drenaje, así como el nivel de agua en las cámaras, rellenarlas si fuera preciso (Protocolo de toracocentesis).
- ✓ Mantener una intensidad de aspiración suave (en el sistema Pleur-evac), que produzca un burbujeo continuo y lento, evitar burbujeo intenso que favorezca pérdidas de agua en el sistema de aspiración y descenso de sus niveles.
- ✓ Mantener la permeabilidad de los tubos de drenaje (ordeño manual o mecánico en dirección al sistema de aspiración).
- ✓ Valorar y medir como mínimo cada 24 horas el volumen de líquido drenado, rotulando con la fecha a la altura del nivel del mismo.
- ✓ Valorar movilidad del líquido de la cámara de seguridad con los movimientos respiratorios del usuario, indicativo de la persistencia o no de aire en la pleura, así como del estado de permeabilidad del tubo.

Observación.

- ✓ La identificación correcta del usuario, nos asegura la integridad del usuario. Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ El cumplir con todos los trámites administrativos estipulados evita complicaciones legales a la institución.
- ✓ Una adecuada higiene de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ El conocimiento de los signos vitales sirve de punto de referencia para evitar complicaciones.



- ✓ La disminución de dolor ayuda a que este acepte mejor el tratamiento.
- ✓ La adecuada posición del usuario favorece la efectividad del procedimiento.
- ✓ Los cambios externos producen en el individuo alteraciones físicas y emocionales.
- ✓ Evite enfriamientos en el usuario, proteja la integridad del usuario.
- ✓ Un adecuado seguimiento del procedimiento por parte del profesional de enfermería brinda seguridad al médico y al usuario.
- ✓ El empleo de material estéril previene infecciones.
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio
- ✓ Dar el uso y cuidado adecuado al material conserva su duración y el orden ahorra tiempo y da sensación de limpieza.
- ✓ Prevenga al usuario (a), sobre la sensación de frío y presión por infiltración del anestésico local.
- ✓ Aliente al usuario (a) que se abstenga de toser y que no se mueva.
- ✓ Si existen hilos de sutura que sujetan el tubo de drenaje, no deberemos cortarlos, ya que
 - ✓ se usarán para cerrar el orificio una vez que se retire el drenaje.
- ✓ Cuando se transporta a un usuario con Pleur-evac, no pinzar nunca el tubo de drenaje, ya que el usuario está protegido con el cierre hidráulico.
- ✓ Evitar las desconexiones inútiles.
- ✓ Utilizar el pie basculante del Pleur-evac o colgar éste del lateral de la cama, a fin de
 - ✓ evitar que se caiga y se produzcan roturas o mezcla de líquidos.
- ✓ Curar diariamente la zona de inserción del drenaje y cambiar el apósito, cuantas veces sea necesario si está húmedo

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Infecciones cruzadas
- ✓ Salida de sonda torácica
- ✓ Fugas



15.9 Nombre del procedimiento: Terapia de aerosol con micronebulizador

Definición:

Es la administración nebulizada de sustancias en forma de partículas al tracto respiratorio con fines terapéuticos.

Objetivos:

- ✓ Administrar medicamentos.
- ✓ Proveer humedad al tracto respiratorio.
- ✓ Facilitar la fluidificación y drenaje de secreciones bronquiales.
- ✓ Tratar el broncoespasmo.
- ✓ Obtener muestras para pruebas diagnósticas.

Niveles de atención.

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiantes de enfermería y del Curso de Formación de Auxiliares de Enfermería

Material y equipo:

- ✓ Fuente de aire comprimido (compresor, sistema pared, cilindro de aire; oxígeno solo con indicación médica).
- ✓ Micronebulizador, mascarilla o boquilla para aerosol.
- ✓ Tubo corrugado de 20 centímetros.
- ✓ Estetoscopio, monitor de signos vitales y saturación de oxígeno.
- ✓ Servilletas.
- ✓ Solución salina isotónica.
- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Jeringa de 10 cc.
- ✓ Frasco para recolectar muestra de esputo.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.



Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar y trasladar el equipo a la unidad del usuario.
- ✓ Identificar e informar al usuario(a).
- ✓ Conectar y verificar el funcionamiento del flujómetro a la fuente de aire.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición Fowler o semifowler.
- ✓ Realizar higiene de manos y colocarse guantes limpios.
- ✓ Abrir el micronebulizador; agregar la solución, el medicamento indicado y cerrarlo en forma segura.
- ✓ Conectar al micronebulizador la boquilla o la mascarilla, el tubo corrugado y adaptar al flujómetro
- ✓ Solicitar al usuario(a) según su condición clínica, que respire lenta y profundamente, haciendo una ligera pausa antes de exhalar por la boca, si está utilizando boquilla y, por la nariz, si utiliza mascarilla.
- ✓ Abrir la llave del flujómetro y ajustarlo entre 5 y 7 litros/minuto.
- ✓ Revisar que el micronebulizador esté suministrando el aerosol deseado.
- ✓ Colocar al usuario(a) el micro nebulizador con boquilla oral o mascarilla oro nasal, según corresponda.
- ✓ Medir y registrar signos vitales, saturación de oxígeno, ruidos respiratorios, frecuencia y características de la respiración durante el procedimiento.
- ✓ Retirar la mascarilla o boquilla y cierre el flujómetro, cuando la nebulización termine
- ✓ Solicitar al usuario(a) que tosa y respire profundamente.
- ✓ Ofrezca el frasco para recolectar la muestra de esputo, Identificar con los datos del usuario y envíe al laboratorio.
- ✓ Ofrezca servilletas al usuario(a) para que se Retirar secreciones.
- ✓ Medir y registrar signos vitales, ausculte y registrar datos de mejoría del patrón respiratorio.
- ✓ Deje al usuario(a) cómodo.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado posterior del equipo siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.

Observaciones.

- ✓ La boquilla y especialmente la mascarilla deben ajustarse bien para evitar que las partículas nebulizadas se escapen al aire ambiente y se pierda el efecto terapéutico.



Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Infecciones cruzadas por transmisión aérea de partículas.
- ✓ Poco efecto terapéutico debido al escape del vapor nebulizante, si no se mantiene bien adaptada la boquilla o mascarilla.

15.10 Nombre del procedimiento: Terapia de aerosol con macronebulizador

Definición:

Es la administración nebulizada de sustancias medicamentosas al tracto respiratorio con propósitos terapéuticos, mediante aerosoles.

Objetivos:

- ✓ Favorecer la permeabilidad de la vía aérea del usuario(a).
- ✓ Proveer humedad al tracto respiratorio.
- ✓ Facilitar la fluidificación y drenaje de secreciones bronquiales.
- ✓ Administrar FiO₂ (fracción inspirada de oxígeno), prefijado.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Fuente de oxígeno con llave reguladora o fluxómetro.
- ✓ Macronebulizador.
- ✓ Dispositivos para la administración de aerosol, según se requiera, Mascarilla tubo en T, mascarilla de traqueotomía y halo.
- ✓ Tubo corrugado de 2 metros.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Trampa de agua.
- ✓ Medicamento (si está indicado).
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.



Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud.
- ✓ Preparar y trasladar el equipo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar e informar al usuario(a).
- ✓ Asistir al usuario(a) a colocarse en posición Fowler o semifowler, si la condición clínica lo permite.
- ✓ Conectar el flujómetro a la fuente de oxígeno y verificar el funcionamiento.
- ✓ Realizar higiene de manos y colocarse guantes limpios.
- ✓ Agregar agua estéril al recipiente del macronebulizador hasta el máximo nivel permisible; cerrarlo herméticamente.
- ✓ Conectar al macronebulizador el dispositivo de aerosol seleccionado y el tubo corrugado de 2 metros y adaptarlo al flujómetro.
- ✓ Ajustar en el control de concentración de oxígeno del macronebulizador el porcentaje indicado.
- ✓ Abrir la llave del flujómetro y ajustarlo según indicación.
- ✓ Revisar que el macronebulizador esté produciendo el aerosol.
- ✓ Colocar al usuario(a) el dispositivo de aerosol seleccionado (tubo en T, mascarillas, halo).
- ✓ Evaluar la tolerancia del usuario(a) a la terapia.
- ✓ Valorar al usuario(a) antes, durante y después de aplicada la terapia con aerosol.
- ✓ Anotar la frecuencia y características respiratoria y cardiaca.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las normas institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones:

- ✓ Es importante verificar que el porcentaje de concentración de oxígeno sea el indicado para lograr el efecto terapéutico deseado.
- ✓ Riesgos relacionados con el procedimiento:
- ✓ Infecciones cruzadas por transmisión aérea de partículas.
- ✓ Poco efecto terapéutico debido al escape del vapor nebulizante, si no se mantiene bien adaptada la boquilla o mascarilla.



15.11 Nombre del procedimiento: Uso del inhalador

Definición:

Es la administración de una cantidad específica de medicamento en forma de aerosol.

Objetivos:

- ✓ Informar al usuario el uso correcto del inhalador.

Nivel de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermero(a).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiantes.
- ✓ Usuario(a).

Material y equipo:

- ✓ Inhalador.
- ✓ Reservorio (envase plástico) o espaciador.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas del Programa de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades.

- ✓ Retirar la tapa y agitar el aerosol 10 veces.
- ✓ Sujetar el inhalador, colocando el dedo pulgar en la parte inferior y los dedos índice y medio en la parte superior.
- ✓ Enseñar el patrón respiratorio correcto; espirar profundamente por la nariz, exhalar todo el aire por la boca lentamente.
- ✓ Sujetar el aerosol en posición vertical con la boquilla hacia abajo.
- ✓ Introducir la boquilla en la boca y apretar fuertemente los labios; pulsar el cilindro e inhalar.
- ✓ Retirar el aerosol y contener la respiración (10 segundos).
- ✓ Exhalar el aire por la boca lentamente.
- ✓ Esperar 30 segundos para realizar otra inhalación.



Uso del inhalador con cámara.

- ✓ Se adapta la boquilla a la cámara y esta alrededor de la boca.
- ✓ Sistema Turbuhaler:
- ✓ La dosis se carga girando la rosca, primero hacia la derecha y luego hacia la izquierda hasta oír un clic.
- ✓ Colocar la boquilla entre los dientes, cerrar los labios sobre ella y respirar enérgica y profundamente; mantener la respiración de 5-10 segundos.
- ✓ Sistema accuhaler: Abrir la tapa que cubre la boquilla y desplazar la palanca hacia el otro lado.

Observaciones.

- ✓ El uso incorrecto de este dispositivo puede causar arritmia cardiaca.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Arritmias.

15.12 Nombre del procedimiento: Administración de oxígeno nasal

Definición:

Es el procedimiento mediante el cual se administra oxígeno a través de un dispositivo nasal, con el fin de mejorar la capacidad respiratoria y prevenir las consecuencias de la hipoxia.

Objetivos:

- ✓ Mantener niveles de oxigenación adecuados con el fin de evitar la hipoxia tisular.
- ✓ Tratar la hipoxemia.
- ✓ Favorecer el trabajo de respiración.

Niveles de atención:

- ✓ I –II- III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Media.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante de Auxiliar de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería



Material y equipo:

- ✓ Carro para tratamientos.
- ✓ Azafate.
- ✓ Fuente de oxígeno.
- ✓ Regulador de oxígeno para cilindro (cilindro grande, cilindro pequeño), o flujómetro para fuente a pared, según corresponda.
- ✓ Cánula nasal o mascarilla.
- ✓ Humedecedor estéril.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Soporte para la bolsa de agua estéril.
- ✓ Tijera.
- ✓ Guantes estériles,
- ✓ Cubre bocas.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Colocar el azafate estéril en el carro para el procedimiento y abrirlo según técnica.
- ✓ Aflojar el cobertor al humedecedor y colocarlos sobre el azafate.
- ✓ Cortar un extremo a la bolsa del agua estéril con la tijera y colocar en un soporte para evitar el derrame.
- ✓ Colocarse cubre bocas, delantal y guantes estériles.
- ✓ Sacar el humedecedor del cobertor y colocarlo en el azafate en posición vertical
- ✓ Verter agua estéril en el frasco humedecedor según indicador en el frasco; cerrarlo herméticamente y cubrirlo.
- ✓ Agregar al carro de procedimientos la naso cánula y el flujómetro; trasladar a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar e Informar al usuario(a), sobre el procedimiento y su importancia.
- ✓ Colocar el regulador o flujómetro a la fuente de oxígeno y Verificar su funcionamiento.
- ✓ Conectar el humedecedor al flujómetro.
- ✓ Sacar la cánula nasal o mascarilla de su empaque y adaptarla al humedecedor.
- ✓ Seleccionar el flujo de acuerdo con la indicación médica y condición del usuario(a).



- ✓ Colocar y ajustar la naso cánula a las fosas nasales del usuario(a); antes, examinar que los orificios de la naso cánula estén hacia arriba y si es curva se deben colocar hacia abajo en dirección al piso de las fosas nasales.
- ✓ Pasar la extensión de la conexión de la naso cánula detrás de las orejas y ajustar bajo el mentón.
- ✓ Anotar en el frasco humedecedor el día y hora de su colocación.
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Anotar en el plan de atención el cambio diario del humedecedor.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones:

- ✓ El uso de la técnica aséptica en la preparación del humedecedor previene la transmisión de microorganismos patógenos a la vía aérea respiratoria.
- ✓ El cambio periódico del humedecedor evita la proliferación de microorganismos patógenos.

Riesgos:

- ✓ Ulceración de la carina nasal y pabellón auricular.
- ✓ Intoxicación por oxígeno.
- ✓ Infección nosocomial de la vía aérea respiratoria.

15.13 Nombre del procedimiento: Oxigenoterapia con mascarilla de Venturi

Definición:

Es la administración de oxígeno a través de una máscara utilizada cuando se necesita alterar la concentración de oxígeno.

Objetivos:

- ✓ Oxigenar al usuario(a) de acuerdo con la demanda.
- ✓ Tratar la hipoxemia.
- ✓ Facilitar el trabajo de respiración

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).



- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Auxiliares de Enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Carro para tratamientos.
- ✓ Azafate limpio
- ✓ Fuente de oxígeno.
- ✓ Regulador de oxígeno para cilindro H (cilindro grande), E (cilindro pequeño), o flujómetro para fuente a pared, según corresponda.
- ✓ Mascarilla de Venturi.
- ✓ Dispositivo de Venturi de acuerdo con la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂); verde cuando es menor de 35% y blanco cuando es mayor de 35%.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos, según Normas del Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades:

- ✓ Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar y trasladar el equipo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a), sobre el procedimiento y su importancia.
- ✓ Colocar el flujómetro a la fuente de oxígeno y verificar su funcionamiento.
- ✓ Preparar la mascarilla Venturi
- ✓ Seleccionar el adaptador verde o blanco, según la indicación de fracción inspirada de oxígeno; adaptar y regular (según fabricante)
- ✓ Adaptar el dispositivo de alta humidificación.
- ✓ Adaptar la conexión a la mascarilla y al flujómetro.
- ✓ Regular el flujo de oxígeno de acuerdo con la fracción inspirada de oxígeno seleccionada.
- ✓ Levantar suavemente la cabeza del usuario(a). Colocar el elástico de la mascarilla dejándolo descansar en la parte posterior del cuello; pasarlo por el lecho del pabellón auricular y ajustar la mascarilla cubriendo la nariz y la boca.
- ✓ Colocar una almohadita de algodón entre el lecho auricular y el elástico.
- ✓ Cerciorarse de que el usuario(a) se mantenga cómodo.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.



Observaciones:

- ✓ Se debe monitorear el patrón respiratorio para suspender la oxigenación cuando ya no se requiera.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Ulceración del pabellón auricular.
- ✓ Intoxicación por oxígeno.

15.14 Nombre del procedimiento: Oxigenoterapia con mascarilla de reinhalación parcial y de no Reinhalación

Definición:

Es la administración de oxígeno mediante una bolsa conectada a la parte inferior de la máscara, en la cual se almacena el gas proveniente de la fuente.

Objetivos:

- ✓ Oxigenar al usuario(a) según su demanda.
- ✓ Tratar la hipoxemia.
- ✓ Favorecer el trabajo de respiración.

Niveles de atención.

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante del Programa de Auxiliares de Enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Fuente de oxígeno: cilindro o de pared.
- ✓ Regulador de oxígeno para cilindro o fuente de pared, según corresponda.
- ✓ Mascarilla de reinhalación parcial o de no reinhalación.
- ✓ Humedecedor.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.



- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el humedecedor según se indica en el procedimiento 15.11
- ✓ Trasladar el equipo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar e Informar al usuario(a), sobre el procedimiento y su importancia.
- ✓ Adaptar el humedecedor al flujómetro de oxígeno.
- ✓ Sacar la mascarilla y el tubo de conexión de su empaque.
- ✓ Seleccionar el flujo necesario para llenar el reservorio o bolsa de la mascarilla, de manera que esta no se colapse y no se sobre infle durante la inspiración.
- ✓ Aplicar la mascarilla cubriendo la nariz y la boca del usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) se mantenga cómodo.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones:

- ✓ Se debe monitorear el patrón respiratorio para suspender la oxigenación cuando ya no se requiera.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Ulceraciones del pabellón auricular.
- ✓ Intoxicación por oxígeno.



15.15 Nombre del procedimiento: Oxigenoterapia con halo

Definición:

Terapia que permite proporcionar oxígeno complementario utilizando un halo.

Objetivos:

- ✓ Oxigenar al usuario(a) según su demanda.
- ✓ Tratar la hipoxemia.
- ✓ Favorecer el trabajo de respiración.
- ✓ Ofrecer humidificación a las vías respiratorias.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Estudiante del Programa de Auxiliar de Enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería

Material y equipo:

- ✓ Fuente de oxígeno.
- ✓ Cámara o halo del tamaño adecuado al usuario(a).
- ✓ Tubo corrugado
- ✓ Tubo en T.
- ✓ Nebulizador o humidificador.
- ✓ Analizador de O₂
- ✓ Calentador
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas del Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud y verificar la indicación médica.
- ✓ Identificar e informar al usuario(a) sobre el procedimiento y su importancia.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.



- ✓ Preparar el equipo y trasladar a la unidad del usuario(a).
- ✓ Colocar el regulador o flujómetro a la fuente de oxígeno en la concentración deseada. El flujo debe ser menor de 5 litros por minuto.
- ✓ Adaptar el calentador al nebulizador.
- ✓ Corroborar el FiO₂ con el analizador.
- ✓ Revisar el funcionamiento del flujómetro y nebulizador o humidificador.
- ✓ Colocar la cabeza del usuario(a) dentro del halo.
- ✓ Colocar la T a la salida del flujo, si el halo no cuenta con el deflector correspondiente.
- ✓ Verificar que el usuario(a) se mantenga cómodo.
- ✓ Lavarse las manos según procedimiento.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones:

- ✓ Se debe monitorear el patrón respiratorio para suspender la oxigenación cuando ya no se requiera.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Lesiones oculares por el oxígeno.
- ✓ Infección de la vía aérea respiratoria por transmisión de microorganismos patógenos.



15.16 Nombre del procedimiento: Ventilación artificial con bolsa manual auto inflable

Definición:

Es el mecanismo que permite el aporte de oxígeno utilizando un dispositivo manual.

Objetivos:

- ✓ Proveer presión positiva a las vías aéreas.
- ✓ Mejorar el aporte de oxígeno al usuario(a) en situación crítica.
- ✓ Aplicar ventilación manual a usuarios(as) que presentan apnea.

Nivel de atención:

- ✓ I, II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Bolsa de ventilación manual (en neonatos con válvula de seguridad de sobrepresión).
- ✓ Mascarilla de tamaño adecuado al usuario(a).
- ✓ Conexión para oxígeno suplementario.
- ✓ Reservorio para oxígeno (tubo corrugado o bolsa).
- ✓ Regulador y/o fluxómetro.
- ✓ Niple o adaptador.
- ✓ Fuente de oxígeno.
- ✓ Válvula de presión positiva al final de la exhalación (PEEP) (opcional).
- ✓ Cánula oro faríngea (opcional).
- ✓ Manómetro de presión de vía aérea (opcional).
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Equipo de aspiración completo (regulador, frasco recolector, conexión, guantes estériles, sondas de aspirar).
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.



Actividades

- ✓ Identificar e informar al usuario(a)
- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el ventilador manual: adaptar la mascarilla y el reservorio, conectar a la fuente de oxígeno y comprobar su funcionamiento.
- ✓ Regular el flujo de oxígeno entre 10 y 15 litros por minuto para adultos.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición decúbito dorsal.
- ✓ Aspirar las secreciones de la vía aérea si es necesario.
- ✓ Hiperextender el cuello del usuario(a) si es adulto y si la condición lo permite.
- ✓ Insertar la cánula oro faríngea en la boca del usuario(a), si se requiere.
- ✓ Adaptar la mascarilla anatómicamente cubriendo la nariz y la boca del usuario(a).
- ✓ Colocar el dedo índice y pulgar de la mano dominante sobre la mascarilla y los otros dedos bajo la mandíbula inferior del usuario(a).
- ✓ Comprimir la bolsa totalmente con la otra mano para lograr la presión positiva necesaria para expandir los pulmones; dejarla expandir y repetir continuamente.
- ✓ Observar que el tórax se expanda con cada ventilación.
- ✓ Observar la coloración de la piel y de los lechos ungueales del usuario(a).
- ✓ Verificar constantemente frecuencia y ritmo cardíacos, saturación de oxígeno y patrón respiratorio del usuario(a).
- ✓ Aplicar la ventilación manual hasta que se decida el manejo definitivo de la vía aérea con otro dispositivo.
- ✓ Dejar la bolsa de ventilación manual, cubierta y cerca del usuario (a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones:

La técnica para probar la bolsa de ventilación manual se hace colocándole un guante estéril que ocluya la válvula de salida; se comprime la bolsa y con la otra mano se verifica si hay fugas de aire.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Bronco aspiración.
- ✓ Muerte cerebral por insuficiente oxigenación.



15.17 Nombre del procedimiento: Educación al usuario(a) para inspirometría incentiva

Definición:

Técnica que permite al usuario(a) respirar lenta y profundamente, mediante un dispositivo.

Objetivos:

- ✓ Mejorar la ventilación pulmonar por medio de una inspiración máxima sostenida.
- ✓ Estimular el mecanismo de la tos.
- ✓ Fortalecer los músculos respiratorios.
- ✓ Prevenir complicaciones respiratorias.

Niveles de atención:

- ✓ II y III

Clasificación:

- ✓ Media.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Estudiante del Curso de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Inspirómetro incentivo de flujo o volumen.
- ✓ Bolsas plásticas.
- ✓ Toallas de papel.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) sobre el procedimiento, uso y cuidado del equipo.
- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- ✓ Lavarse las manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo y seleccionar el inspirómetro adecuado para el usuario(a).



- ✓ Auscultar al usuario(a).
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que expectore las secreciones en la bolsa plástica.
- ✓ Fijar el volumen o flujo meta en el inspirómetro.
- ✓ Dar el acompañamiento necesario al usuario (a) para que se coloque en posición cómoda (sentado o semifowler).
- ✓ Solicitar al usuario(a) que:
 - Se coloque la boquilla del inspirómetro en la boca, prensándolo entre los dientes y sellando con los labios.
 - Haga una inspiración profunda y lenta.
 - Sostenga la inspiración durante 5 segundos.
 - Exhale lentamente.

- ✓ Solicitar al usuario(a) que repita la prueba de 5 a 10 veces por hora, descansando un minuto entre cada esfuerzo y durante las horas de sueño.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que descarte la bolsa plástica con las secreciones en el recipiente de material bioinfeccioso.
- ✓ Verificar que el usuario(a) permanezca cómodo y facilitar lo necesario para que se lave las manos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones.

- ✓ La constancia en la realización de esta práctica favorece el restablecimiento del patrón respiratorio normal.

Riesgos:

- ✓ Infección cruzada por transmisión aérea
- ✓ Dificultad respiratoria.



15.18 Nombre del procedimiento: Fisioterapia del tórax

Definición:

Técnica que favorece la movilización de secreciones de la vía aérea periférica a la vía aérea central, para luego ser expulsadas con la aplicación de otras técnicas, como la tos, el drenaje autogénico, la técnica de espiración forzada o la aspiración endotraqueal. Las técnicas son el drenaje postural pasivo y el drenaje postural activo, donde se incluyen la vibración y la percusión torácica.

Objetivos:

- ✓ Favorecer la movilización y expectoración de secreciones bronquiales.
- ✓ Mejorar la eficiencia y distribución de la ventilación pulmonar.
- ✓ Prevenir la acumulación inmanejable, para el usuario(a), de las secreciones bronquiales.
- ✓ Promover el patrón respiratorio para que sea fisiológico y eficiente.
- ✓ Evacuar o disminuir obstrucción bronquial ante fracaso de los medios naturales.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto y medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o), estudiantes.
- ✓ Auxiliares de enfermería, estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Cuatro almohadas (de preferencia).
- ✓ Bolsa plástica.
- ✓ Servilletas.
- ✓ Sábana movable.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Esfigmomanómetro.
- ✓ Percutor.
- ✓ Vibrador.
- ✓ Equipo de aspiración completo (regulador, frasco recolector, conexión, guantes estériles, sonda de aspirar de tamaño adecuado).
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Oxímetro de pulso.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra



- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intra Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo y trasladar a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar e informar al usuario(a), sobre el procedimiento y su importancia.
- ✓ Verificar su funcionamiento del equipo percutor-vibrador- succión.
- ✓ Seleccionar plan de manejo de acuerdo con las condiciones del usuario.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que expectore las secreciones en la bolsa plástica o aspire la vía aérea si fuera necesario.
- ✓ Observar características del patrón respiratorio y coloración de la piel.
- ✓ Mantener al usuario(a) la oxigenoterapia indicada.
- ✓ Valorar el estado hemodinámico del usuario(a): medir y registrar signos vitales.
- ✓ Verificar que los diferentes dispositivos y drenajes del usuario(a) estén bien colocados y funcionando normalmente cada vez que lo cambie de posición para aplicar el percutor.
- ✓ Colocar la sábana móvil sobre la piel del usuario(a) antes de aplicar el percutor a los diferentes sitios para prevenir lesiones de la piel.
- ✓ Aplicar el percutor-vibrador, en forma rotativa, en cada segmento pulmonar de 3 a 5 minutos, dependiendo de la tolerancia y cantidad de secreciones de la siguiente forma: Segmento apical del lóbulo superior, sentado. Segmento posterior del lóbulo superior, sentado ligeramente inclinado hacia delante. Segmento anterior del lóbulo superior, sentado y reclinado hacia atrás.
- ✓ Drenaje del lóbulo medio y lígula, en decúbito lateral izquierdo con 30° de inclinación, para el lóbulo medio, y para la lígula deberá colocarse sobre el lado derecho.
- ✓ Segmento superior 6 de los lóbulos inferiores. En decúbito prono con una almohada bajo la pelvis.
- ✓ Segmento basal anterior, medial y lateral 7-8-9 de los lóbulos inferiores, en decúbito lateral con una inclinación de la camilla de 40-45°.
- ✓ Segmento posterior basal 10 de los lóbulos inferiores, en decúbito prono con una almohada bajo la pelvis y una inclinación de la camilla de 40-45°.
- ✓ Si el usuario(a) no tolera alguna de estas posturas, colocar en posición neutra, es decir, sin ninguna inclinación de la camilla.
- ✓ Observar continuamente al usuario(a) para detectar signos de dificultad respiratoria.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que inspire profundamente durante el procedimiento.



- ✓ Proporcionar períodos de descanso al usuario(a), en cada cambio de posición, si fuera necesario.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que realice esfuerzos para toser.
- ✓ Auscultar el tórax después de completar el procedimiento.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principio:

- ✓ La gravedad es la principal fuerza que mueve las secreciones. La apropiada posición promueve el drenaje de las secreciones periféricas pulmonares hacia los bronquios mayores o la tráquea.

Observación.

- ✓ La inspiración profunda facilita una máxima expansión de los pulmones.

Riesgos:

- ✓ Fracturas costales si se aplica con fuerza excesiva.
- ✓ Equimosis.

15.19 Nombre del procedimiento: Educación al usuario(a) en la técnica de tos efectiva

Definición:

Método mediante el cual los pulmones se saturan de secreciones respiratorias ya sea por neumonía, bronconeumonías u otras complicaciones respiratorias graves como EPOC, u por otros agentes extraños inhalados físicos o químicos, impidiendo el buen funcionamiento del sistema respiratorio.

Objetivo:

- ✓ Favorecer la movilización y expectoración de secreciones.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.



Recursos humanos:

- ✓ Auxiliares, estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Toallas de papel.
- ✓ Bolsa plástica.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Identificar e instruir al usuario(a), sobre el procedimiento y su importancia.
- ✓ Revisar la indicación médica en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Solicitar al usuario(a) que expectore las secreciones en la bolsa plástica, ofrecer servilletas.
- ✓ Valorar el estado de salud del usuario(a) para determinar si se sienta en la cama o en la silla.
- ✓ Solicitar al usuario(a):

Mantenerse en posición sentado en ángulo de 90 grados.

Realizar una inspiración lenta y profunda a través de la nariz con la boca cerrada.

Exhalar despacio por la boca en forma prolongada durante el tiempo que pueda, con los labios semicerrados (debe usar doble tiempo del que usó cuando inspiró; contar mentalmente 1-2-3-4).

Inspirar nuevamente por la nariz con la boca cerrada y contar 1-2 (debe usar su diafragma al inspirar).

Inclinarse un poco hacia delante, colocando una mano sobre el abdomen; con la otra mano cubrirse la boca y toser de 2 a 3 veces.

Depositar las secreciones y las toallas de papel en la bolsa plástica y descartar según Normas para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Bioinfecciosos.



Solicitar al usuario(a) que repita los pasos anteriores hasta lograr la movilización de secreciones.

- ✓ Auscultar al usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Lavarse las manos y facilitar lo necesario al usuario(a) para que se lave las manos.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observación.

- ✓ La inspiración profunda facilita una máxima expansión de los pulmones.

Riesgo:

- ✓ Infección cruzada por transmisión aérea de microorganismos.

15.20 Nombre del procedimiento: Educación al usuario(a) para la respiración diafragmática

Definición:

Inspiración profunda para llevar aire a la parte inferior de los pulmones.

Objetivos:

- ✓ Fortalecer el diafragma.
- ✓ Evitar atelectasias.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería, estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Toallas de papel.
- ✓ Bolsa plástica.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra



- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación médica en el Expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo necesario.
- ✓ Trasladar el equipo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a) y darle información sobre el procedimiento y su importancia.
- ✓ Colocar al alcance del usuario(a) la bolsa plástica y las toallas de papel
- ✓ Solicitar al usuario(a):

Sentarse con las rodillas flexionadas y colocar las manos sobre el abdomen.

Inspirar profundamente a través de la nariz manteniendo la boca cerrada.

Colocar los labios como si fuera a silbar y espirar lenta y suavemente en forma pasiva, haciendo un sonido silbante sin hinchar los carrillos.

Solicitar al usuario(a) que repita los pasos anteriores de 5 a 10 veces cada hora.

- ✓ Auscultar al usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) permanezca cómodo.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observación.

La inspiración distiende el abdomen. Al expulsar el aire, los músculos abdominales vuelven a la posición original. Colocar las manos sobre el abdomen permite verificar que el procedimiento se realiza correctamente.

Riesgos

- ✓ No hay



15.21 Nombre del procedimiento: Recolección de muestra de esputo

Definición:

Mecanismo por medio del cual se obtiene una muestra de secreciones de la vía respiratoria.

Objetivos:

- ✓ Dar el acompañamiento y la educación al usuario(a) para obtener muestra de esputo.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓
- ✓ Enfermera (o)
- ✓ Auxiliar de enfermería
- ✓ Estudiantes.
- ✓ Asistente Técnico de Atención Primaria

Material y equipo:

- ✓ Azafate.
- ✓ Frasco estéril de abertura amplia, específico para la recolección de la muestra.
- ✓ Orden para laboratorio.
- ✓ Cuadros de servilleta.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica y la orden del estudio.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo.
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a).
- ✓ Rotular, con los datos del usuario(a), el frasco para recolectar esputo.
- ✓ Colocarse los guantes.



- ✓ Retirar la tapa del frasco estéril
- ✓ Instruya al usuario con toda claridad sobre el lugar para producir la expectoración debe estar bien ventilado y con privacidad. Si se recoge en la casa, que sea transportada al laboratorio lo más pronto posible. Asegúrese de que la expectoración sea adecuada. Antes de que el usuario inicie el tratamiento con antibióticos. Envase adecuado sin preservantes ni fijadores
- ✓ Informar al usuario(a) cómo depositar el esputo en el frasco sin derramarlo.
- ✓ Solicitar al usuario(a) limpiar el frasco por fuera con las servilletas, si se derraman secreciones.
- ✓ Solicitar al usuario(a) cerrar herméticamente el frasco.
- ✓ Colocar el frasco con la muestra recolectada en la canasta. Solicitar al funcionario designado el traslado al laboratorio.
- ✓ Descartar los guantes según Normas para la Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Bioinfecciosos.
- ✓ Lavarse las manos según procedimiento y facilitar al usuario(a) lo necesario para que se lave las manos.
- ✓ Proporcionar y facilitar comodidad al usuario(a).
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Principios

- ✓ Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ La identificación de la muestra evita errores y pérdida de tiempo.

Observaciones

- ✓ Las muestras deben ser recolectadas, de preferencia, en espacios abiertos, bien ventilados y que ofrezcan privacidad.
- ✓ La segunda y tercera muestras las debe recolectar el usuario en su casa, en dos días consecutivos, al despertar, a primera hora de la mañana (muestra matinal).
- ✓ Proporcione al usuario una bolsa conteniendo dos envases de boca ancha con su respectiva tapa de rosca, debidamente rotulados en el cuerpo del frasco con los siguientes datos: nombre y apellidos del SR, fecha y número de muestra (#2, #3).
- ✓ Indicar que debe guardar las muestras a temperatura ambiente o en hielera con paquetes fríos.

Riesgo:

- ✓ Infección cruzada por transmisión aérea o de contacto con microorganismos patógenos.



15.22 Nombre del procedimiento: Recolección de muestra de secreción bronquial con trampa de Lukens

Definición:

Mecanismo utilizado para obtener muestra de secreciones bronquiales en forma mecánica.

Objetivo:

- ✓ Obtener muestra estéril de secreción bronquial para análisis de laboratorio.

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto y medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o), estudiantes
- ✓ Auxiliares de enfermería y estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Orden para laboratorio con datos completos.
- ✓ Equipo de protección personal
- ✓ Frasco estéril de abertura amplia, específico para la recolección de la muestra.
- ✓ Etiqueta para rotular el frasco con los datos del usuario(a).
- ✓ Dispositivo denominado trampa de Lukens.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Fuente de oxígeno con flujómetro y tubos de conexión.
- ✓ Bolsa de ventilación manual con reservorio. (Si el usuario(a) está con ventilación mecánica no es necesario).
- ✓ Aspirador y tubo de conexión.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Oxímetro de pulso
- ✓ Sondas de aspiración estériles de calibre según edad y contextura del usuario(a).
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.



Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a) y verificar la indicación médica.
- ✓ Realizar higiene de las manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo y verificar su funcionamiento.
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a).
- ✓ Auscultar al usuario(a) para verificar la presencia de secreciones en la vía aérea.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición semi-fowler, si no está contraindicado.
- ✓ Conectar la bolsa de ventilación manual al flujómetro de oxígeno; regular el flujo de 8 a 15 L/min.
- ✓ Accionar el aspirador en succión continua.
- ✓ Abrir el paquete de la trampa de Lukens.
- ✓ Abrir el paquete de la sonda de aspirar sin contaminarla.
- ✓ Abrir el paquete de los guantes y colocárselos sin contaminarlos.
- ✓ Adaptar a la trampa de Lukens, la succión continua y la sonda de aspirar sin contaminarla.
- ✓ Hiperoxigenar y luego desconectar al usuario(a) del dispositivo respiratorio.
- ✓ Solicitar ayuda para oxigenar al usuario(a) con la bolsa de ventilación manual, si el dispositivo respiratorio colocado al usuario(a) no se lo permite.
- ✓ Aplicar aspiraciones en forma intermitente, rotando la sonda entre sus dedos.
- ✓ Limpiar la sonda en agua estéril antes de introducirla nuevamente al TET.
- ✓ Observar el patrón respiratorio: frecuencia respiratoria y saturación de oxígeno.
- ✓ Hiperoxigenar e hiperventilar entre aspiración y aspiración, con la bolsa de ventilación manual o dispositivo respiratorio.
- ✓ Verificar que las secreciones se depositaron en la trampa de Lukens.
- ✓ Conectar al usuario(a) el dispositivo respiratorio; observar que funcione normalmente.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo y confortable.
- ✓ Apagar la succión; retirar la sonda y cerrar la trampa de Lukens.
- ✓ Rotular y enviar la muestra al laboratorio con la orden respectiva.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Principio.

- ✓ Los procedimientos invasivos se hacen con técnica aséptica quirúrgica para prevenir infecciones.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Observaciones.

- ✓ La sonda de aspirar debe sobrepasar al menos un centímetro la longitud del tubo endotraqueal (TET). El tiempo de permanencia en la vía aérea es 15 segundos.
- ✓ La saturación de oxígeno debe ser mayor de 90%.

Riesgos:

- ✓ Infección cruzada por invasión de la vía aérea respiratoria.
- ✓ Laceraciones de la mucosa.



CAPÍTULO XVI. CUIDADOS DE ENFERMERÍA RELACIONADOS CON AFECCIONES DEL SISTEMA RENAL Y URINARIO

Conceptos generales

Los sistemas renal y urinario están constituidos por un grupo complejo de órganos que, en conjunto, se encargan de filtrar los productos residuales de la sangre y de fabricar, almacenar y eliminar la orina. Estos órganos son esenciales para mantener el equilibrio hídrico, el equilibrio ácido básico y la presión arterial.

Los órganos fundamentales del sistema nefrourinario son:

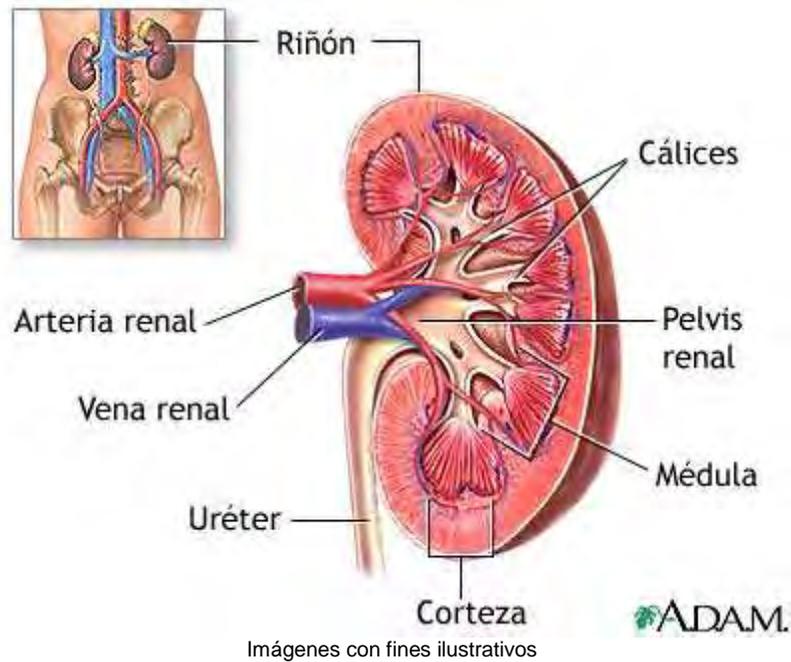
- dos riñones
- dos uréteres
- una vejiga urinaria
- una uretra

Dos riñones: son un par de órganos de color oscuro, entre café y morado, situados debajo de las costillas y hacia el medio de la espalda. Cada uno de ellos pesa unos 150 g y tiene aproximadamente el tamaño de una naranja. Sus funciones son eliminar los desechos líquidos de la sangre en forma de orina, mantener un equilibrio estable de sales y otras sustancias en la sangre y producir eritropoyetina, una hormona que ayuda en la formación de los glóbulos rojos. Ellos también eliminan la urea de la sangre a través de unas unidades de filtración diminutas llamadas nefronas.

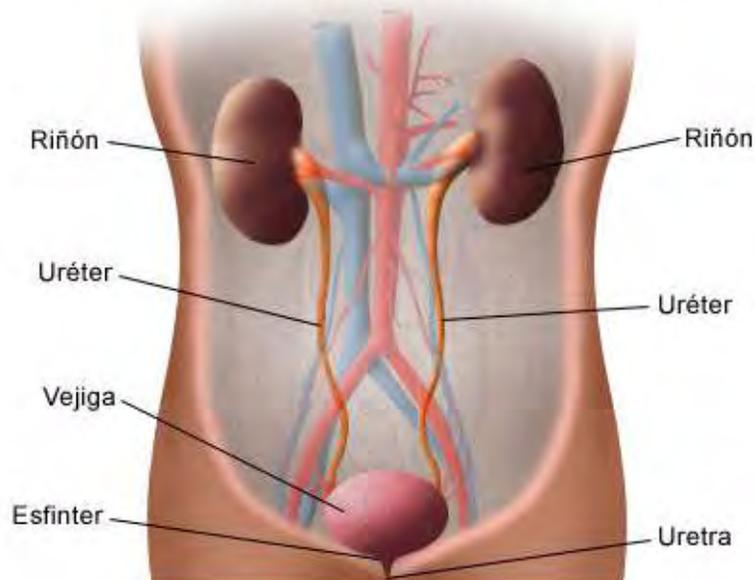
Dos uréteres: son unos tubos estrechos que llevan la orina de los riñones a la vejiga. Los músculos de las paredes de los uréteres se contraen y relajan continuamente para forzar la orina hacia abajo, lejos de los riñones. Si la orina se acumula, o si se queda sin moverse, puede desarrollarse una infección del riñón. Aproximadamente cada 10 o 15 segundos, los uréteres vacían cantidades pequeñas de orina en la vejiga.

Vejiga: es un órgano hueco de forma triangular, situado en el abdomen inferior. Está sostenida por ligamentos unidos a otros órganos y a los huesos de la pelvis. Las paredes de la vejiga se relajan y dilatan para acumular la orina, y se contraen y aplanan para vaciarla a través de la uretra. La vejiga típica del adulto sano puede almacenar hasta dos tazas de orina en un período de dos a cinco horas.

Uretra: es un tubo a través del cual pasa la orina desde la vejiga al exterior del cuerpo. El cerebro envía señales a los músculos de la vejiga para que se contraigan y expulsen la orina. Al mismo tiempo, el cerebro envía señales a los músculos del esfínter para que se relajen y permitan la salida de orina de la vejiga a través de la uretra. Cuando todas las señales se suceden en el orden correcto, ocurre la micción normal.



Vista Frontal del Tracto Urinario



Imágenes con fines ilustrativos



16.1 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en biopsia renal.

Definición:

Es la extracción de un pequeño fragmento de tejido del riñón para el análisis histológico en el laboratorio.

Objetivos:

- ✓ Lograr que el usuario(a) y los cuidadores conozcan cuidados básicos en la pre biopsia, transbiopsia y pos biopsia renal.
- ✓ Ofrecer apoyo emocional y/o espiritual al usuario(a).
- ✓ Dar comodidad y privacidad al usuario(a).

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Equipo de biopsia renal que consta de:
 - Set de agujas Silverman (3 piezas).
 - Mango de bisturí N° 3.
 - Pinza Hoster curva.
 - Pinza Hoster recta.
 - Copa de 2 onzas.
 - Campo abierto.
 - Pinza para limpieza.
 - Bandeja mediana.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Bata estéril y cubre bocas.
- ✓ Frasco con anestésico local disponible (lidocaína al 2%).
- ✓ Torundas de gasa estéril.
- ✓ Solución antiséptica
- ✓ Frasco con solución perseverante disponible (formalina al 5%).
- ✓ Tarjeta de biopsia y lápiz de mina negra.
- ✓ Esparadrapo o tela adhesiva.
- ✓ Vasija riñonera para verter solución antiséptica.
- ✓ Dos sábanas grandes dobladas en forma de rollo.



- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Cortina o biombo.
- ✓ Cama o camilla.
- ✓ Hoja para el registro del control de signos vitales.
- ✓ Esfigmomanómetro, estetoscopio.
- ✓ Cuadros de gasa 4 x 4.
- ✓ Solución fisiológica.
- ✓ Equipo para la canalización de vía venosa periférica.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul y/o negra.
- ✓ Lápiz.

Actividades

- ✓ Identificar e informar al usuario(a).
- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud. Verificar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario (a).
- ✓ Corroborar el resultado de las pruebas de coagulación.
- ✓ Verificar que el usuario(a) haya mantenido el período de ayuno (de 6 a 8 horas), antes del estudio.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que recoja la muestra para examen de orina general.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Preparar el equipo y transportarlo a la unidad del usuario(a) o al cuarto de tratamiento.
- ✓ Canalizar vía periférica en el brazo opuesto al sitio anatómico en que le realizarán la punción.
- ✓ Rotular con los datos del usuario (a), el frasco con la solución persevante, donde el médico depositará la pieza histológica (tejido) y la "Tarjeta para Biopsia".
- ✓ Colocar al usuario(a) en camilla en posición decúbito ventral. Dar privacidad con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Colocar las dos sábanas grandes dobladas en forma de rollos bajo el abdomen del usuario(a) para angular el riñón.
- ✓ Descubrir el área anatómica del usuario(a) en la que el médico realizará la punción.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Facilitar al médico un delantal estéril.
- ✓ Abrir el equipo para biopsia y adicionarle los insumos necesarios.
- ✓ Presentar al médico la jeringa y aguja para aplicar el anestésico local.
- ✓ Abrir el blíster y presentarle al médico los insumos que están en empaque desechable, siguiendo la técnica aséptica médica y quirúrgica.
- ✓ Facilitar al médico la solución antiséptica (yoduro de povidone) para la asepsia de la piel en el sitio a puncionar.



- ✓ Controlar que no se contaminen los instrumentos, ni los insumos ubicados en el campo estéril, mientras el médico realiza la biopsia.
- ✓ Abrir el frasco que contiene la solución persevante y presentarlo al médico para que deposite la pieza histológica extraída.
- ✓ Colocar la tapa en el frasco en el que se depositó la pieza histológica y cerrarlo fuertemente.
- ✓ Colocar la tarjeta de biopsia previamente identificada al frasco que contiene la pieza histológica.
- ✓ Facilitar al médico cuadro de gasa, para que haga presión directa por 3 o 5 minutos en el sitio de la punción.
- ✓ Facilitar al médico cuadros de gasa y bandas de esparadrapo, para colocar vendaje compresivo.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición supina e informarle que debe guardar reposo en cama por 24 horas.
- ✓ Medir y registrar en forma estricta los signos vitales, según esquema:

-Cada 15 minutos, 4 veces.

-Cada 30 minutos, 4 veces.

-Cada hora, 4 veces.

-Cada 2 horas, 2 veces.

-Cada 4 horas por 24 horas.

-Controles subsiguientes, cada 8 horas.

- ✓ Medir y registrar la cantidad de orina excretada y sus características.
- ✓ Observar con frecuencia el vendaje compresivo para detectar sangrado local en el sitio de punción.
- ✓ Reiniciar la ingesta de abundantes líquidos.
- ✓ Administrar analgésico, de ser necesario.
- ✓ Informar al usuario(a) que no realice actividades extenuantes ni esfuerzo físico hasta dos semanas después de la biopsia.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Realizar el cuidado del equipo, posteriormente.

Observaciones.

- ✓ En ocasiones, es necesario repetir la biopsia.

Riesgos:

- ✓ Sangrado pos biopsia. Infección por invasión al riñón.



16.2 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en arteriografía renal

Definición:

Es una prueba para examinar los vasos sanguíneos de los riñones, empleando un medio de contraste y rayos x.

Objetivos:

- ✓ Facilitar al usuario(a) y su familia información sobre el procedimiento que se le va a realizar.
- ✓ Ofrecer apoyo emocional y/o espiritual al usuario(a).
- ✓ Dar comodidad y privacidad al usuario(a).

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo.

- ✓ Carro para curación o mesa metálica.
- ✓ Introdutor de catéter N° 7 y 8.
- ✓ Catéter N° 6-6 ½ - 7.
- ✓ Agujas para puncionar arteria número 16 por 3 ¼.
- ✓ Jeringas desechables de 10-20 y 50 cc.
- ✓ Agujas desechables 18-20-22.
- ✓ 1 llave de 3 vías desechable.
- ✓ Guantes estériles de diferente talla o número.
- ✓ Solución antiséptica según norma institucional.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante).
- ✓ Ropa verde para el personal de la sala.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul y/o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Equipo de Monitoreo.
- ✓ Equipo de protección radiológica según norma institucional.



Actividades

Día anterior

- ✓ Identificar e informar al usuario(a).
- ✓ Facilitar privacidad al usuario(a).
- ✓ Preparar el área anatómica según indicación médica.
- ✓ Indicar al usuario(a) mantenerse en ayunas desde la 8 de la noche del día anterior o según indicación médica
- ✓ Revisar que los exámenes estén en el expediente de salud. Comprobar que la creatinina esté dentro de los valores normales.
- ✓ Iniciar los registros en la Hoja de Requisitos Preoperatorios.

Día del examen.

- ✓ Revisar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Revisar y completar la Hoja de Requisitos Preoperatorios
- ✓ Verificar que el usuario(a) haya cumplido el período de ayunas iniciado a las 8 p.m. del día anterior o según indicación.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Solicitar al usuario(a), si su condición se lo permite, que miccione.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a vestirse con la ropa verde.
- ✓ Aplicar premedicación indicada.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos
- ✓ Solicitar al funcionario designado que traslade al usuario(a) en camilla, a la sala indicada para el procedimiento (rayos x), con el expediente de salud.

En sala de rayos x:

- ✓ Posicionar al usuario(a) sobre la mesa de exploraciones permitiendo que esté cómodo.
- ✓ Dar apoyo psicológico al usuario(a), a fin de procurar su tranquilidad y relajación.
- ✓ Colocarse el delantal con protección de plomo.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Acercar la mesa quirúrgica a la mesa para el procedimiento.
- ✓ Asistir al médico que hará el procedimiento entregando la vestimenta estéril.
- ✓ Ofrecerle la solución antiséptica al médico para limpiar el sitio anatómico.
- ✓ Ofrecerle la jeringa y la aguja para extraer la solución que utilizará, para la administración de la anestesia local.
- ✓ Presentarle al médico cuadro de gasa, venda de gasa y esparadrapo, para que realice el vendaje compresivo.
- ✓ Dar comodidad del usuario(a), una vez concluido el procedimiento.



- ✓ Medir continuamente los signos vitales, pulsos distales, coloración de piel y datos de sangrado local en el sitio de punción.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.
- ✓ Solicitar al funcionario designado que traslade al usuario(a) al servicio de procedencia en camilla y con expediente de salud.
- ✓ Realizar el aseo al equipo, posteriormente.

En el salón de procedencia:

- ✓ Recibir al usuario(a) procedente del servicio de rayos x, después de la realización del examen.
- ✓ Medir y registrar signos vitales. Cada 15 minutos #4 veces, cada 30 #4 veces y cada 2 horas # 4 veces.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición de decúbito supino sobre la cama, procurando que el miembro inferior donde se realizó la punción esté extendido. Informarle que no debe flexionarlo y que debe permanecer en absoluto reposo durante 24 horas.
- ✓ Observar frecuentemente el vendaje durante los primeros 30 minutos para detectar si se da sangrado local en el sitio de punción.
- ✓ Palpar los pulsos distales de la extremidad puncionada cada 15 minutos durante la primera hora y cada 60 minutos en las siguientes 24 horas.
- ✓ Procurar una buena hidratación del usuario (a), manteniendo la fluido terapia salina indicada, a fin de que el medio de contraste se excrete adecuadamente.
- ✓ Medir y registrar la diuresis.
- ✓ Estar atento a reacciones adversas tardías al medio de contraste.
- ✓ Reiniciar la ingesta vía oral, según indicación médica.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones.

- ✓ El control de los pulsos distales en el miembro inferior intervenido es esencial para detectar oportunamente daño al sistema circulatorio.

Riesgos:

- ✓ Reacción alérgica al medio de contraste.
- ✓ Sangrado local.
- ✓ Daño a la circulación sanguínea en el miembro inferior intervenido.



16.3 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en cistoscopia

Definición:

Es un procedimiento que permite insertar un cistoscopio a través de la uretra hasta la vejiga para visualizar el interior. Un cistoscopio es un instrumento delgado en forma de tubo, con luz y lente para observar; posee además una herramienta para extirpar tejido y estudiarlo bajo un microscopio.

Objetivos:

- ✓ Facilitar al usuario(a) y su familia información sobre el procedimiento que se le va a realizar.
- ✓ Ofrecer apoyo emocional y/o espiritual al usuario(a).
- ✓ Dar comodidad y privacidad al usuario(a).

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).

Material y equipo:

- ✓ Carro de tratamiento conteniendo:
 - Cistoscopio con obturador estéril.
 - Conexión de fibra óptica.
 - Fuente de luz.
 - Campo abierto estéril.
 - Equipo de cateterismo vesical.
 - Lidocaína en gel al 2%.
 - Solución fisiológica de 500 cc.
 - Equipos para venoclisis.
 - 1 Jeringa de 10 cc.
 - 2 Jeringas de 20 cc.
 - 2 Jeringas de 50 cc.
 - 3 pares de guantes estériles N° 7, 7 ½ y 8.
 - Bata, gorro y cubre bocas.
 - Bolsa recolectora de orina.
- ✓ Canasta para recolectar ropa sucia.
- ✓ Camilla.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo de tinta color azul y/o negra.
- ✓ Lápiz.



Actividades

El día del examen.

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud
- ✓ Verificar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Identificar e informar al usuario(a) sobre el procedimiento.
- ✓ Solicitar al usuario(a) evacuar la vejiga.
- ✓ Asistir al usuario(a) a vestirse con ropa verde.
- ✓ Medir y registrar signos vitales.
- ✓ Elaborar nota de enfermería según criterios de calidad establecidos.
- ✓ Solicitar al personal encargado que traslade al usuario(a) en camilla, con el expediente de salud y los estudios radiológicos.

En la sala de cistoscopia

- ✓ Recibir e identificar al usuario y verificar que recibió la información sobre el procedimiento.
- ✓ Proveer privacidad al usuario(a) con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Asistir al usuario(a) a colocarse en posición de litotomía.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Realizar limpieza y desinfección del área peri genital con jabón y agua (si hay técnico, él lo realiza).
- ✓ Aplicar gel anestésico local (si hay técnico, él lo realiza).
- ✓ Ofrecer bata estéril al médico.
- ✓ Asistir al médico durante el procedimiento
- ✓ Recibir la muestra de tejido para biopsia en caso de que se realice.
- ✓ Verificar la identificación de la biopsia con los datos correctos del usuario(a) y enviar al servicio de anatomía patológica, según corresponda.
- ✓ Mantener al usuario(a) en la sala entre 30 y 60 minutos después del examen o según indicación médica.
- ✓ Medir y registrar signos vitales según indicación médica.
- ✓ Observar al usuario(a) y reportar al médico signos de dolor y sangrado por uretra.
- ✓ Solicitar al encargado que traslade al usuario(a) en camilla al servicio de procedencia.
- ✓ Realizar el cuidado posterior del equipo, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de los Desechos Sólidos Hospitalarios.



En el salón.

- ✓ Recibir al usuario(a) después del examen.
- ✓ Medir y registrar signos vitales
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo en la cama.
- ✓ Estimular la ingesta de líquidos en el usuario(a).
- ✓ Medir y registrar la temperatura corporal cada cuatro horas por 72 horas después del procedimiento.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones.

Durante los 2-3 días siguientes a la realización de la cistoscopia, puede presentar molestias al orinar, sensación de ganas de orinar muy frecuentes, escozor o ligero sangrado en la orina. Si se presentan síntomas más importantes, como intenso dolor al orinar por más de 2-3 días al orinar, un sangrado importante, dificultad para orinar, fiebre, etc., se debe acudir al médico para identificar rápidamente una posible complicación.

Riesgo:

- ✓ Hematuria por lesión de la pared vesical con el cistoscopio o durante la biopsia. Infección urinaria nosocomial.
- ✓ Dolor.

16. 4 Nombre del procedimiento: Cuidados de enfermería en pielograma intravenoso

Definición:

Es un examen radiológico que permite estudiar riñones, uréteres y vejiga, utilizando un medio de contraste.

Objetivos:

- ✓ Lograr que al usuario(a) y su familia reciban información y educación sobre el procedimiento que se le va a realizar.
- ✓ Ofrecer apoyo emocional y/o espiritual al usuario(a).
- ✓ Dar comodidad y privacidad al usuario(a).

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.



Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería por delegación.

Material y equipo:

- ✓ Medio de contraste.
- ✓ Laxante indicado por el médico.
- ✓ Equipo de venoclisis.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta color azul y/o negra.
- ✓ Soporte portátil para soluciones (gigante)

Actividades

El día anterior al examen.

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud.
- ✓ Verificar los datos de identificación del usuario(a), la fecha y hora de la cita en la orden para estudios radiológicos.
- ✓ Revisar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Solicitar al usuario que ingiera el laxante indicado en el horario establecido.
- ✓ Realizar enema evacuante según indicación médica.
- ✓ Solicitar al usuario(a) permanecer en ayunas a partir de las 8:00 p.m. del día anterior del examen.
- ✓ Verificar que las pruebas de función renal se encuentren en el expediente de salud y que hayan sido valoradas.
- ✓ Consultar al usuario(a) si es alérgico al medio de contraste.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

El día del examen

- ✓ Revisar el expediente de salud (indicación y pruebas de función renal).
- ✓ Revisar la fecha y hora del examen.
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a).
- ✓ Verificar que el usuario(a) permanece en ayunas desde las 8:00 p.m. del día anterior.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Medir y registrar signos vitales.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Trasladar al usuario(a) al servicio de rayos x con la orden, el expediente de salud y acompañado por personal designado, si se encuentra hospitalizado.
- ✓ En la sala de rayos x



- ✓ Recibir al usuario(a) en la sala de rayos x.
- ✓ Identificar al usuario(a) e informarle sobre el procedimiento y los cuidados posteriores al examen.
- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Canalizar vía periférica, según procedimiento.
- ✓ Aplicar el medio de contraste por indicación médica.
- ✓ Al finalizar el estudio, indicar al usuario(a) que ingiera abundantes líquidos, para eliminar el medio de contraste.
- ✓ Retirar la vía periférica
- ✓ Solicitar al funcionario designado que traslade al usuario(a) al servicio de procedencia con el expediente de salud, si se encuentra hospitalizado.
- ✓ En el salón:
- ✓ Recibir al usuario(a) después del examen.
- ✓ Medir y registrar signos vitales.
- ✓ Dejar cómodo al usuario(a).
- ✓ Permitir la ingesta abundante de líquidos vía oral, después del estudio.
- ✓ Realizar nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones.

- ✓ La ingesta de líquidos abundantes después de la aplicación de medios de contraste favorece la eliminación del mismo y previene el daño renal residual.

Riesgos:

- ✓ Reacción alérgica al medio de contraste.
- ✓ Daño renal residual.

16.5 Nombre del procedimiento: Colocación de sonda Foley vesical fija

Definición:

Consiste en la inserción de una sonda en la vejiga a través de la uretra. El procedimiento debe realizarse con técnica aséptica médica y quirúrgica.

Objetivos:

- ✓ Realizar irrigaciones vesicales.
- ✓ Favorecer el drenaje de la orina en usuarios(as) con disfunción neurogénica de vejiga y retención de orina.
- ✓ Permitir la cicatrización de vías urinarias tras la cirugía.
- ✓ Facilitar la medición precisa de la orina excretada.
- ✓ Prevención de la tensión en heridas pélvicas y/o abdominales causadas por distensión de la vejiga. Aliviar la retención aguda o crónica de orina



Manual Técnico	Manual de Procedimientos de Enfermería	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014
----------------	--	---------------------------------------

- ✓ Determinar la cantidad de orina residual después de la micción.
- ✓ Recoger muestra de orina estéril.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería por delegación.
- ✓ Estudiantes de enfermería con supervisión.

Material y equipo:

- ✓ Carro de tratamiento conteniendo:
 - Azafate.
 - Equipo de cateterismo vesical (para hombre o mujer dependiendo del caso).
 - Pinza auxiliar.
 - Torundas de algodón.
 - Torundas de gasa.
 - Cuadro de gasa.
 - 1 par de guantes estériles.
 - Sonda Foley número 14 o 16, de dos o tres vías.
 - Gel lubricante.
 - Esparadrapo ancho y/o sujetador.
 - Jeringa de 5 o 10 c.c.
 - Jabón líquido antiséptico.
 - Agua estéril.
 - Sábana movable.
 - Lámpara de cuello.
 - Bolsa recolectora para orina.
 - Frasco estéril para muestra de orina.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul y /o negra.

Actividades

- ✓ Verificar en el expediente de salud la indicación médica.
- ✓ Identificar al usuario(a) e informarle sobre el procedimiento.



- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Colocar el equipo de cateterismo sobre el azafate y extender el cubre paquete según técnica.
- ✓ Colocar al lado el campo estéril y extender el extremo superior jalando la punta.
- ✓ Abrir el empaque primario en que viene la sonda y colocarla en el campo estéril. Abrir la jeringa del empaque y colocarla en el campo estéril según técnica.
- ✓ Colocarse guantes estériles y ordenar los materiales con la mano dominante y/o utilizar pinza auxiliar, de la siguiente forma:
- ✓ Los yodines o recipientes pequeños se ubican verticalmente en el centro del campo estéril.
 - En el extremo izquierdo de la bandeja se coloca el riñón pequeño.
 - En el extremo derecho de la bandeja se coloca el riñón grande.
 - Colocar las torundas a los lados de los yodines.
 - Agregar un cuadro de gasa si el usuario(a) es varón.
 - Colocar la pinza Kelly en el riñón pequeño.
 - Vaciar agua estéril en un yodín y jabón líquido en el otro.
 - Vaciar en el riñón grande gel lubricante.
- ✓ Retirar las otras puntas del cubre paquete; sujetar el cubre paquete cuidadosamente por las puntas; elevar y jalar para extraer y cubrir el equipo dejando un doblez.
- ✓ Adaptar la bolsa recolectora de orina a la cama
- ✓ Propicie un ambiente de privacidad al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Deslizar la sábana superior hasta los pies del usuario(a).
- ✓ Descubrir el área genital retirando el pijama; en la mujer, doblar la bata hasta la cintura.
- ✓ Doblar en varias partes la sábana para tratamiento y colocar debajo de los glúteos.
- ✓ Colocar a la usuaria en posición ginecológica. El hombre se coloca en posición decúbito supino, con las piernas ligeramente separadas.
- ✓ Colocar el azafate con el equipo sobre la cama y entre las piernas.
- ✓ Cambiarse los guantes según técnica correcta.
- ✓ Cargar la jeringa con 5 c.c. de agua estéril, de la que depositó en el yodín.
- ✓ Retirar el segundo empaque de la sonda.
- ✓ Adaptar la jeringa con agua estéril al puerto de inflado del balón e inyectar la cantidad recomendada de agua; esperar unos segundos.
- ✓ Extraer el agua, comprobar que el balón quede totalmente desinflado.
- ✓ Colocar la sonda ya probada en el riñón grande y lubricar.
- ✓ Realizar aseo perineal según procedimiento.



- ✓ En la mujer, separar los labios para exponer el meato urinario; en el hombre, utilizar la gasa estéril para cubrir y sujetar el pene. Utilizar la mano no dominante.
- ✓ Introducir la sonda suavemente sin forzarla; deje el extremo dentro del riñón. Esperar que drene orina. Recoger la muestra de orina. Retirar la sonda o proceder a inflar el balón, traccionando suavemente y adaptar a la bolsa de drenaje si está indicado; dejar sonda vesical fija.
- ✓ Retirarse los guantes.
- ✓ Colocar una tira de esparadrapo de aproximadamente 15 a 20 centímetros de largo, directamente sobre la piel, a unos 10 a 15 centímetros debajo de la ingle, en la cara interna del muslo. Colocar la sonda y fijar con otra tira de esparadrapo. Si en la institución se cuenta con sujetadores para sonda Foley, utilizarlos.
- ✓ Anotar sobre el esparadrapo que sujeta la sonda fecha, turno, hora y nombre funcionario que colocó la sonda.
- ✓ Anotar en el plan de cuidados:
- ✓ Vaciar y cuantificar la orina cada 8 horas o cada hora, anotar características de la misma.
- ✓ Hacer aseo perineal diario, en usuario(a) encamado. Cambiar el sitio de fijación diariamente. Fecha del próximo cambio.
- ✓ Observar que el usuario(a) quede cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones.

- ✓ Al descartar la orina, se debe evitar la contaminación del tubo de vaciado para prevenir invasión microbiana del sistema urinario por vía ascendente.
- ✓ La bolsa de drenaje no deberá elevarse por encima del nivel de la vejiga o dejar que toque el piso para prevenir invasión microbiana del sistema urinario por vía ascendente.
- ✓ Se debe mantener el circuito cerrado.
- ✓ La aplicación correcta de la técnica de limpieza del área genital, antes de insertar la sonda, evita la invasión de microorganismos al sistema urinario.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Causar una falsa vía.
- ✓ Infección urinaria invasiva.
- ✓ Globo vesical por acodamiento en el sistema de drenaje.



16.6 Nombre del procedimiento: Retiro de sonda foley vesical fija

Definición:

Es el retiro de una sonda vesical por indicación médica.

Objetivos:

- ✓ Restablecer la eliminación urinaria en forma autónoma y voluntaria.
- ✓ Prevenir infecciones en el sistema urinario mediante el cambio de la sonda fija.

Niveles de atención.

- ✓ I, II y III .

Nivel de complejidad.

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Auxiliar de enfermería por delegación.
- ✓ Estudiantes de enfermería con supervisión.

Material y equipo:

- ✓ Azafate conteniendo:
 - Jeringa de 10 c.c.
 - 1 par de guantes.
 - Sábana de tratamiento.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas del Programa de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Tubo de ensayo estéril o frasco en caso necesario.
- ✓ Orden para cultivo en laboratorio.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.
- ✓ Tijera estéril en caso necesario.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación médica en el expediente de salud.
- ✓ Identificar al usuario(a) e informar sobre el procedimiento
- ✓ Facilitar privacidad al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Ayudar al usuario(a) elegir una posición cómoda.
- ✓ Retirar las bandas de esparadrapo que sujetan la sonda del usuario(a), en forma lenta y suave y/o retirar el sujetador.



- ✓ Realizar higiene de manos y colocarse guantes.
- ✓ Adaptar la jeringa al puerto de inflado de balón y extraer el agua.
- ✓ Corrobore la cantidad de líquido que extraído según lo indicado en la sonda.
- ✓ Indicar al usuario(a) que respire profundamente; extraer la sonda.
- ✓ Enviar la muestra al laboratorio, con la orden debidamente rotulada.
- ✓ Descartar la sonda en el basurero de material bioinfeccioso.
- ✓ Retirar y descartar la bolsa de orina.
- ✓ Observar que el usuario(a) quede cómodo; documentar incontinencia, retención, cantidad y características urinarias.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observación.

- ✓ Este procedimiento requiere la aplicación estricta de la técnica aséptica quirúrgica para evitar infecciones del sistema urinario por invasión microbiana.

Riesgo:

- ✓ Si el balón no se desinfla totalmente, puede lacerar el conducto uretral y causar dolor y sangrado.

16.7 Nombre del procedimiento: Educación para el auto cateterismo vesical intermitente en mujeres y hombres

Definición:

Consiste en la introducción transitoria de una sonda, a través de la uretra hasta llegar a la vejiga y de esta forma conseguir el vaciamiento vesical, previa enseñanza impartida al usuario(a) y su familia, por un profesional de enfermería.

Objetivos:

- ✓ Mantener las fases de llenado y vaciado vesical de un modo muy parecido al fisiológico.
- ✓ Establecer un método de vaciado completo de la vejiga, sin dejar orina residual.
- ✓ Reducir el riesgo de infecciones urinarias.
- ✓ Rehabilitar la función vesical.
- ✓ Brindar educación al usuario(a) y su familia sobre el procedimiento.
- ✓ Promover el auto cuidado.

Nivel de atención:



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Bajo.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Usuario(a).
- ✓ Cuidador.

Material y equipo:

- ✓ Carro para tratamiento con el equipo de auto cateterismo vesical que contiene:
 - Recipiente grande.
 - Sonda uretral número 12 o 14.
 - Gel lubricante.
 - Torundas de algodón
 - Torundas de gasa
 - Palangana
 - Jabón líquido antiséptico.
 - Recipiente con agua.
 - Espejo (uso específico para la usuaria).
 - Toalla limpia
- ✓ Lámpara de cuello de ganso.
- ✓ Biombo portátil si no existen cortinas cielíticas o de pared.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul y/o negra.

Actividades

- ✓ Identificar al usuario(a) e instruirlo sobre el procedimiento.
- ✓ Indicar al usuario(a) que ejecute el lavado de manos según procedimiento.
- ✓ Asistir al usuario(a) a reunir el equipo y los materiales necesarios, para el procedimiento que va a realizarse, y trasladarlo a su unidad.
- ✓ Permitir privacidad al usuario(a) para realizar el procedimiento.
- ✓ Solicitar al usuario(a) realizar limpieza de genitales, con abundante agua y jabón.
- ✓ Indicar al usuario(a), que ejecute nuevamente el lavado de manos según procedimiento.
- ✓ Dirigir al usuario(a) para que abra el equipo de auto cateterismo y lo coloque frente al área genital.



- ✓ Recomendar al usuario(a) que elija una posición cómoda, para realizar el procedimiento.

En el caso de mujeres, indicarle que:

- ✓ Separe los labios mayores con la mano no dominante (si desea visualizar mejor el meato, haga uso del espejo).
- ✓ Que con las gasas de algodón humedecidas en solución jabonosa limpie el meato Lavar con una torunda remojada con agua.

En el caso del hombre indicarle que:

- ✓ Sujete el pene con la mano no dominante, elevándolo para disminuir la curvatura de la uretra.
- ✓ Lo envuelva en una gasa y a la vez que baje el prepucio.
- ✓ Con su mano derecha, limpiar el meato urinario con torundas humedecidas en solución jabonosa.
- ✓ Repetir el movimiento con torundas remojadas con agua.
- ✓ Indicar a la usuaria (o) que las torundas deben descartarse en la bolsa de papel o basurero.
- ✓ Indicar al usuario(a) que sujete el extremo distal de la sonda, con la mano dominante.
- ✓ Enseña al usuario(a) a lubricar el catéter antes de introducirlo.
- ✓ En la mujer, diríjala para que se separe los labios menores, visualice el meato urinario con ayuda del espejo si es necesario y se introduzca suavemente la sonda, previa lubricación, dejando el extremo distal de la sonda sobre el recipiente.
- ✓ En el hombre, indicarle que sujete el pene en posición vertical con la mano no dominante y que se introduzca la sonda con su mano dominante, siguiendo el trayecto anatómico de la uretra, previa lubricación de la sonda, dejando el extremo distal sobre el recipiente.
- ✓ Indicar al usuario(a) que si la sonda no pasa ejerciendo una suave presión, debe sacarla e intentarlo de nuevo. Si aún así no pasa, no forzar y solicitar ayuda.
- ✓ Indicar al usuario(a) que cuando la orina deje de salir, retire la sonda y la deposite en el recipiente.
- ✓ Dirigir al usuario(a) para que se seque sus genitales.
- ✓ Instruir al usuario(a) a dejar la unidad en orden.

Enseñar al usuario(a) o familiar a:

- Medir la cantidad de orina extraída.
- Identificar presencia de sangre.
- Detectar presencia de sedimento urinario u otros depósitos.



- Especificar el color y olor de la orina.
- ✓ Indicar al usuario(a) realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos y considerando:
- ✓ El conocimiento, la actitud, el deseo de auto cuidado del usuario(a) y la familia, así como la capacidad para ello.
- ✓ La necesidad de retroalimentación del proceso.
- ✓ Enseñarle a adecuar el procedimiento en el hogar, ofreciendo alternativas al procedimiento.
- ✓ Ofrecer material y equipo, de acuerdo con la necesidad y la oferta de recursos.

Riesgos:

- ✓ Creación de una falsa vía.
- ✓ Obstrucción de la sonda
- ✓ Infección.
- ✓ Hematuria.

Principios, observaciones y puntos clave:

- ✓ La identificación correcta del usuario(a) nos asegura la integridad del usuario(a). Una adecuada instrucción sobre las acciones a realizar da seguridad y confianza.
- ✓ Un adecuado lavado de manos remueve microorganismos, disminuyendo el riesgo de contaminación y por ende infecciones cruzadas.
- ✓ El equipo completo ahorra tiempo y energía.
- ✓ La privacidad individual produce al usuario(a) seguridad y apoyo emocional.
- ✓ Una completa y correcta anotación en los registros correspondientes facilita los tratamientos subsiguientes y el movimiento estadístico del servicio. También, permite el seguimiento sistemático.

16.8 Nombre del procedimiento: Lavado vesical

Definición:

Consiste en la introducción de suero fisiológico en la vejiga a través de la sonda vesical.

Objetivos:



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

- ✓ Mantener o restablecer la permeabilidad de la sonda vesical, siempre que se sospeche que está obstruida por coágulos, restos quirúrgicos, moco u otros y se esté interrumpiendo el flujo de la orina a través de su luz.

Niveles de Atención

- ✓ II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Profesional de enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Equipo para lavado vesical.
- ✓ Solución fisiológica.
- ✓ Medicamento indicado.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Jeringa asepto.
- ✓ Pinza.
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Frasco para muestra de orina y uro cultivo
- ✓ Orden para examen de laboratorio.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.

Actividades

- ✓ Verificar la indicación en el expediente de salud.
- ✓ Trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a) e informarle sobre el procedimiento.
- ✓ Solicitarle al usuario(a) que se coloque en posición supina; ayudarle, si lo requiere.
- ✓ Colocar la sábana para tratamiento debajo de los glúteos del usuario(a).
- ✓ Preparar el equipo para lavado vesical. Agregar solución fisiológica al riñón.
- ✓ Colocarse los guantes estériles.
- ✓ Verificar el funcionamiento de la jeringa asepto.
- ✓ Pinzar la sonda.
- ✓ Utilizar las gasas estériles para desconectar la sonda del sistema recolector de orina. Colocar el puerto de salida de orina sobre un riñón estéril.



- ✓ Retirar la pinza y recolectar muestra para uro cultivo u orina si está indicado.
- ✓ Cargar la jeringa asepto con la solución fisiológica y adaptar al puerto de salida de orina de la sonda.
- ✓ Probar la permeabilidad de la sonda.
- ✓ Introducir lentamente la solución fisiológica.
- ✓ Aspirar suavemente el contenido vesical para extraer, al menos, el volumen introducido previamente.
- ✓ Repetir ambos pasos hasta que la orina salga completamente limpia.
- ✓ Aplicar con la jeringa asepto el medicamento, si está indicado.
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo.
- ✓ Observar frecuentemente la bolsa recolectora para verificar el drenaje de orina.
- ✓ Identificar datos del usuario (a), la muestra de orina o uro cultivo y enviar al laboratorio.
- ✓ Retirarse los guantes y realizar higiene de manos.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones.

- ✓ En este procedimiento se aplica la técnica aséptica estrictamente para prevenir la invasión microbiana al sistema urinario.

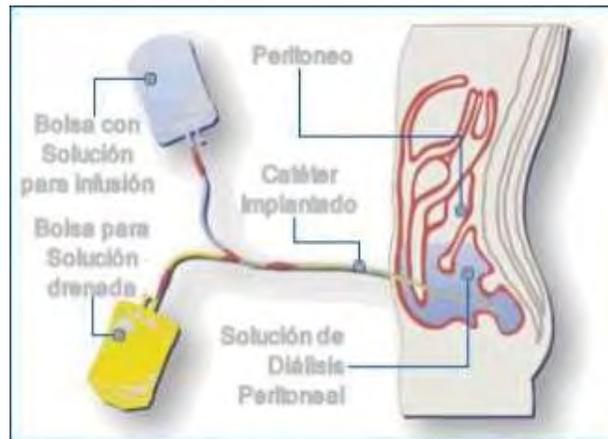
Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Infecciones por invasión microbiana al sistema urinario.

16.9 Nombre del procedimiento: Diálisis peritoneal

Definición:

La diálisis peritoneal es un método de depuración sanguínea extra renal de solutos y toxinas. Está basada en el hecho fisiológico de que el peritoneo es una membrana vascularizada semipermeable que, mediante mecanismos de transporte osmótico y difusivo, permite pasar agua y distintos solutos desde los capilares sanguíneos peritoneales al líquido dializado.



Imágenes con fines ilustrativos

Objetivos:

- ✓ Eliminar exceso de líquidos del organismo.
- ✓ Depurar toxinas endógenas y exógenas.
- ✓ Normalizar las alteraciones electrolíticas.
- ✓ Favorecer la calidad de vida y el bienestar.

TIPOS DE DIÁLISIS

La diálisis peritoneal la podemos dividir en dos grupos:

Diálisis peritoneal aguda, que se utiliza para solucionar situaciones de urgencia.

Diálisis peritoneal crónica, que se utiliza en la insuficiencia renal crónica.

Niveles de atención.

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermero(a).

Material y equipo:

- ✓ Carro de curaciones equipado en su parte superior, con:
 - Campo estéril
 - Azafate de acero inoxidable.
 - Guantes estériles.
 - Cuadros de gasa estériles.
 - Torundas de gasa estériles.
 - 1 Equipo descartable para vía peritoneal con su catéter.
 - 2 Jeringas de 5 c.c. y 10 c.c.



- Solución antiséptica y agua estéril.
- Solución para diálisis peritoneal.
- Equipo de protección personal.
- Frasco con solución de heparina.
- Yodo
- Medicamentos según indicación médica.
- Formularios para el control y seguimiento del tratamiento por diálisis.
- Balde de acero inoxidable.
- Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intra Hospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios

Parte inferior del carro:

- ✓ Palangana.
- ✓ Medida en acero inoxidable o plástica graduada.

Otros.

- ✓ Soporte portátil para soluciones.
- ✓ Monitor de signos vitales.
- ✓ Balanza
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación médica en el expediente de salud.
- ✓ Comprobar que el consentimiento informado esté firmado por el usuario(a).
- ✓ Identificar e Informar al usuario(a).
- ✓ Medir y registrar el peso del usuario(a) en ayunas así como los signos vitales.
- ✓ Valorar el estado general del usuario(a). Si presenta edema podálico, dificultad respiratoria, diarrea o vómitos, se aplica solución de diálisis al 4.25 %; si no hay edema ni dificultad respiratoria, se aplica solución de diálisis al 1.05 %.
- ✓ Colocar en el calentador las bolsas de solución de diálisis sin abrirlos; calentar a la temperatura de 37 grados. Si no hay calentador, aplicar a temperatura ambiente.
- ✓ Retirar el cobertor plástico de la bolsa.
- ✓ Conectar la espiga de la conexión de sangre a la bolsa con la solución para diálisis si es aguda; si es crónica se utiliza el circuito cerrado para diálisis.
- ✓ Colocar la bolsa con la solución de diálisis en el soporte para soluciones.
- ✓ Realizar higiene de manos.
- ✓ Colocarse el equipo de protección personal: cubre bocas, delantal, guantes.
- ✓ Realizar curación al sitio de inserción del catéter peritoneal.



- ✓ Adaptar el extremo distal de la conexión de sangre o del circuito cerrado al catéter peritoneal y abrir la llave de paso a goteo rápido.
- ✓ Colocar cuadro de gasa humedecido en solución de povidona alrededor de la unión de la espiga con la solución de diálisis y de la unión de conexión con el catéter peritoneal.
- ✓ Al terminar de pasar el líquido de la diálisis, cerrar la llave.
- ✓ Mantener la solución peridial en la cavidad abdominal por 20 minutos si el objetivo es extraer líquido y toxinas.
- ✓ A concluir el tiempo de intercambio, descolgar la bolsa de solución de diálisis ya vacía del soporte para soluciones y depositar en el balde. Abrir la llave de paso de la conexión de sangre o del circuito cerrado para que el líquido drene a gravedad.

Riesgos:

- ✓ Disnea.
- ✓ Fuga del líquido por el sitio de inserción del catéter.
- ✓ Dolor.
- ✓ Sangrado
- ✓ Registrar todos los datos en el instrumento para el control y el seguimiento en la Fórmula N° 466500-100, denominada “Diálisis Peritoneal”.
- ✓ Registrar los ingresos y egresos de solución de diálisis al peritoneo.
- ✓ Realizar el balance de ingresos y egresos en cada intercambio.
- ✓ Controlar y registrar signos vitales de acuerdo al siguiente esquema:
 - Cada 15 minutos, en la primera hora de procedimiento.
 - Después de la primera hora, la frecuencia varía de acuerdo con la condición del usuario(a).
- ✓ Notificar al médico en forma inmediata cualquier anomalía detectada durante el procedimiento.
- ✓ Realizar curación diaria del sitio de inserción del catéter.
- ✓ Cambiar el apósito por razones necesarias (PRN), para mantener limpio y seco el punto de inserción del catéter.
- ✓ Cuantificar el peso del usuario(a) una vez terminado el número de serie o baños indicados.
- ✓ Observar que el usuario(a) quede cómodo(a) y la unidad en orden.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Observaciones:

- ✓ En caso de utilizar equipos de baño maría debe realizarse la desinfección con desinfectante de alto nivel, al finalizar el procedimiento.



- ✓ La duración óptima de este tratamiento es de 48-72 horas, ya que se debe usar en procesos agudos que se espera solucionar con esta técnica
- ✓ Se puede realizar de forma manual.

Diálisis peritoneal crónica: Puede realizarse en un centro de día hospitalario o en el domicilio.

Diálisis Peritoneal Ambulatoria Continua (DPAC)

- ✓ Se utiliza con usuarios(as) no hospitalizados(as).
- ✓ La puede realizar el propio usuario(a)
- ✓ Consiste en infundir líquido de 3-5 veces al día (de acuerdo con indicción médica), y permanecerá en el interior de la cavidad peritoneal de 4 a 8 horas.
- ✓ Además, suele haber un pase nocturno de mayor duración que el resto. Se utilizan bolsas y tubos desechables en cada drenaje, y la infusión y el drenado se realizan de forma manual, aprovechando la fuerza de la gravedad.
- ✓ Es más parecida a la función renal, ya que es un proceso continuo.
- ✓ El aumento de peso repentino con presencia de edema puede deberse a una acumulación excesiva de líquido en el cuerpo.
- ✓ El dializado, para ser efectivo, debe permanecer en el abdomen dos o más horas.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Peritonitis

16.10 Nombre del procedimiento: Irrigación vesical

Definición:

Es la introducción de una sustancia a través de un catéter o sonda vesical, con la finalidad de eliminar residuos, hematuria, piurias o aplicar un medicamento.

Objetivo:

- ✓ Instilar medicamentos o soluciones para irrigar la vejiga.
- ✓ Mantener la permeabilidad de la sonda vesical.

Niveles de atención.

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:



- ✓ Enfermeras
- ✓ Auxiliares de enfermería.
- ✓ Estudiantes.

Material y equipo:

- ✓ Equipo para cateterismo
- ✓ Sonda Foley de 3 vías.
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Medicamento indicado por el médico.
- ✓ Guantes.
- ✓ Soporte portátil (gigante).
- ✓ Pinza.
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Frasco para recoger muestra para urocultivo.
- ✓ Orden para examen de laboratorio

Actividades

- ✓ Revisar el expediente y verificar la indicación médica.
- ✓ Identificar e informar al usuario(a).
- ✓ Reunir el equipo y el material y trasladar a la unidad del usuario(a).
- ✓ Colocar en el soporte para sueros la solución fisiológica con el medicamento indicado.
- ✓ Realizar higiene de manos y colocarse guantes.
- ✓ Realizar aseo perineal y cateterismo vesical según procedimiento.
- ✓ Adaptar uno de los puertos de la sonda vesical a la conexión de suero con la solución o medicamento indicado y el otro puerto al sistema de drenaje vesical.
- ✓ Abrir la llave a goteo continuo según indicación médica.
- ✓ Permitir que la solución pase por gravedad a la vejiga.
- ✓ Observar que el goteo permanezca continuo.
- ✓ Observar y registrar las características del líquido drenado.
- ✓ Dejar al usuario(a) en posición cómoda y la unidad en orden.
- ✓ Retirar el equipo darle el cuidado respectivo.
- ✓ Retirarse los guantes y realizar higiene de manos.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Observaciones:

- ✓ En caso de procedimiento fallido, se debe reportar de inmediato al médico.
- ✓ La técnica aséptica médica y quirúrgica está indicada para evitar las infecciones cruzadas.



Riesgo:

- ✓ Infecciones cruzadas por invasión microbiana al sistema urinario.

16.11 Nombre del procedimiento: Recolección de muestra de orina general

Definición:

Es el proceso de recolección de una muestra de orina para el análisis rutinario, que se efectúa con el fin de obtener un tamizaje adecuado para la detección de anomalías químicas y morfológicas.

Objetivos:

- ✓ Verificarla la presencia, en la orina, de hematuria, piuria, cilindruria, cristaluria y otros signos.
- ✓ Determinar las características fisicoquímicas, como apariencia, gravedad específica y medir constituyentes químicos.

Niveles de atención.

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Bajo.

Material y equipo:

- ✓ Azafate que contenga:
 - Riñón estéril
 - Agua estéril o suero fisiológico.
- ✓ Recipiente para envasar la muestra de orina.
- ✓ Etiqueta con la identificación del usuario(a).
- ✓ Orden de solicitud de laboratorio.
- ✓ Guantes.
- ✓ Papel higiénico.
- ✓ Orinal o bidé.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Programa Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud.



- ✓ Verificar que estén completos los datos del usuario(a) (a), en la orden de laboratorio.
- ✓ Realizar lavado de manos según procedimiento.
- ✓ Identificar e instruir al usuario(a) con relación al procedimiento.

TÉCNICA PARA MUJERES:

- ✓ Se lavan las manos cuidadosamente con agua y jabón; se enjuagan con agua y se secan con una toalla limpia.
- ✓ Se abre el recipiente dejando la tapa boca arriba
- ✓ Se separan los labios mayores y menores y se mantienen separados en todo momento hasta que se haya recogido la orina.
- ✓ Con una gasa enjabonada se lava bien la vulva pasándola de delante a atrás; se repite el proceso cuatro veces.
- ✓ Se enjuaga cuidadosamente con agua estéril o suero salino, para eliminar los restos de jabón.
- ✓ Se indica a la usuaria que orine desechando los primeros 20- 25 ml de orina, tras lo cual y sin interrumpir la micción, se recoge el resto de la orina en el recipiente.
- ✓ El frasco debe sujetarse para que no tome contacto con piernas, vulva o ropa de la usuaria. Los dedos no deben tocar el borde del frasco o superficie interior.

TÉCNICA PARA HOMBRES

- ✓ Se lavan las manos con agua y jabón
- ✓ Se retrae completamente el prepucio y se mantiene así en todo momento, hasta que se haya recogido la orina.
- ✓ Se limpia el glande con jabón neutro.
- ✓ Se eliminan los restos de jabón enjuagándolo con agua estéril o suero salino.
- ✓ Se desechan los primeros 20-25 ml, para recoger el resto de orina en el recipiente estéril, sin interrumpir la micción.

TÉCNICA PARA NIÑOS

En niños y niñas pequeños, los uro cultivos se recogen de la siguiente manera:

- ✓ Comunicar a los padres lo que se va a realizar.
- ✓ Lavarse las manos
- ✓ Ponerse los guantes.
- ✓ Limpiar bien la zona próxima al meato uretral con la esponja:

-Si es una niña, lavar de arriba abajo (desde el clítoris hacia vagina)



-Si es un niño limpiar el glande lo que se pueda.

- ✓ Secar bien la zona (primero con unas gasas la zona próxima a meato y posteriormente la zona externa).
- ✓ Abrir la bolsa
- ✓ Retirar el papel que recubre el adhesivo, teniendo cuidado de no manipular la parte interna.
- ✓ Fijar la bolsa, pegando los bordes en los labios mayores (en el caso de las niñas) y en la zona de alrededor del pene (en el caso de los niños).
- ✓ Cambiar la bolsa cada 30 minutos en caso de que la muestra sea para urocultivo, volviendo a lavar la zona.
- ✓ Etiquetar el recipiente.
- ✓ Enviar la muestra a laboratorio.
- ✓ Facilitar privacidad al usuario(a), para realizar el procedimiento.
- ✓ Trasladar el equipo completo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Explicar al usuario(a) los pasos para recoger la muestra de orina, si está en capacidad de hacerlo solo:
 - efectuar higiene de manos.
 - realizar higiene de los genitales con agua y jabón; preferiblemente, debe ser la primera orina de la mañana.
- ✓ Colocarse los guantes con el fin de sea usted quien recolecte la muestra, si el usuario(a) no está en capacidad de hacerlo por sí mismo.
- ✓ Indicarle al usuario(a), si está en capacidad de recoger la muestra, que efectúe el lavado de manos según procedimiento.
- ✓ Realizar por parte del personal de enfermería higiene de sus genitales con agua y jabón.
- ✓ Indicar al usuario(a) que utilice el bidé u orinal.
- ✓ Solicitar al usuario(a) que inicie la micción.
- ✓ Indicar al usuario(a) que, al iniciar la micción, coloque inmediatamente el frasco bajo el chorro de orina y recoja una cantidad representativa para la muestra.
- ✓ Solicitar al usuario(a), que retire el frasco con la muestra de orina, antes de que interrumpa la micción.
- ✓ Permitir al usuario(a) completar la micción, utilizando el orinal (en el caso de los varones) o el bidé (en el caso de las mujeres).
- ✓ Si la micción se efectuó en el bidé u orinal, verter la orina en el frasco respectivo para laboratorio, previa colocación de guantes.
- ✓ Solicitar al usuario(a) efectuarse, el lavado de manos nuevamente según procedimiento.
- ✓ Verificar que el usuario(a) quede cómodo en su unidad.
- ✓ Rotular la muestra de orina y enviarla al laboratorio con datos del usuario(a).



- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, siguiendo las Normas Institucionales para la Prevención, Control de Infecciones Intrahospitalarias y Manejo de Desechos Sólidos Hospitalarios.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Contaminación de la muestra.
- ✓ Infecciones cruzadas, si no se aplican las medidas de seguridad en el transporte de la muestra de orina.

16.12 Nombre del procedimiento: Recolección de muestra de orina para uro cultivo

Definición:

Corresponde a la intervención de enfermería durante la recolección de muestra de orina para uro cultivo.

Objetivo:

- ✓ Favorecer la detección de gérmenes patógenos y determinación diagnóstica.

Niveles de atención

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.
- ✓ Alto.

Material y equipo:

- ✓ Bandeja que contenga:
 - Equipo para realizar aseo perineal.
 - Vasija riñonera estéril.
 - Recipiente estéril proveniente del laboratorio clínico.
 - Etiqueta para identificar la muestra.
 - Orden "Solicitud para examen de laboratorio".
 - 1 Par de guantes estériles.
 - Bidé u orinal



Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a)
- ✓ Verificar la indicación y los datos en la orden “Solicitud de examen al Laboratorio”
- ✓ Completar los datos del usuario(a) en la etiqueta del frasco estéril para muestra de urocultivo.
- ✓ Identificar al usuario(a) e informarle sobre el procedimiento.
- ✓ Ofrecer al usuario(a) jabón desinfectante otro recipiente para agua, un riñón estéril, cuadros de gasa y el frasco estéril para muestra de orina.
- ✓ Indicar al usuario(a) lavarse cuidadosamente los genitales con jabón y agua. Indicarle que descarte la primera porción de orina y que detenga la micción para luego continuar.
- ✓ Recolectar la última porción de orina directamente en el riñón estéril.
- ✓ Verter la muestra de orina en el frasco estéril.
- ✓ Tapar de inmediato el frasco sin tocar el interior de la tapa.
- ✓ Adherir la etiqueta al frasco que contiene la muestra de orina.
- ✓ Enviar la muestra al laboratorio lo más pronto posible.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Observación.

- ✓ La higiene del área genital previene la invasión microbiana al sistema urinario y la contaminación de la muestra.

Riesgo relacionado con el procedimiento.

- ✓ Contaminación de la muestra.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Contaminación de la muestra.
- ✓ Infecciones cruzadas si no se aplican medidas de seguridad en el manejo de la muestra de orina.

16.13 Nombre del Procedimiento: Recolección de orina en 12 horas y 24 horas

Definición:

La recolección de orina en 24 horas es un procedimiento de diagnóstico simple que mide los componentes de la orina. La prueba no es invasiva (no se perfora la



piel) y se usa para evaluar la función renal. Es un procedimiento seguro generalmente se realiza sin ayuda directa.

Durante el procedimiento

La recolección de orina en 24 horas puede realizarse de forma ambulatoria o como parte de su internación en un hospital. Los procedimientos pueden variar en función de su estado y de las prácticas de su médico.

En general, la recolección de orina en 24 horas sigue este proceso:

1. Le entregarán uno o más recipientes para recoger y conservar la orina. En general, se usa un recipiente marrón de plástico para conservar la orina. Pueden usarse distintos tipos de recipientes para recoger la orina. Será necesario que transfiera la orina del recipiente de recolección al recipiente de almacenamiento en el cual se mantendrá fría.
2. La recolección en 24 horas puede comenzar en cualquier momento durante el día después de que orine. Sin embargo, en general se comienza la recolección a primera hora de la mañana. Es importante recoger toda la orina en el siguiente período de 24 horas.
3. La primera orina de la mañana se descarta y se anota la hora, se inicia la recolección. Esta será la hora de comienzo de la recolección en 24 horas.
4. Se conservará toda la orina después de esta muestra desechada, se almacenará y mantendrá fría, con hielo o en la heladera, durante las siguientes 24 horas.
5. Intente orinar nuevamente a la misma hora, 24 horas después de la hora de comienzo, para terminar el proceso de recolección, pero si no puede orinar en ese momento, no es un problema.
6. Una vez finalizada la recolección de orina, los recipientes con la orina se llevarán al laboratorio. Si está haciendo la recolección de orina en su hogar, recibirá instrucciones de cómo y dónde transportar la muestra.
7. El procedimiento concluye en este momento. En función de su condición clínica específica, es posible que se le pida que realizar la prueba durante varios días consecutivos.

Objetivo:

- ✓ Favorecer la identificación o confirmación diagnóstica.

Niveles de atención.

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad.

- ✓ Medio.
- ✓ Bajo.



Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiantes,
- ✓ Usuario(a).
- ✓ Cuidador

Material y equipo:

- ✓ 1 Recipiente con tapa que provee el laboratorio clínico.
- ✓ Etiqueta con los datos de identificación del usuario(a) y la muestra.
- ✓ Bidé u orinal según corresponda.
- ✓ Orden para solicitud del examen a laboratorio.

Actividades:

- ✓ Revisar el expediente de salud.
- ✓ Verificar los datos de la solicitud de examen.
- ✓ Verificar la procedencia del recipiente.
- ✓ Identificar al usuario(a) e instruirlo acerca del procedimiento.
- ✓ Ejecutar higiene de manos.
- ✓ Preparar el equipo completo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Completar los datos del usuario(a) y de la muestra en la etiqueta.
- ✓ Registrar en forma visible la fecha y hora de inicio y finalización de la recolección.
- ✓ Instruir al usuario(a) que lavarse las manos antes de cada micción y cómo depositarla en el recipiente.
- ✓ Indicar al usuario(a) que miccione hasta dejar la vejiga vacía.
- ✓ Verificar que descarta la primera micción y, a partir de ese momento, iniciar la recolección durante 2 ó 24 horas, según esté indicado.
- ✓ Indicar al varón recoger la orina directamente en el recipiente entregado para ello.
- ✓ Proporcionar a las mujeres una vasija riñonera de acero inoxidable cada vez que desea miccionar e indicarle que deposite todo el contenido en el recipiente.
- ✓ Al cumplir las 2 o las 24 horas, retirar el recipiente con toda la orina.
- ✓ Verificar los datos del usuario(a) y de la muestra en la etiqueta adherida al recipiente.
- ✓ Adjuntar la orden "Solicitud de examen".
- ✓ Enviar la muestra a laboratorio.
- ✓ Elaborar las notas de enfermería de inicio y de finalización del procedimiento, siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL		Página 449 de 492
GERENCIA MÉDICA		
Manual Técnico	Manual de Procedimientos de Enfermería	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Observación.

- ✓ El transporte seguro de las muestras de orina previene infecciones cruzadas.

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Infecciones cruzadas si no se aplican medidas de seguridad en el manejo de la muestra de orina.



CAPÍTULO XVII: CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN AFECCIONES DEL SISTEMA TEGUMENTARIO

Conceptos generales.

El sistema tegumentario está formado por la piel y los anexos o faneras.

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 queratinizado, 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 lobulillos 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 lobulillos 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.

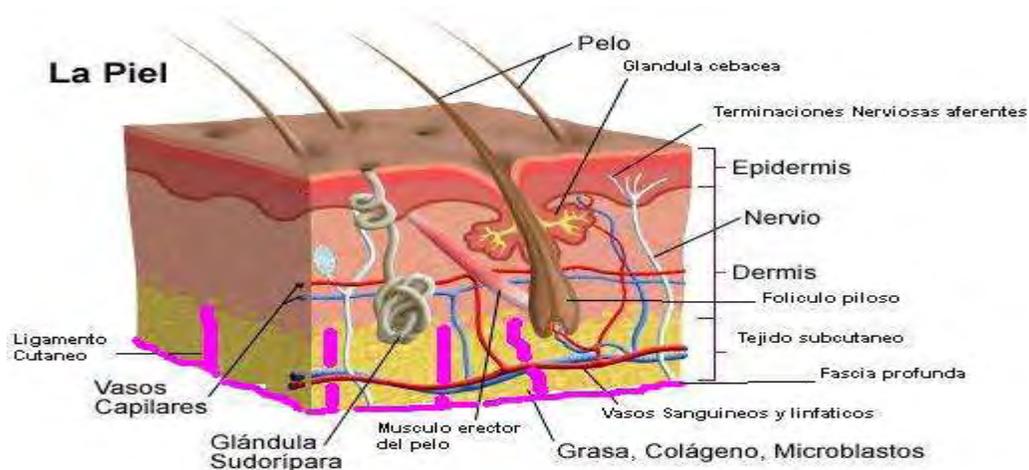


Imagen con fines ilustrativos.



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 acarrean 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 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.

17.1 Nombre del 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 usuario(a).
- ✓ Estimular la cicatrización y lograrla en el menor tiempo posible.
- ✓ Evitar secuelas y optimizar resultados estéticos.



Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel complejidad:

- ✓ Alto (según tipo de heridas; ver observaciones)
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

Parte superior del carro para curación:

- ✓ Bandeja de acero inoxidable
- ✓ 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%.
- ✓ Esparadrapo o microporo
- ✓ Cuadros de gasa
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Equipo de protección personal.

En la parte inferior del carro:

- ✓ Riñón con solución desinfectante.
- ✓ Tijera punta roma estéril.
- ✓ Bolsa de papel protegida con palangana u otro recipiente

Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Verificar la indicación de medicamentos para aplicar a la herida.
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a), informarle y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Dar privacidad al usuario(a) 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 una sábana pequeña “para tratamiento”
- ✓ 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 el riñón 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 el riñón con solución desinfectante.
- 3- Descartar la pinza en el riñón 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 usuario y el personal durante el procedimiento.
- 7- Orientar al usuario sobre el cuidado posterior de la herida y posibles complicaciones.
- 8- Dejar al usuario cómodo y la unidad en orden
- 9- Realizar cuidado posterior al equipo.
- 10- Hacer nota de enfermería especificando:
 - Fecha y hora
 - Condición de la herida (sangrado, enrojecimiento, afrontamiento de los bordes.
 - Cantidad, color, consistencia y olor de líquidos drenados.
 - Nombre de la enfermera (o), con su número de licencia.
- ✓ 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.
- ✓ Anotar la fecha, el turno y el nombre de la persona que realizó la curación.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones

- ✓ El equipo completo ahorra energía y tiempo.
- ✓ La identificación previene errores y la información favorece la colaboración y disminuye la ansiedad del usuario(a)
- ✓ La privacidad da confianza y seguridad usuario(a).
- ✓ 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 usuario(a).



- ✓ 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.
- ✓ La nota 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.

17.2 Nombre del procedimiento: Aplicación de dispositivo de drenaje a heridas (VAC)

Definición:

Es el suministro de presión negativa a una la herida, a la cual se aplica un tubo de drenaje y un apósito de espuma (Granulo Foam) en forma continua o intermitente; por ejemplo, 5 minutos sí y 2 minutos no.

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.



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio por delegación.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Equipo de protección personal.

Parte superior del carro para curación:

- ✓ Bandeja de acero inoxidable (azafate)
- ✓ 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%.
- ✓ Cuadros de gasa
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Equipo de protección personal.

En la parte inferior del carro:

- ✓ Riñón con solución desinfectante.
- ✓ Palangana con bolsa o basurero específico para curación.

Unidad de terapia VAC.

- ✓ Canister o reservorio para unidad de terapia VAC.
- ✓ Set desechable para terapia VAC con: esponja corriente o de plata, conexión con ventosa y lámina selladora de plástico.
- ✓ Campo abierto estéril.
- ✓ Tijera estéril.
- ✓ Guantes estériles.



Actividades

- ✓ Revisar el expediente de salud del usuario(a)
- ✓ Verificar la indicación de terapia VAC.
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a) o sitio donde se realizará el procedimiento.
- ✓ Identificar al usuario(a), informarle y solicitar el consentimiento .
- ✓ Solicitar al usuario(a) que se coloque en la camilla o silla (ayudarlo, si es necesario), dependiendo del sitio anatómico donde se localiza la lesión.
- ✓ Dar privacidad al usuario(a) 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.
- ✓ Abrir y colocar sobre el azafate estéril el campo, las tijeras y el contenido del set desechable de terapia VAC: esponja, conexión y plástico adhesivo.
- ✓ Colocarse guantes estériles.
- ✓ Colocar el campo abierto estéril sobre la zona a tratar.
- ✓ Cortar con la tijera estéril la esponja dándole la forma de la herida o heridas (si hay más de una), aproximadamente un centímetro menos del tamaño de esta. Si la herida es superficial, cortar la esponja para darle el grosor apropiado.
- ✓ Hacer el puente entre las heridas: cortar el plástico adhesivo y la esponja del tamaño apropiado para cubrir la piel entre las úlceras menores y la principal. Colocar primero el plástico adhesivo sobre la piel y sobre él la esponja.
- ✓ Colocar las esponjas sobre las heridas; cubrir con cintas de plástico adhesivo y sellarlas herméticamente
- ✓ Hacer un orificio con la tijera sobre la esponja sellada de la úlcera principal. Retirar el protector que cubre la ventosa de la conexión y aplicar esta sobre el orificio sellando herméticamente.
- ✓ Rotular con la fecha, el turno y el nombre de la persona que realizó el procedimiento, si el usuario está hospitalizado.
- ✓ Adaptar el otro extremo de la conexión al canister o reservorio y adaptar este a la unidad de terapia VAC.
- ✓ Encender la unidad de terapia VAC y programar de acuerdo a indicaciones en modo continuo o intermitente y la fuerza de vacío.
- ✓ Informar al usuario sobre los cuidados:
- ✓ La duración de la batería es de 12 horas; se recomienda cargarla durante la noche.
- ✓ Cambiar el caníster o reservorio si se llena.



- ✓ Suspender el tratamiento, en caso de fuga de secreciones y sangrado. (Si es ambulatorio, presentarse a la consulta para valorar). Recolocar, si hay fugas y solicitar valoración médica si hay sangrado.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo y la unidad en orden si está hospitalizado.
- ✓ Dar cuidado al equipo, posteriormente, y descartar desechos según norma.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones:

- ✓ La esponja no debe quedar sobre la piel íntegra.

Riesgos:

- ✓ Deshidratación por pérdida excesiva de líquidos.
- ✓ Sangrado por compromiso de vasos sanguíneos.
- ✓ Reacción alérgica al plástico adhesivo.
- ✓ Bradicardia por compromiso del nervio vago.

17.3 Nombre del procedimiento: Retiro de grapas y suturas

Definición:

Es el mecanismo para remover suturas y grapas 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 usuario(a).

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa Formación de Auxiliares de Enfermería.



Material y equipo:

- ✓ Carro para curación que contenga en la parte superior:
 - Bandeja de acero inoxidable.
 - 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.
 - Material adhesivo para fijar el apósito.
 - Cuadros de gasa
 - Sábana de tratamiento.
 - Equipo para retirar suturas y grapas

En la parte inferior del carro:

- ✓ Riñón con solución desinfectante.
- ✓ Palangana con bolsa de plástica según normas para la PIIH y MDSB.

Actividades:

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud.
- ✓ Preparar el equipo y trasladar al usuario a la unidad o sitio donde realizará el procedimiento.
- ✓ Identificar al usuario(a), informarle y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Dar privacidad con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Ayudar al usuario(a) 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 hay dehiscencia de 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 grapas

- ✓ Previa revisión de la indicación médica y limpieza de la herida se procede al retiro de las grapas.
- ✓ El procedimiento se realiza utilizando un instrumento denominado quita grapas.
- ✓ Introducir el quita grapas debajo de la piel, entre la piel y la grapa, en el centro de la grapa.
- ✓ El quita grapas se introduce hasta el fondo, en un solo movimiento, ejerciendo presión; de esta manera los dientes de las grapas salen de la piel por sí solos, sin maltratar al usuario(a).
- ✓ Limpiar y secar el área si es necesario
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Dar el cuidado equipo posteriormente.
- ✓ Registrar en la nota de enfermería, siguiendo los criterios de calidad preestablecidos.

Observaciones:

- ✓ El conocer el procedimiento a realizar aumenta la colaboración por parte del usuario(a).
- ✓ El espacio privado para realizar el procedimiento preserva los derechos del usuario(a) 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 las grapas y suturas se retiren completamente; de lo contrario, podrían originar procesos infecciosos locales.

Riesgos relacionados con el procedimiento:

- ✓ Infección nosocomial.
- ✓ Dolor local.

17.4 Nombre del 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 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.
- ✓ Evaluar la eficacia del tratamiento aplicado.
- ✓ Favorecer la autoestima

Niveles de atención:

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Asistente de pacientes.

Material y equipos:

Curación del usuario(a) sin sedación.

- ✓ Carro de curación.
- ✓ Bandeja estéril de acero inoxidable.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Campo estéril.
- ✓ Jabón líquido antiéptico.
- ✓ Cuadros de gasas estériles.
- ✓ Vendas semielásticas.
- ✓ Tijera estéril.
- ✓ Tratamiento según indicación médica (analgésico, sulfadiacina de plata, apósitos hidrocoloides, gasa vaselinada).
- ✓ Equipo de curación.
- ✓ Sábanas estériles.
- ✓ Cinta adhesiva tipo micropore.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Cubrebocas.
- ✓ Botas.
- ✓ Bata estéril
- ✓ Anteojos protectores.
- ✓ Espátulas estériles
- ✓ Aceite mineral.
- ✓ Recipiente con solución desinfectante.
- ✓ Expediente de salud.



- ✓ Bolígrafo con tinta azul o negra
- ✓ Recipiente para descartar desechos

Curación de usuario(a) bajo sedación.

Equipar la sala de curación con:

- ✓ Equipo de venodisección.
- ✓ Equipo de ORL (otorrinolaringología).
- ✓ Hojas de bisturí.
- ✓ Jeringas, agujas, tubos para muestra de laboratorio, frotis y cultivo.
- ✓ Riñones estériles.
- ✓ Vendas elásticas.
- ✓ Equipo para debridación (cuchilla de Humby).
- ✓ Camilla desinfectada.
- ✓ Tabla de transferencia de usuarios(as).
- ✓ Delantal estéril, gorro, cubrebocas, botas, anteojos.
- ✓ Ropa estéril para el usuario(a).
- ✓ Cinta adhesiva tipo micro poro.
- ✓ Tanque de Hubbarth.
- ✓ Solución desinfectante.
- ✓ Máquina de anestesia.
- ✓ Oxígeno y aire comprimido.
- ✓ Equipo para oxígeno terapia (cánula de Mayo, cánula nasal, tubo endotraqueal y mascarillas).
- ✓ Medicamentos de uso anestésico.
- ✓ Solución de cloruro de sodio.

Actividades

- ✓ Descripción del procedimiento sin sedación
- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario; informarle según su condición y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Dar privacidad al usuario con biombos, cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Aplicar la analgesia indicada al usuario(a).
- ✓ Colocar al usuario(a) 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 usuario(a).
- ✓ 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 (sulfadiazina de plata, apósito hidrocoloide, gasa vaselinada, otros) con espátulas estériles.
- ✓ Cubrir la piel lesionada con gasa estéril y colocar vendaje. Rotular con la fecha, el turno y el nombre del funcionario que realizó la curación.
- ✓ Medir y registrar los signos vitales.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo en su unidad y los dispositivos funcionando.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas.

Si el usuario(a) es curado bajo sedación

- ✓ Verificar que el usuario(a) se encuentre nada vía oral.
- ✓ Verificar que el área de la sala y el tanque de Hubbarth estén debidamente limpios.
- ✓ Trasladar al usuario(a) en camilla hasta el cuarto específico para curaciones y colocarlo en el tanque de Hubbarth.
- ✓ Lavarse las manos según procedimiento.
- ✓ Colocarse delantal, gorro, cubrebocas, anteojos protectores, botas y guantes estériles.
- ✓ Preparar el campo estéril (material, equipo quirúrgico necesario).
- ✓ Realizar aseo personal en caso de que se trate de un "Gran Quemado".
- ✓ Monitorear constantes vitales.
- ✓ Verificar la permeabilidad de las vías endovenosas.
- ✓ Asistir al médico en la aplicación del tratamiento indicado y en la colocación del vendaje apropiado.
- ✓ Vestir al usuario(a) con ropa estéril.
- ✓ Trasladar al usuario(a) en camilla hasta su unidad.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo en su unidad y con los dispositivos que requiera funcionando.
- ✓ Medir, registrar y valorar signos vitales.
- ✓ Elaborar nota de enfermería siguiendo criterios de calidad establecidos.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas institucionales.
- ✓ Realizar la limpieza y desinfección del tanque Hubbarth, según normativa.
- ✓ Verificar que se realice la limpieza de piso.

Observaciones:

- ✓ La analgesia disminuye el dolor y la ansiedad y facilita la cooperación del usuario(a).
- ✓ El uso de barreras de protección previene la transmisión microbiana.



Riesgos relacionados con el procedimiento.

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

17.5 Nombre del 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 usuario(a) y a la institución.
- ✓ Agilizar el proceso de cicatrización.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Alto.
- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería con acompañamiento del docente asignado.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

- ✓ Manual de Úlceras por presión y Decúbito
- ✓ Equipo para curación.
- ✓ Tubo de ensayo y aplicadores.
- ✓ Equipo para debridación.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Agua estéril
- ✓ Gasa estéril.
- ✓ Material debridante según indicación médica.
- ✓ Material para absorción y eliminación de exudados según indicación.
- ✓ Material para cicatrizar.



- ✓ Jabón líquido antiséptico.
- ✓ Gasa vaselinada.
- ✓ Crema de óxido zinc.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos.

Actividades:

- ✓ Revisar la indicación médica en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a), informarle sobre el procedimiento y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Dar privacidad al usuario(a) 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 frotis y 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 usuario(a) los cuidados que debe tener según el material aplicado.
- ✓ Rotular con los datos de identificación del usuario(a) la muestra obtenida y enviarla al laboratorio para el estudio de frotis y cultivo.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo criterios de calidad establecidos y anotar la clasificación y las características de la úlcera.

Observaciones:

Materiales especiales para agilizar la cicatrización de las úlceras



- Películas transparentes.
 - Apósitos hidrocoloides con capa extra absorbente.
 - Apósitos hidrocoloides liofilizados. (Hidrofibra).
 - Hidrogeles.
- ✓ 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.

Definiciones:

Apósitos hidrocoloides: son un film sintético que contiene partículas hidrofílicas como la Baraya, carboximetilcelulosa sódica, gelatina y pectina que, al contacto con la herida, absorben los exudados y los restos de necrosis, convirtiéndose en un gel coloidal, favoreciendo la revascularización y la formación de tejido de granulación y epitelización. Pueden permanecer en la herida de 3 a 7 días.

Alginatos de calcio: son mechas, cuerdas, láminas o parches elaborados con polisacáridos naturales que se encuentran en la pared celular y en los espacios intercelulares de las algas marinas, que se estabilizan con iones de calcio formándose la fibra de alginato; tienen alto efecto desbridante y capacidad de estimular la reepitelización de fibroblastos.

Apósitos supra absorbentes: pueden ser los siguientes:

Almohadilla formada de un poliuretano supe absorbente empapado de una solución Ringer; facilita la autólisis y el tejido de granulación.

Viscosa/poliéster: apósito impregnado de solución cloruro de sodio; estimula el desbridamiento y la limpieza de la herida.

Hidropolímeros: fibras hidrocélulas absorbentes encapsuladas en una película alveolar perforada.

Bactericidas: apósitos, láminas, parches que llevan incorporados a su tejido de red sin tejer, partículas o iones de carbón y plata.

(El desbridamiento puede ser: quirúrgico, auto lítico, osmótico o enzimático)

Riesgos relacionados con el procedimiento.

- ✓ Dolor local severo.



17.6 Nombre del procedimiento: Irrigación de úlceras

Definición:

Es la acción que permite mantener la humedad en una zona de la piel afectada por úlceras varicosas.

Objetivo:

- ✓ Humedecer en forma continua la zona ulcerada para favorecer la cicatrización de la úlcera varicosa.

Niveles de atención:

- ✓ I, II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o).
- ✓ Estudiante de enfermería.
- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiante del Programa de Formación de Auxiliares de Enfermería.

Material y equipo:

Carro de tratamiento que contiene en su parte superior:

- ✓ Equipo de curación.
- ✓ Jabón líquido antiséptico
- ✓ Guantes.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Torundas de gasa estéril.
- ✓ Venda de gasa.
- ✓ Solución indicada para la irrigación.
- ✓ Conexión desechable para suero.
- ✓ Canasta de protección.
- ✓ Ahulado.
- ✓ Soporte para soluciones.
- ✓ Expediente de salud.
- ✓ Bolígrafo con tinta de color azul o negra.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos.



En la parte inferior del carro:

- ✓ Palangana de curación bolsa plástica.
- ✓ Sábana de tratamiento.
- ✓ Sábana grande.
- ✓ Riñón con solución desinfectante.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Preparar la solución para irrigar según procedimiento de preparación de soluciones endovenosas)
- ✓ Preparar el resto del equipo y trasladar a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario, informarle y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Colocar la solución para irrigar, en el soporte para soluciones.
- ✓ Dar privacidad al usuario(a), con biombos cortinas o cerrando la puerta.
- ✓ Ayudar al usuario(a) a colocarse en posición decúbito dorsal u otra según se requiera.
- ✓ Colocar el ahulado bajo la zona a tratar y cubrirla con la sábana doblada en cuatro partes.
- ✓ Realizar higiene de manos según procedimiento.
- ✓ Colocarse guantes limpios y retirar los apósitos si hay. Retirarse los guantes. Realizar higiene de manos y colocarse guantes estériles.
- ✓ Realizar curación en la región ulcerada según procedimiento.
- ✓ Colocar apósitos de gasa y vendaje a la zona ulcerada. Colocar y sujetar con los vendajes el extremo libre de la conexión (sin aguja) adaptada a la solución para irrigar.
- ✓ Retirar la sábana y colocar una limpia.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición Trendelemburg.
- ✓ Colocar el arco a la cama (ver Procedimiento cama de arco).
- ✓ Abrir la llave reguladora de goteo de la conexión de la solución para irrigar; remojar el vendaje y luego regular a goteo lento continuo.
- ✓ Reponer la solución para irrigar cuantas veces sea necesario.
- ✓ Cambiar de ropa de cama al usuario(a) cada vez que sea necesario para darle comodidad.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones:

- ✓ La posición de Trendelemburg favorece el retorno venoso.
- ✓ La humedad de la ropa de cama produce incomodidad en el usuario(a) y favorece la transmisión microbiana.



Riesgos.

- ✓ Infección local de las lesiones por invasión microbiana.

17.7 Nombre del procedimiento: Colocación de Bota de Unna

Definición:

Es un tipo de vendaje compresivo que produce un satisfactorio apoyo hemodinámico y comodidad al usuario(a); carece de presión en reposo y su característica primordial es que contiene la hiperpresión venosa durante el ortostatismo.

Bota de Unna: Vendaje impregnado de una pasta, que es una mezcla de glicerina, gelatina, óxido, zinc y agua.

Objetivos:

- ✓ Reducir el edema para evitar estasis e hiperpresión en el miembro).
- ✓ Mejorar el retorno venoso.
- ✓ Favorecer el tejido de granulación.
- ✓ Proporcionar estabilidad al miembro afectado.

Niveles de atención.

- ✓ I, II y III

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Enfermera(o)
- ✓ Estudiantes con supervisión.

Material y equipo:

- ✓ Camilla o silla especialmente adaptada.
- ✓ Mesa de Mayo o carro de curación.
- ✓ Azafate estéril.
- ✓ Equipo de curación.
- ✓ Cureta.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Guantes descartables.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Torundas de gasa.
- ✓ Cuadros de gasa.
- ✓ Bandeja riñonera con solución desinfectante.
- ✓ 1 Bota de Unna.
- ✓ 1 Venda de Kling.



- ✓ 2 Vendas elásticas.
- ✓ Gasa vaselinada.
- ✓ Gel debridante, cicatrizante y regenerativo.
- ✓ Aceite mineral.
- ✓ Crema óxido de zinc.
- ✓ Crema de rosas más betametazona.
- ✓ Espátula estéril.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Preparar el equipo; trasladarlo al sitio donde se atenderá al usuario(a) y colocarlo en la mesa de Mayo.
- ✓ Identificar al usuario(a), informarle sobre el procedimiento y solicitarle el consentimiento
- ✓ Dar privacidad al usuario con biombos, cortina o cerrando la puerta.
- ✓ Colocar al usuario(a) en posición de Trendelemburg (únicamente para medir el pulso distal); localizar y medir el pulso distal.
- ✓ Solicitar (o ayudarle) al usuario a colocarse en la camilla o silla especial para el tratamiento.
- ✓ Realizar higiene de manos y colocarse el equipo de protección personal.
- ✓ Descubrir el área a tratar. Retirar vendajes si los hay y descartar en el recipiente para desechos.
- ✓ Si el usuario(a) viene para cambio de Botta de Unna, aplicar aceite mineral para retirar las cremas colocadas en el procedimiento anterior.
- ✓ Quitarse los guantes. Realizar higiene de manos y colocarse guantes estériles.
- ✓ Realizar curación de la lesión del usuario(a) únicamente con agua. Utilizar jabón solo en caso de que esté muy infectada. Seguir los pasos y principios del procedimiento Curación de heridas.
- ✓ Debridar la herida con la cureta si es necesario. Descartar la cureta en la vasija riñonera con desinfectante.
- ✓ Aplicar con la espátula una película de crema de óxido de zinc, de los bordes de las úlceras hacia afuera, formando un círculo del tamaño que considere apropiado.
- ✓ Mezclar crema de rosas y betametazona y cubrir el resto de la piel en forma circular.
- ✓ Aplicar sobre la herida una película de gel debridante si la lesión es profunda), cicatrizante o regenerativo, según indicación, para otro tipo de lesiones.
- ✓ Cortar con la tijera estéril una porción de gasa vaselinada suficiente para cubrir la lesión y colocarla sobre ella.



- ✓ Colocar la Botta de Unna. Iniciar colocando el extremo de venda detrás del tobillo. Deslizar transversalmente hasta la base de los dedos. Continuar en forma circular hacia la rodilla dejando un traslape del 75% entre una vuelta y la siguiente. Terminar una o dos pulgadas bajo la rodilla. Alisar y acomodar el vendaje con las manos hasta no dejar arrugas.
- ✓ Colocar la venda de Kling sobre la Botta de Unna cubriéndola totalmente. Seguir los pasos anteriores.
- ✓ Colocar las vendas elásticas formando espiga. Seguir los pasos y principios del procedimiento de colocación de vendas elásticas en miembros inferiores. Cubrir totalmente el área de la Botta de Unna.
- ✓ Informar al usuario(a) los cuidados: quitarse la Botta si presenta ardor excesivo, cubrir con bolsa plástica la Botta de Unna durante el baño para evitar que se moje, retirarse el vendaje elástico para dormir y regresar en ocho días, o antes, para cambiarla si el exudado es abundante.
- ✓ Dar cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas.
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observaciones:

- ✓ El pulso distal en posición de trendelenburg evidencia la presión ejercida en el área y descarta la insuficiencia arterial.
- ✓ Las vendas elásticas colocadas en forma ascendente sin arrugas previenen lesiones y favorece el retorno venoso.
- ✓ El vendaje elástico mejora la circulación.

Riesgos:

- ✓ Reacción alérgica local a los componentes de la bota de Unna.
- ✓ Falla en la técnica en la aplicación.



17.8 Nombre del 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.

Niveles de atención

- ✓ II y III.

Nivel de complejidad:

- ✓ Medio.

Recursos humanos:

- ✓ Auxiliar de enfermería.
- ✓ Estudiantes con supervisión.

Material y equipo:

Azafate que contenga:

- ✓ Equipo de curación.
- ✓ Tijera estéril.
- ✓ Tubo de ensayo con aplicadores.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Equipo de protección personal.
- ✓ Recipiente para descartar desechos según Normas de Prevención y Control de Infecciones y Manejo de Desechos Sólidos.

Actividades

- ✓ Revisar la indicación en el expediente de salud del usuario(a).
- ✓ Preparar el equipo y trasladarlo a la unidad del usuario(a).
- ✓ Identificar al usuario(a), informarle sobre el procedimiento y solicitarle el consentimiento.
- ✓ Dar privacidad al usuario con biombo, cortina o cerrando la puerta.
- ✓ Descubrir el área a tratar en el usuario(a).
- ✓ 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 usuario(a) y enviarla al laboratorio de inmediato.
- ✓ Dejar al usuario(a) cómodo y la unidad en orden.
- ✓ Realizar el cuidado al equipo posteriormente y descartar desechos según normas
- ✓ Elaborar la nota de enfermería siguiendo los criterios de calidad establecidos.

Observación.

- ✓ 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.



11 CONTACTOS PARA CONSULTAS

Persona	Área de trabajo	Teléfono- e-mail
Dra. Carmen Loaiza Madriz	ARSDT, Jefe Coordinación Nacional de Enfermería	25390918
Dra. Alejandra Trejos Chacón	Educadora en Servicio. Hospital Dr. Maximiliano Peralta.	83111572 atrejoshmp.sa.cr aletrejos2731gmail.com amtrejosccss.sa.cr
Dra. Sonia Román Zeledón	Subdirectora de Enfermería. Hospital Dr. Raúl Cervantes.	25422172 Sromanzeccss.sa.cr
Dra. Ileana Obando Hernández	Directora del programa de Formación de Auxiliares de Enfermería. CENDEISSS	25193068 lohernandezccss.sa.cr



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARS.DT.ENF.311014

10. Anexos

10.1 Proceso Atención de Enfermería



Caja Costarricense de Seguro Social
Centro

N° de identificación

Proceso de Atención de Enfermería

Nombre		Fecha	
Historial de Enfermería			
Ambiente: Describa su vivienda (ventilación, iluminación, animales domésticos, etc) comunidad (otras aldeas, servicios básicos)		Económicos: ¿El ingreso familiar le permite satisfacer las necesidades básicas?	
Conciencia y Conducta: En este momento, ¿quienes son su principal apoyo?		¿Cómo es su relación con familiares, amigos, compañeros y comunidad?	
Describa un día típico (alimentación, ejercicio, descanso, eliminaciones, sueño, uso de tiempo libre, trabajo, comunicación, medicamentos, capacidad de aprendizaje)		Mencione tres cualidades/ aspectos que le gustan y tres que no le gustan de sí mismo. ¿Cómo enfrenta situaciones difíciles en su vida?	
Biológico: ¿Ha estado en contacto recientemente con personas portadoras de alguna enfermedad transmisible?		Descripción del examen físico (cefalocaudal-mental/neurológico)	



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Diagnóstico de enfermedad	Intervenciones

Clasificación del riesgo:

La evaluación del cuidado a las personas, familia y/o comunidad (debe consignarse en el formulario: Nota de Enfermería).

Nombre y parentesco del Informante

Nombre, firma y código del profesional



10.2 Escala de Parroca (usuario hospitalizado)

Instrumento para Clasificación de Pacientes (Perroca 2009.)⁴

Instrucciones

1. Este instrumento para clasificación de pacientes está constituido por nueve áreas de cuidado: Planeamiento y coordinación del Proceso de cuidar, Investigación y Monitoreo, Cuidado corporal y eliminaciones, Cuidados de piel y mucosas, Nutrición e Hidratación, Locomoción y actividad, Terapéutica, Soporte emocional y educación en salud.
2. Cada uno de los indicadores posee graduación de 1 a 4, aportando intensidad creciente de complejidad de cuidado, de forma que, el valor de 1 corresponde al menor nivel de complejidad asistencial y el valor de 4, al máximo nivel de complejidad asistencial.
3. El paciente debe ser clasificado en todos los indicadores, en unos de los 4 niveles que mejor describa la situación en relación a la asistencia de enfermería. En una situación de duda entre dos niveles en cualquiera de las áreas de cuidado, considere siempre el nivel de mayor complejidad asistencial.
4. La suma del valor obtenido (puntaje total), en cada una de las áreas de cuidados, y comparada con los intervalos de puntuación propuestos, conducen a la categoría de cuidado a que el paciente pertenece: cuidados mínimos, cuidados intermedios, cuidados semi_intensivos y cuidados intensivos.
5. Clasifique al paciente diariamente en el horario de mejor conveniencia para la unidad.

Planeamiento y coordinación del proceso de cuidar. (Puntuación _____)

1. Mantenimiento del plan de asistencia de enfermería(SAE)
2. Revisión, en parte, del plan de atención de enfermería(SAE)
3. Elaboración del plan de atención de enfermería (SAE) implica participación de profesionales del equipo de enfermería o requiere asignación de recursos intra-institucionales.
4. Elaboración del plan de atención de enfermería (SAE) implica participación del equipo multidisciplinario o requiere de recursos extra-institucionales de la comunidad.

Investigación y Monitoreo (Puntuación _____)

1. Signos vitales(3 veces al día); exámenes de diagnóstico simple(hasta 15 minutos) evaluación clínica; verificación de otras medidas antropométricas; escalas de medición (1 vez al día)
2. Signos vitales y saturación de oxígeno (3 veces al día), desobstrucción de vía aérea (hasta 3 veces al día); auxilio en exámenes de diagnóstico y terapéuticos de mediana complejidad (15 a 30 minutos); escalas de medición (2 a 3 veces al día).
3. Signos vitales, saturación de oxígeno, Presión arterial media (4 a 6 veces al día) aspiración de vía aérea (4 a 6 veces al día);auxilio en exámenes de diagnóstico y terapéutico de media complejidad (30 a 50 minutos), atención de urgencias; escalas de medición (4 a 6 veces al día)
4. Signos vitales, saturación de oxígeno, Presión intracraneal y otros (mayor de 6 veces al día) cuidados de tubo endo-traqueal o equipos de ventilación mecánica, asistencia en exámenes diagnósticos y terapéuticos tales como hemodiálisis, swan ganz, etc. (mayor de 50 minutos) atención de Paro cardio-respiratorio; escalas de medición (más de 6 veces al día).

⁴ Profa Dra Marcia Galan Perroca, Departamento de Enfermagem Especializada, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Traducido por MSc. Zeidy Vargas Bermudez. Hospital Rafael Angel Calderón Guardia. Setiembre 2011



Cuidado corporal y eliminaciones (Puntuación _____)

1. Autosuficiente.
2. Requiere orientación y o supervisión y o asistencia de enfermería para vestirse, desvestirse, pasar al servicio, ducha, higiene oral. controlar las eliminaciones; afeitado e higiene preoperatoria.
3. Requiere asistencia de enfermería (**hacer**) para las actividades de higiene personal y medidas de confort (hasta 6 veces al día) colocación de orinal, bidé, cambio de pañal, toallas, drenaje y o medición de bolsas colectoras, control de catéteres, dreno, dispositivos para incontinencia urinaria y estomas.
4. Requiere atención de enfermería (**hacer**) para las actividades de higiene personal y medidas de confort (más de 6 veces al día) colocación de orinal, bidé, cambio de pañal, toallas, drenaje y o medición de bolsas colectoras, control de catéter, dreno, dispositivos para incontinencia urinaria y estomas.

Cuidados de piel y mucosas. (Puntuación _____)

1. Orientación y supervisión de medidas preventivas de lesiones de piel y mucosas.
2. Medidas preventivas de lesión de piel y mucosas (masajes, aplicación de cremas u otras) hasta 3 veces al día, **curación** de baja complejidad técnica en una o más áreas del cuerpo (1 vez al día)
3. Medidas preventivas de úlceras por presión (4 a 6 veces al día) **curación** de baja o mediana complejidad técnica en una o más áreas del cuerpo (2 a 3 veces al día); cambios en la posición (hasta 6 veces al día)
4. Medidas preventivas de úlceras por presión (mayor de 6 veces al día), **curación** de mediana complejidad técnica en una o más áreas del cuerpo (más de 3 veces al día); o de alta complejidad técnica (1 vez al día);cambios en la posición (mayor a 6 veces al día)

Nutrición e hidratación (Puntuación _____)

1. Autosuficiente
2. Requiere orientación y o supervisión y o asistencia de enfermería para alimentarse y o ingerir líquidos; control hídrico,
3. Requiere asistencia de enfermería (hacer) para alimentarse e ingerir alimentos por sonda naso gástrica o nasoenteral o estoma (hasta 6 veces al día);
4. Requiere asistencia de enfermería (hacer) para alimentarse e ingerir alimentos por sonda naso gástrica o nasoenteral o estoma (mayor a 6 veces al día); asistencia de enfermería para manipulación de catéteres periféricos o centrales para alimentación y o hidratación.

Locomoción y actividad (Puntuación _____)

1. Autosuficiente
2. Requiere asistencia para deambular (apoyo)y o estímulo, orientación, y supervisión para la movilización de segmentos corporales, de ambulación o uso de artefactos (aparatos ortopédicos, prótesis, muletas, bastones, sillas de ruedas, andaderas),
3. Requiere atención de enfermería para deambular hasta 2 veces al día: pasarse de la cama a la silla o viceversa con auxilio de dos colaboradores, capacitación para deambular y para las actividades de la vida diaria(AVD), transporte dentro de la unidad con acompañamiento del personal de enfermería,
4. Requiere atención de enfermería deambular más de 2 veces al día, pasarse de la cama a la silla o viceversa con auxilio de más de dos colaboradores, capacitación para deambular y para las actividades de la vida diaria (AVD), transporte fuera de la unidad con acompañamiento del personal de enfermería.



Terapéutica (Puntuación _____)

1. Requiere medicación (**1 a 3 veces al día**), colocación y cambio de infusiones (**1 a 2 veces al día**),
2. Requiere medicación (**4 veces al día**), colocación y cambio de infusiones (**3 a 4 veces al día**), cuidados de sonda naso gástrica, nasoenteral y estomas, oxigenoterapia,
3. Requiere medicación (**6 veces al día**), colocación y cambio de infusiones (**5 a 6 veces al día**), **medicación específica para exámenes de diagnóstico y o cirugía (laxante, enemas)**; cuidados de catéter periférico, uso de sangre o derivados, expansores plasmáticos y agentes citostáticos; diálisis peritoneal,
4. Requiere medición cada dos horas u horaria, colocación y cambio de infusiones (más **de 6 veces al día**), uso de drogas vaso activas y otra que exigen mayores cuidados en la administración; cuidados de catéter epidural y central; **hemodiálisis**.

Soporte emocional. (Puntuación _____)

1. Paciente /familia requiere soporte a través de conversación debido a preocupaciones cotidianas y con relación a la enfermedad, tratamiento y proceso de hospitalización,
2. Paciente /familia requiere soporte a través de conversación debido a presencia de ansiedad, angustia, y por quejas o solicitudes continuas.
3. Paciente /familia requiere soporte a través de conversación y soporte psicológico debido a la presencia de apatía, desesperanza, disminución del interés por actividades y aumento de la frecuencia de síntomas de ansiedad;
4. Paciente /familia requiere reiterada conversación y apoyo psicológico; rechazo de cuidados de asistencia de salud, problemas psicosociales.

Educación y Salud (Puntuación _____)

1. Orientación al paciente y familia en la admisión,
2. Orientación al paciente y familia pre y pos operatoria, procedimientos, resultados de exámenes, alta,
3. Orientación al paciente y familia en problemas de comunicación (ciego, sordo, problemas mentales, disturbios de lenguaje), socioculturales y proveniente de otras culturas; con dificultad de comprensión y o resistencia a información recibida, orientación sobre manejo de equipos y/o materiales especiales en el hogar.
4. Orientación reiteradas en paciente/familia sobre autocuidado, orientación y capacitación para la gestión de equipos y / o materiales especiales en el hogar y la realización de procedimientos específicos (diálisis peritoneal, etc.).

Puntuación Total _____

Nivel de cuidado _____

Evaluación del tipo de cuidado

1. **Cuidados intensivos: 25 a 36 puntos.** Cuidados a pacientes graves y recuperables, con riesgo inminente de muerte, sujetos a inestabilidad de las funciones vitales requieren asistencia de enfermería y medica permanente y especializada
2. **Cuidados semi intensivos: 19 a 24 puntos.** Cuidados a pacientes que se recuperaran sin riesgo inminente de muerte, sujetos a la inestabilidad de las funciones vitales, requiere asistencia de enfermería y medica permanente y especializada.
3. **Cuidados intermedios: 13 a 18 puntos.** Cuidados a pacientes estables bajo el punto de vista clínico y de enfermería, con parcial dependencia del profesional de enfermería para satisfacer las necesidades básicas humanas
4. **Cuidado Mínimo: 9 a 12 puntos.** Cuidados a pacientes estables bajo el punto de vista clínico y de enfermería, físicamente autosuficiente como para satisfacer las necesidades humanas básicas.



CAJA COSTARRICENSE DE SEGURO SOCIAL GERENCIA MÉDICA		Página 481 de 492
Manual Técnico	Manual de Procedimientos de Enfermería	Código MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

10.3 Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado (ASA), para el usuario ambulatorio.



Manual

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código

Técnico

MTGMIODSS.ARSDEI.ENF.311014

	1. Nunca	2. Casi nunca	3. Casi siempre	4. Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo				
5. Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud.				
6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora.				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios.				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro.				
19. Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				



22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

Interpretación de Capacidad de Agencia de Autocuidado de la Escala ASA según puntaje obtenido

Puntaje	Interpretación
De 24 a 43	Muy baja Agencia de Autocuidado
De 44 a 62	Baja Agencia de Autocuidado
De 63 a 81	Regular Agencia de Autocuidado
De 82 a 96	Buena Agencia de Autocuidado.

Esta escala tiene la versión original en inglés creada por los autores Isenberg, Evers y colaboradores en 1983 en Holanda y fue validada en su versión en español en Costa Rica por el proyecto denominado "Validación facial de la escala de apreciación de agencia de autocuidado (ASA) para Costa Rica, versión en español N° 421-B2-330 responsable M.Sc Viriam Leiva Díaz. Universidad de Costa Rica.



11. REFERENCIAS

Agüero A. (2004). *Manual de cuidados intensivos pediátricos*. Editorial Publimed ,
Madrid España.

Alvarado M. (1992). *Aspectos éticos y legales de la enfermería*. Costa Rica,
EDNASSS-CCSS.

Asamblea Legislativa de Costa Rica. *Ley N° 8239 sobre derechos y deberes de
los usuarios de los servicios de salud*. Costa Rica.

Asamblea Legislativa de Costa Rica. (2000). *Constitución Política de Costa Rica*.
San José: Editorial Porvenir.

Asensio O, Blanco J, Moreno A, Perez J, Salcedo A, Sanz L. (2001) *Tratamiento
de los derrames pleurales paraneumónicos*. An Esp Pediatr.

Atkinson L, Murray ME (1996). *Proceso de atención de enfermería*. México:
McGraw-Hill, Interamericana

Bernabeu R, Méndez P, Abellán MC, Polo LA, Lorenzo M, Sánchez F. (2000)
*Neumonía lipoidea aguda debida a la aspiración accidental de vaselina
utilizada en un sondaje nasogástrico*. Archivos de Bronco neumología.

Botella M, Hernández OM, López ML, Rodríguez A. (2002). *Cuidados auxiliares
de enfermería. Cuadernillo de técnicas básicas de enfermería. Sondaje
nasogástrico*. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias. Consejería
de Educación, Cultura y Deportes. 58-9.

Brunner LS., Suddorth DS. (1988) *Enfermería médica quirúrgica*. (62 Ed. Vol. 7)
México: Interamericana.



CCSS. (1977). *Manual de procedimientos de enfermería*. Consejo de Educación Continuada de Enfermería. Centro de Docencia e Investigación: San José, Costa Rica.

CCSS. (2007). *Política Nacional de Seguridad del Paciente*. San José, Costa Rica.

CCSS (1988). *Sistema de aislamiento*. Comisión Gerencial de Prevención y Control de Infecciones Intrahospitalarias: San José, Costa Rica.

CCSS. (2002). *Revista Jurídica de Seguridad Social*. Depto Publicaciones e Impresos. Costa Rica.

Calleja JL, Martínez JL. (2000). *Hemorragia digestiva alta no varicosa*. *Medicine* 8 (14): 725-33.

Carpenito LJ. *Manual de diagnóstico de enfermería*. Madrid: McGraw-Hill, 2003

Carpenito LJ. (1994) *Planes de cuidado y documentación en enfermería*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Carter HB, Chan DY. (2007) *Basic instrumentation and cystoscopy*. In: Wein AJ, (ed.) *Campbell-Walsh Urology*. (Chap 6) (9th ed.) Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier.

Casares G. (2010) *Pautas a seguir en la administración de drogas parenterales*. Costa Rica: Ednasss-CCSS.

Castellote MJ., Paricio T. *Enfermería oncológica: Sondaje vesical*. Hospital De Albacete, España 2012



Castro L. y López M. (2002). Técnicas de sondaje nasogástrico. En: Espinás Coord. Guía de Actuación en Atención Primaria. (2ª ed. Pp. 1256-58) Barcelona.

Castro M, al. (2000). *Manual de procedimientos de enfermería*. La Habana: Editorial Ciencias Médicas.

Colegio de Enfermeras de Costa Rica.(2009). *Código de ética profesional*. San José, Costa Rica

Consejo Internacional de Enfermería (2000). *Definición de enfermería* [citado: 3 marzo 2006].

Diccionario de Medicina Océano Mosby (1998). España: Océano Grupo Editorial S.A.

Diccionario Enciclopédico Ilustrado. Océano Uno (1990). Grupo Editorial Océano, España.

Duglas B. (1987) *Tratado de Enfermería Práctica*. (4ª Ed.) México: Editorial Interamericana.

El Manual Merck. (1987) (8ª Ed.) España: Ediciones Doymay, S.A.

Esteve J, Mitjans J. (2002) *Enfermería. Técnicas clínicas*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Ferrer, J y Álvarez JC. (2003) *Para fundamentar la bioética*. España: Editorial Desclée SA.



Feu, F. Terés J. (2004). *Hemorragia gastrointestinal*. Medicina Interna. (15ª ed. 276-83) Elsevier: Madrid

Feu F. (2000). *Complicaciones de la enfermedad ulcerosa péptica: manifestaciones clínicas, actitudes diagnósticas e indicaciones terapéuticas*. Medicine 8 (3): 128-33.

Feu F. (2003) *Recomendaciones para el diagnóstico y tratamiento de la hemorragia digestiva aguda no varicosa*. Gastroenterología y Hepatología 26 (2): 70-85.

Federación Internacional de Control de Infecciones. (2012). *Programa Educativo para el Control de Infecciones, Conceptos Básicos y Adiestramiento*.

Gafo, J. (1997). *Diez palabras clave en bioética*. España: Editorial Verbo Divino.

Griffith JW, Christensen PJ. (1986). *Proceso de atención de enfermería. Aplicación de teorías, guías y modelos*. México. Ed. El Manual de procedimiento.

Grupo Océano. (2001). *Manual de Enfermería*. España: Editorial Océano S.A.

Guilles DA. (1994). *Gestión de enfermería. Una aproximación a los sistemas*. Barcelona: Masón-Salvat.

Gutiérrez, G. (2001). *Globalización. Caos y sujeto en América Latina*. Costa Rica: Editorial DEI.

Gilpers, Carlos (2001). *Manual de la Enfermería*. España: Océano Grupo Editorial S.A. . Madrid, España.



- Hernández A, Castro T. (1999). *Hemorragia digestiva*. Vílchez MJ, Fernández Hinkelammert, F. (2003). *El sujeto y la ley*. Costa Rica: Editorial Universidad Nacional.
- Hospital General de Boston. (1984). *Manual de procedimientos de enfermería*. Departamento de Enfermería de Massachusetts. España: Editorial Salvat.
- Hospital de Especialidades (1999). *Manual de Procedimientos Generales del Departamento de Enfermería*. . Dr. Bernardo Sepúlveda G. (1999). (1° ed.). Centro Nacional: Siglo XXI.
- H, Jonas. (1997). *Técnica, medicina y ética*. España: Ediciones Paidós Ibérica.
- Jiménez F, Martínez J, Hermoso A. *Manual de Urgencias*. (pp. 93-8) Barcelona: Masson.
- Iyer, P. (1997). *Proceso de enfermería y diagnósticos en enfermería*. Harcourt: Madrid
- J. Benito, Luaces, S. Mintegui, J. Pou. (2005). *Tratado de urgencias en pediatría*. (pp. 47-49). Editorial Ergon, Madrid.
- Kérovac, S. (1996). *El pensamiento enfermera(o)*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.
- King G, Eunice y Wiech. (1986). *Técnicas de enfermería*. México: Editorial Interamericana. S.A.
- Kozierb, B. (1994). *Fundamentos de enfermería*. México: Editorial Interamericana S.A.
- Landa M, Gómez, C (2003). *Neumotórax*. An Pediatr (supl 1):30-4.
- Leddy, S, y Pepper, JM. (1989). *Bases Conceptuales de la enfermería profesional*. New York: Organización Panamericana de la Salud.
- López, P. *Proceso de Enfermería*. (1994) *Rev. Iberoamericana de Geriátría y Gerontología*. 10:37-38.



Luis MT. (1991) *Diagnósticos de enfermería. Aplicación práctica. Rol de Enfermería* 14:62.

Luis MT. *Diagnósticos enfermeros. Un instrumento para la práctica asistencial.* Madrid, 1995

Lynn, C. (2003). *Cuidados intensivos.* Procedimientos de la American Association of Critical-Care Nurse AACN. (4^a ed.) (pp.163-173). Editorial Médica Panamericana, Madrid.

Malogón Londaño / Hernández Esquivel. *Infecciones Intrahospitalarias.* Primera edición. 1995. Editorial Medica Internacional Ltda. Bogotá, Colombia.

Marín Martínez, JM. (2002). *Hematemesis.* En: Espinás Coord. Guía de Actuación en Atención Primaria. (2^a ed., pp. 682-4) Barcelona: semFYC.

Marriner, A. (1989). *Modelos y teorías de enfermería.* (p. 305). Barcelona: Ediciones Rol.

Martinón F, Martinón JM. (2003) *Toracocentesis y drenaje pleural.* An Pediatr Contin 1 (3):159-65.

Millán, E. (2001). *Hemorragia digestiva.* En: Rubio L I, Marco P, Ochoa FJ. Urgencias para el médico de atención primaria. (pp. 177-82). Madrid: Arán Ediciones.

Miranda Gutiérrez, G. (1988). *La seguridad social en Costa Rica.* Costa Rica: Ednasss /CCSS.

Morán I, Cancio B y Claramunt, A. (2001). *Condensación pulmonar por colocación inadecuada de una sonda nasogástrica.* *Med Clín (Barc)*; 117 (1): 40.

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [s.f.] *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud.* Décima Revisión. Washington DC.



Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2012). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud*. 9ª Revisión. Modificación Clínica.

Ortega, C y Suárez, M. (2006). *Manual de evaluación del servicio de calidad en enfermería*. Estrategias para su aplicación. México,DF: Editorial Médica Panamericana.

Ostabal M I. (2001) *La hemorragia digestiva aguda*. Med Integral 37 (4): 141-4.

Pérez, J, Pérez, E, Valdés, P, Martínez, T. *Aire y líquido en patología pleural*. An Esp Pediatr; 54 (supl 2):23-29. 2001. España, Málaga.

Perry, AG y Potter, PA. (1998). *Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos básicos*. (4ª ed. pp.344-51). Madrid: Harcourt Brace.

Phaneuf, M. (1993). *Cuidados de enfermería. El proceso de atención de enfermería*. (p. 139) Madrid: Interamericana.

Pujol R, Vilar L. (1999). *Patología digestiva*. En: Martín A, Cano JF. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. (4ª ed. pp. 1270-1) Barcelona: Harcourt Brace.

Quintana, JL, de la Morena, E y Artuñedo, P. (1993). *Sondaje nasogástrico*. En: Arribas JM, Caballero F. Manual de Cirugía Menor y otros Procedimientos en la Consulta del Médico de Familia. (pp.433-7) Madrid: Merck Sharp & Dohme de España

Quintana, JL y Morell, ME. (1998). *Lavado gástrico: cómo y cuándo utilizarlo*. *Jano* 54 (1245): 53

Rawls, John. (1995). *Teoría de la justicia*. España: Fondo de cultura económica.

República de Costa Rica. (2005). *Ley N° 8239 Deberes y derechos de las personas usuarias de servicios de salud su Reglamento*. Costa Rica: CCSS

Rivas, S y Román, N. (1984). *Enfermería básica*. San José, Costa Rica: Editorial Universidad Estatal a Distancia.



Rojas, Ligia. (2013). *Enfermería Basada en la evidencia*. Enfermería Universidad de Costa Rica.

Rojas, M. (1998). *Normas para el uso de antisépticos y desinfectantes*. Hospital San Juan de Dios, San José. [s.l.] [s.e.]

Romina, C, García L., Nakasone A., Temporetti M. y Ramos, M. (2002). *Aspectos generales de la infección urinaria nosocomial*. Revista de Posgrado de la VIª Cátedra de Medicina 113, pp. 6-8.

Roper, N. (1987). *Diccionario de Enfermería*. (15ª ed.) México: Nuria Editorial Interamericana.

Rosales S, Reyes E. (2002). *Fundamentos de enfermería*. (2^{da} pp. 240-243). México: El Manual Moderno.

Thompson, Joyce y Thompson, H. (1984). *Ética en enfermería*. México: Editorial Manual Moderno S.A..

Vento M, Moro M. (2003). *De guardia en neonatología. Protocolos y procedimientos de los cuidados neonatales* (1ª ed., pp. 7232-735) Sociedad Española de Neonatología. España: Editorial Ergon.

Citas Webb

Cuidados post mortem . Disponible en: [http:// Enfermería ua0811](http://Enfermería ua0811).

Wetpaint.com/page/cuidados postmortem.

Fundamentos de enfermería. España: DAE. Grupo Paradigma. Enfermería 21; 2000 [citado: 27 enero 2006]. Disponible en: www.Enfermería21.com

La enfermería en el control de la calidad. ACAMI. (2005) [citado: 5 febrero 2006]. Disponible en: <http://www.acami.org.ar/revista/calidad.htm>



Manual
Técnico

Manual de Procedimientos de Enfermería

Código
MT.GM.DDSS.ARSDT.ENF.311014

Manual de técnicas y procedimientos de enfermería. Disponible en:
<http://artemisa.unicauca.edu.co/~pivalencia/archivos/IntroduccionALasTeoriasYMo delosDeEnfermería.pdf>

Medidas antropométricas. Disponible en: <http://rincondeEnfermería-nay.blogspot.com/2010/02/medidas-antropometricas-fundamentos-del.html>

Seguridad del usuario. La enfermera importa. Comunicado de prensa. 29 de abril 2002 [citado: 12 enero 2006]. Disponible en:
http://www.icn.ch/matters_ptsafetysp.htm.