

INSTITUTO SALVADOREÑO DEL SEGURO SOCIAL

SUBDIRECCIÓN DE SALUD
DIVISIÓN DE POLÍTICAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD
DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA DEL ISSS

Enero 2017

Presentación



El Instituto Salvadoreño del Seguro Social en su política de modernización y desarrollo institucional ha promovido reformas técnicas y administrativas orientadas al cumplimiento de su misión de proveer servicios de calidad a los derechohabientes.

Con la finalidad de regular la calidad de atención, el Consejo Directivo aprobó la creación de la Sección Regulación Técnica en Salud, según acuerdo #2015-0458.ABR. dependencia responsable de la elaboración y actualización de los documentos técnico-normativos en salud del ISSS.

En este sentido, el "Manual de Procedimientos de Enfermería del ISSS", será el instrumento normativo que tendrá como objetivo guiar al personal de enfermería en la correcta aplicación de los procedimientos clínico-hospitalarios a los pacientes de forma estandarizada, permitiendo la práctica de un nivel técnico-profesional de calidad en la prestación de servicios de salud, que satisfaga a los derechohabientes, constituyéndose en una herramienta valiosa que contarán el personal de enfermería en los centros de atención del ISSS, quienes deberán proceder a inmediata divulgación, implantación, implementación y cumplimiento obligatorio, en el ámbito de competencia.

Lo que se escribe para su conocimiento y efectos pertinentes.

Dr. Ricardo Cea Rouanet.
Director General ISSS.

Nombre	Procedencia
Dr. David Jonathan Hernández Somoza.	Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.
Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.	Jefa Sección Regulación Técnica en Salud.
Dra. Mirna Elizabeth Pérez Ramírez.	Colaborador Técnico de Salud II. Sección Regulación Técnica en Salud
Lic. Sidia Siré Tovar de Rosales.	Colaborador Técnico de Salud I. Departamento Planificación estratégica en salud.
Ing. Luis Asdrúbal Ovando Medrano.	Colaborador Técnico de Salud I. Sección Regulación Técnica en Salud

Profesionales que participaron en la elaboración del Manual de Procedimientos.

Nombre	Procedencia
Licda. Julia Angélica Mendoza Zavaleta.	Supervisora de Enfermería, Hospital General
Licda. Aída Lorena Rivas Ponce.	Supervisora de Enfermería, HMQ y Oncológico
Licda. María Teresa Deodanes de Ventura	Supervisora de Enfermería, Hospital Materno Infantil 1º de Mayo
Licda. Arely Guadalupe Barriere Sánchez	Supervisora de Enfermería, Hospital Amatepec
Licda. Mercedes Haydeé Alfaro de Hernández.	Enfermera General U.M. Soyapango
Licda. Irma Haydeé Sandoval de Román.	Enfermera Jefe de Servicio, Policlínico Zacamil
Enfermera. Reyna Isabel Martínez García.	Enfermera General, U.M. Atlacatl.
Licdo. José Geovanni Torres Cabrera.	Enfermero General, U.M. 15 de Septiembre.
Licda. Maritza Angélica Jácome Cerritos.	Supervisora de IAAS, Hospital General.
Licda. Reina Isabel Hernández de Carpio.	Supervisora de IAAS, Hospital Amatepec.
Licda. Rosa Irene Granados Moz.	Supervisora de IAAS, Hospital Policlínico Arce.
Licda. Evelyn Escobar de Chávez.	Colaborador Técnico en Salud 1
Licda. María Elena Jovel de Henríquez.	Colaborador Técnico en Salud I.

Profesionales que participaron en la revisión técnica del Manual de Procedimientos.

Nombre	Procedencia
Mg. Milagro Cecilia Hernández de Nerio.	Coordinadora Institucional de Enfermería
Licda. Maritza Angélica Jácome Cerritos.	Supervisora de IAAS, Hospital General
Licda. Evelyn Escobar de Chávez.	Colaborador Técnico en Salud 1
Licda. Dora Alicia Parada Flores.	Jefa Enfermeras Hosp Regional de San Miguel
Licda. Claudia Beatriz Artiga.	Enfermera Clínica Comunal Montserrat
Licda. Ana Miriam Quezada de Portillo.	Supervisora de IAAS, Hospital Médico Quirúrgico
Licda. Rosa Miriam Figueroa.	Enfermera Emergencias Hospital Médico Quirúrgico.
Licda. Marta Alicia Arteaga Polanco.	Enfermera Supervisora, Hospital MQ /Oncológico.
Licda. Dora Alicia Parada Flores.	Jefa de Enfermeras, H.R San Miguel.
Licda. Ana Judith Yan de Bautista.	Jefa de Enfermeras, U.M. Apopa.
Licda. Berta Luz Salazar de Zavaleta.	Jefa de Enfermeras, U.M. Atlacatl.
Licda. Sonia Noemí Rojas Ortiz.	Jefa de Enfermeras, H. R. Sonsonate.
Licda. Maritza Angélica Jácome Cerritos.	Supervisora de IAAS, Hospital General.
Licda. Aida Lorena Rivas de Martínez.	Supervisora de IAAS, Hospital MQ /Oncológico.
Licda. Aída Solano de Portillo.	Jefa de Enfermeras H. Materno Infantil 1º de Mayo
Licda. Evelyn Escobar de Chávez.	Colaborador Técnico en Salud 1, ISSS
Licda. María Elena Jovel de Henríquez	Colaborador Técnico en Salud 1, ISSS

Validación por equipos de Enfermería/Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAAS)
con personal de seis redes de centros de atención.

Nombre	Procedencia
Equipo Hospital Materno Infantil 1° de Mayo	
1. Licda. Aída Solano de Portillo	Jefa de Enfermeras
2. Licda. Miriam Patricia Rivas	Enfermera Jefa Sala de Operaciones
3. Licda. Blanca Ramos de Ardón	Enfermera Supervisora
Equipo Hospital Regional de San Miguel	
4. Licda. Dora Alicia Parada Flores.	Jefa de Enfermeras
5. Licda. María Estela Cordero.	Supervisora de Enfermería y encargada de IAAS
6. Enfermera Ana Isabel Jovel de Lazo.	Jefa de Servicio.
7. Licda. Maritza de la Paz Soto.	Jefa de Servicio.
8. Enfermera Nora Elizabeth Medina.	Jefa de Servicio.
9. Licda. Alma Griselda García.	Jefa de Servicio.
10. Enfermera Rosa Claribel Ramírez.	Jefa de Servicio.
11. Enfermera Dora Emilia Mejía.	Jefa de Servicio.
12. Enfermera Ana Ester Prudencio.	Jefa de Servicio.
13. Licda. Sonia Beatriz Hernández.	Jefa de Servicio.
14. Licda. Mara Patricia Portillo de Alfaro.	Jefa de Servicio.
15. Licda. Ana Beatriz Santos de López.	Jefa de Servicio.
16. Licda. Rosa e Esperanza Muñoz de Portillo.	Jefa de Enfermeras U.M. Santiago de María.

17. Licda. María Elena Guardado de García.	Jefa de Enfermeras U.M. La Unión.
18. Licda. Ada Patricia Ramos de Pineda.	Coordinadora Clínica Comunal San Francisco.
19. Licda. Lucía Maribel Cruz Guzmán.	Jefa de Enfermeras U.M. Usulután.
20. Licda. Marta Irene Flores de Méndez.	Enfermera U.M. Usulután.
21. Licda. Marta Alicia Chávez.	Coordinadora Clínica Comunal Santa Catarina.
22. Licda. Rosa Mirna Yáñez.	Coordinadora Clínica Comunal Panamericana.
Equipo Red Apopa	
23. Licda. Ana Judith Yan de Bautista.	Enfermera Jefe UM Apopa.
24. Licda. Cecilia Menjivar.	Enfermera UM Apopa.
25. Licda. María Carlota Méndez.	Enfermera UM Nejapa.
26. Licda. Yolanda Vásquez de Lara.	Enfermera UM Chalatenango.
27. Licda. Milagro Galán.	Enfermera UM Aguilares.
28. Licda. Maria Lidia Monterrosa.	Enfermera Clínica Comunal Guadalupe.
Equipo Red Atlacatl	
29. Licda. Sandra Carolina Calles.	Enfermera Jefe UM Soyapango.
30. Licda. Iris Florencia Hernández.	Enfermera UM Ilopango.
31. Licda. Mirna Yesenia Cruz.	Enfermera Clínica Comunal La Rábida.
32. Licda. Morena Pineda.	Enfermera Clínica Comunal Ciudad Delgado
33. Licda. Teresa de Jesús Sánchez.	Enfermera Clínica Comunal San Miguelito.
34. Licda. Cecilia Margarita Ventura Pérez.	Enfermera Clínica Comunal Cuscatancingo.

Contenido.

A.	MARCO LEGAL.....	1
B.	LEX ARTIS.....	2
C.	INTRODUCCIÓN.....	4
D.	OBJETIVOS.....	4
E.	CAMPO DE APLICACIÓN.....	5
I.	MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y CONSTANTES VITALES.....	6
A.	CONTROL DE TEMPERATURA AXILAR.....	6
B.	MEDICIÓN DE PULSO ARTERIAL.....	8
C.	MEDICIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA.....	9
D.	CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL.....	11
E.	MEDICIÓN DE PESO.....	13
F.	MEDICIÓN DE TALLA.....	14
II.	HIGIENE DE MANOS.....	16
A.	LAVADO DE MANOS COMÚN O SOCIAL.....	16
B.	HIGIENE DE MANOS CLÍNICO O ANTISÉPTICO.....	19
C.	HIGIENE QUIRÚRGICA DE MANOS.....	22
III.	COLOCACIÓN DE BARRERAS DE PROTECCIÓN PERSONAL.....	27
A.	TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE GORRO.....	27
B.	TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE MASCARILLA.....	28
C.	TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LENTES PROTECTORES.....	29
D.	TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE GABACHÓN.....	30
E.	TÉCNICA DE RETIRO DE GABACHÓN.....	32
F.	PASOS PARA RETIRARSE EL GABACHÓN DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO.....	33
G.	TÉCNICA COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES CON TÉCNICA ABIERTA.....	33
H.	COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES CON TÉCNICA CERRADA.....	35
I.	TÉCNICA DE RETIRO DE GUANTES.....	36
IV.	TÉCNICA ARREGLO DE LA UNIDAD DEL PACIENTE.....	38
A.	TÉCNICA DE ARREGLO DE CAMA CERRADA.....	38
B.	TÉCNICA DE ARREGLO DE CAMA ABIERTA.....	39
C.	TÉCNICA ARREGLO DE CAMA EN RECUPERACIÓN POST – OPERATORIA.....	40
D.	TÉCNICA DE ARREGLO DE CAMA CON PACIENTE.....	41
V.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO O ADMISIÓN DEL PACIENTE A UN SERVICIO HOSPITALARIO.....	43
A.	INGRESO PROGRAMADO.....	43
B.	INGRESO EN EMERGENCIA.....	43
C.	TRASLADO DE PACIENTE A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.....	45
D.	RECEPCIÓN DEL PACIENTE POST EXPLORACIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.....	48
E.	TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO SERVICIO DEL MISMO HOSPITAL.....	50
F.	EGRESO DEL PACIENTE POR MEJORÍA O CURACIÓN.....	52
G.	EGRESO DEL PACIENTE POR TRASLADO A OTRO HOSPITAL.....	53

H.	EGRESO EXIGIDO POR EL PACIENTE O FAMILIA.	55
I.	EGRESO POR FUGA DE PACIENTE.	57
J.	EGRESO POR DEFUNCIÓN DE PACIENTE.	58
K.	TRATO DIGNO AL CADÁVER (CUIDADOS POST MORTUM).	59
VI.	CUIDADOS DE HIGIENE PERSONAL.	62
A.	BAÑO AL PACIENTE ENCAMADO.	62
B.	LAVADO DE CABELLO.	64
C.	ASEO DE GENITALES.	66
D.	ASEO VULVAR.	67
E.	ASEO PREPUCIAL.	69
F.	TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS.	71
VII.	POSICIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE.	73
A.	POSICIÓN DEL PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO O DORSAL.	73
B.	POSICIÓN DEL PACIENTE EN DECÚBITO VENTRAL O PRONO.	75
C.	COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELEMBURG.	76
D.	COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN DE FOWLER.	78
E.	COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN DECÚBITO LATERAL.	80
F.	MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN SILLAS DE RUEDAS.	82
G.	MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE LA CAMA AL CARRO CAMILLA.	85
H.	MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN CAMA.	88
I.	SUJECCIÓN DE PACIENTES.	90
VIII.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.	93
A.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.	94
B.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBLINGUAL.	96
C.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA.	97
D.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.	100
E.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR.	102
F.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA.	105
G.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR Sonda NASOGÁSTRICA.	110
H.	ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL (SUPOSITORIO).	112
IX.	COLOCACIÓN Y CUIDADOS DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES.	115
A.	TÉCNICA DE INSERCIÓN Y RETIRO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.	115
B.	ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTER EN VENA CENTRAL.	119
C.	PROCEDIMIENTO DE CURACIÓN DE CATÉTER DE VENA CENTRAL.	122
X.	TOMA DE MUESTRA PARA EXÁMENES.	128
A.	TOMA DE MUESTRAS DE HEMOCULTIVO POR CATÉTER VENOSO CENTRAL.	128
B.	TOMA DE MUESTRAS DE HEMOCULTIVO DE VENA PERIFÉRICA.	131
C.	TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE DE VENA PERIFÉRICA.	134
D.	ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN PUNCIÓN LUMBAR.	137
E.	CONTROL DE GLUCOMETRÍA.	140

F.	OBTENCIÓN DE MUESTRA DE ORINA PARA EXAMEN GENERAL O CULTIVO.....	142
G.	OBTENCIÓN DE MUESTRA DE HECES.....	144
XI.	CUIDADOS DE LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE.....	146
A.	OXIGENOTERAPIA.....	146
B.	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES POR TUBO OROTRAQUEAL.....	148
C.	ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA.....	152
D.	CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA.....	155
E.	PROCEDIMIENTO DE CURACION DE ORIFICIO DE CATETER BLANDO.....	157
XII.	ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN COLOCACIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVOS.....	160
A.	ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN COLOCACIÓN Y RETIRO DE Sonda NASOGÁSTRICA.....	160
B.	ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN COLOCACIÓN DE Sonda VESICAL.....	163
C.	CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DE Sonda VESICAL EN PERMANENCIA.....	170
D.	RETIRO DE Sonda VESICAL.....	173
E.	ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN COLOCACION DE TUBO DE TORAX.....	175
XIII.	OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.....	180
A.	ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN TÉCNICA DE CURACIONES.....	180
B.	CUIDADOS DE PACIENTES CON SISTEMAS DE DRENAJE.....	181
C.	CUIDADOS DE PACIENTES CON DRENOS BLANDOS.....	182
D.	BALANCE HÍDRICO.....	183
E.	TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA.....	185
F.	CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.....	187
XIV.	CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ULCERAS POR PRESIÓN.....	189
XV.	SATISFACCION DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE.....	193
A.	ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES.....	193
B.	COLOCACION Y RETIRO DEL URINAL.....	194
C.	COLOCACIÓN Y RETIRO DEL CÓMODO.....	196
	DISPOSICIONES GENERALES.....	199
	OBSERVANCIA.....	199
	INFRACCIONES Y SANCIONES.....	199
	VIGENCIA DEL MANUAL.....	199
	OFICIALIZACIÓN.....	200
	GLOSARIO.....	201
	BIBLIOGRAFIA.....	203

A. MARCO LEGAL.

NORMAS RELATIVAS A LAS ACTIVIDADES DE CONTROL (NTCI)

Documentación, actualización y divulgación de Políticas y Procedimientos.

Art. 42. El Departamento responsable de la Administración de la Normativa Institucional deberá revisar de forma periódica, la vigencia de dichos documentos o a solicitud del Usuario responsable de su aplicación, a fin de verificar si existen cambios no reportados y efectuar de manera conjunta la actualización correspondiente.

Art.43. Los centros de Atención, Subdirecciones, Unidades, Divisiones, Departamentos y demás dependencias del Instituto, deberán desarrollar sus actividades con base en las funciones y procedimientos establecidos en los manuales de Organización, Manuales de Normas y Procedimientos y otras normas o regulaciones aplicables a cada Dependencia.

Art.44. Será responsabilidad de cada Jefatura, solicitar al área correspondiente, cada vez que sea necesaria, la mejora de los procesos; así como también, la actualización de sus documentos normativos relacionados vigentes.

Art.45. El personal que ejecute los procedimientos, será responsable de informar a la Jefatura inmediata, las inconsistencias en los procesos y/o en los sistemas de información, a fin de que se apliquen las medidas correctivas o preventivas necesarias.

Definición de Políticas y Procedimientos de Autorización y Aprobación

Art. 46. Será responsabilidad de las jefaturas superiores del Instituto, autorizar oportunamente los documentos normativos que sean generados por las dependencias encargadas de su elaboración.

Art.47. Las dependencias responsables de elaborar documentos normativos de aplicación general para el funcionamiento del Instituto, deberán solicitar de acuerdo al ámbito que le corresponda la autorización del nivel superior de conformidad de la estructura organizativa vigente.

Definición de Políticas y Procedimientos sobre Diseño y Uso de Documentos y Registros

Art. 48. Los documentos y registros de uso interno institucional deberán estar en concordancia con los procedimientos definidos a fin de lograr los objetivos de la organización y del control interno.

Art.49. Las revisiones y enmiendas de los documentos de uso oficial, serán permitidas solamente con la aprobación del área responsable de documentar, divulgar y distribuir los instrumentos técnicos administrativos actualizados a los usuarios.

B. LEX ARTIS

El conocimiento humano es un recurso que se encuentra en cambio permanente, crece, se magnifica, se simplifica, se vuelve más o menos complejo, en definitiva cambia y configura la LEX ARTIS escrita, cuya aplicación robustece nuestro juicio técnico y se materializa en el ejercicio de medios que traen implícitos el proceso de prestación de servicios de salud.

Los documentos regulatorios buscan elaborar y presentar un escrito de valor práctico por medio del concurso de los profesionales, directa o indirectamente relacionados con un área determinada del conocimiento y de la prestación de algún servicio, para definir un mínimo vital de atenciones estándar que permita proveer a los derechohabientes una atención de calidad más o menos homogénea para los casos generales, quedando su aplicación en la responsabilidad de todos y cada uno de los profesionales y técnicos que laboran en el ISSS.

El proceso de elaboración y revisión (actualización) de los documentos normativos implica revisión bibliográfica exhaustiva en fuentes actualizadas y validadas, nacional e internacionalmente aceptadas, matizadas con la disponibilidad de recursos institucionales, teniendo como prioridad la vida y la salud de los derechohabientes.

Las ciencias de la salud distan mucho de ser exactas y el objeto de trabajo en los centros de atención es otro ser humano, cuya vida y salud, le confieren una identidad propia, no existen dos personas iguales y no tratamos enfermedades, sino personas.

Es por eso que bajo la guía de los preceptos generales establecidos en los documentos regulatorios vigentes, nuestros profesionales tienen el derecho y el deber de obrar cumpliendo con lo contenido en ellos para los casos generales.

Siempre que haya necesidad, según la medida de su criterio profesional individual, aplicará todos los conocimientos, habilidades y destrezas que en su proceso de formación e instrucción han adquirido; a fin de no omitir ningún cuidado que cada caso individual requiera, poniendo a disposición de nuestros derechohabientes, todos los medios materiales de que dispone la institución, así como, todos los conocimientos académicos y laborales de que disponen los profesionales de la salud que prestan la atención directa, quienes forman parte de la cadena de actores que abonan al producto final que nos inspira: la vida y la salud de los derechohabientes.

Debemos estar conscientes de que no hay escrito regulatorio que pueda contemplar todas las contingencias que en el contexto de la prestación de los servicios de salud puedan surgir, y un caso particular como lo son todos y cada uno- siempre nos puede presentar necesidades que exijan de nosotros, actuar de forma coherente con nuestro criterio profesional bien sustentado, con el único propósito de conservar la vida y la salud de los derechohabientes; entendiendo y aceptando siempre la imperiosa necesidad y responsabilidad de justificar y registrar por todos

los medios formales, una conducta que por ser particular, trasciende lo normado para la generalidad, que es, en esencia, el objeto de todo documento regulatorio.

El paso del tiempo trae consigo el progreso de la ciencia y la tecnología, la regulación que hoy es aceptada, mañana será complementada con el hallazgo de una nueva pieza de la verdad científica, que conforme sea probada y validada podrá ser incorporada formalmente al portafolio de servicios institucional, de acuerdo a la evidencia; pero mientras eso ocurre, todos los profesionales de la salud están en la obligación y el derecho de aportar de forma justificada y según la necesidad de cada caso, lo que a nuestro criterio profesional nos mande como necesario para los cuidados que requieran los derechohabientes y que puedan ser proveídos por nuestra institución.

C. INTRODUCCIÓN.

El Personal de Enfermería del Instituto Salvadoreño del Seguro Social, con el propósito de intervenir en la atención de calidad humanizada a los derechohabientes, realizó la actualización del Documento Manual de Procedimientos de Enfermería del ISSS, describiendo: definición, objetivos, indicación, recursos, recomendaciones y procedimientos en forma secuencial y lógica, incluyendo la fundamentación de estos, para garantizar la seguridad del paciente y mejorar la calidad del cuidado; además recopila las diversas técnicas y procedimientos que realizan los profesionales de enfermería en los diferentes centros de atención.

La elaboración inicial de este documento, fue el resultado del trabajo de un grupo de profesionales de Enfermería de diferentes centros asistenciales, que aportaron su experiencia y conocimiento; así también efectuaron revisión bibliográfica para actualizar los criterios de ejecución de técnicas y procedimientos descritos.

El presente documento es una herramienta útil para garantizar la operatividad y funcionalidad de los procesos, que deben ir acompañados de una buena práctica profesional, orientada a lo nuclear del trabajo, "la persona y su familia", poniendo nuestros conocimientos al servicio de la salud y construir así un sistema sanitario más justo para todos.

El propósito de este documento es orientar al personal de enfermería en la prestación de servicios, siendo útil para: garantizar la seguridad del paciente, optimizar los recursos, unificar criterios técnicos, definir responsabilidades, inducción de personal nuevo, facilitar la realimentación y como instrumento de control y garantía de calidad.

Este documento deberá ser socializado e implementado en cada centro de atención, monitoreando el cumplimiento de los procedimientos de manera periódica a través de instrumentos de control por las jefaturas locales y la División de Evaluación de la Calidad en Salud.

D. OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Disponer de un documento técnico normativo que estandarice y regule las acciones del personal de Enfermería, para la provisión de servicios en la atención integral al derechohabiente, familia y comunidad mediante la ejecución de procedimientos, técnicas y procesos de atención, que garanticen la seguridad del paciente y calidez del servicio.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- A. Asegurar, que en el cuidado de Enfermería, se ejecuten las técnicas y procedimientos correctamente, para lograr una atención integral, segura y humanizada.
- B. Garantizar la seguridad del paciente a través del cumplimiento de esta normativa.
- C. Evaluar las acciones de enfermería mediante la supervisión, control y monitoreo de las disposiciones regulatorias.

E. CAMPO DE APLICACIÓN

Este manual es de observación obligatoria para todo personal de enfermería que labora en los diferentes centros de atención del Instituto Salvadoreño del Seguro Social a nivel nacional, que brinda servicios profesionales a derechohabientes del régimen de salud del ISSS.

I. MEDIDAS ANTROPOMÉTRICAS Y CONSTANTES VITALES.

A. CONTROL DE TEMPERATURA AXILAR.

DEFINICIÓN.

Consiste en la medición del calor corporal por medio de un termómetro colocado en la axila.

OBJETIVO.

Medir y registrar el calor corporal del organismo.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La temperatura del ser humano generalmente es constante, normalmente aumenta o disminuye en el transcurso del día, oscila entre 36.2 grados centígrados por la mañana y hasta 37.2 grados centígrados en la tarde.

INDICACIONES:

- ✓ Como complemento de examen físico.
- ✓ Diagnóstico y seguimiento de una enfermedad.
- ✓ Según indicación médica y de rutina.

RECURSOS.

- ✓ Bandeja conteniendo:
 - Vasija con termómetro.
 - Vasija con agua y jabón.
- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%.
- ✓ Alcohol al 70%.
- ✓ Lápiz color azul.(aplica en área hospitalaria)
- ✓ Reloj con segundera.
- ✓ Torundas de algodón.

PRECAUCIONES.

- a) Verificar que el paciente no presente lesiones cutáneas.
- b) Secar axilas antes de tomar temperatura de ser necesario.
- c) Comprobar el estado y funcionamiento del termómetro.

- d) Cerciorarse que el termómetro esté abajo de 35 o 0 grados centígrados en el digital, antes de colocárselo al paciente.
- e) Tomar temperatura antes del baño del paciente.
- f) No dejar al paciente con el termómetro más de cinco minutos.
- g) No lave ni frote la axila antes de la toma de temperatura. En pacientes con patologías infectocontagiosas se les asignará un termómetro para uso personal y se realizará siempre proceso de desinfección posterior a su uso.
- h) Reportar al médico anomalías en el resultado y realizar intervenciones de enfermería.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTO
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo.	<i>Optimiza tiempo.</i>
3. Identificar al paciente.	<i>Evita errores al registrar datos.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza al paciente y permite su colaboración.</i>
5. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
6. Colocar el bulbo del termómetro en el centro de la axila, flexionando el antebrazo sobre el tórax.	<i>La adecuada colocación del termómetro permite el registro real de la temperatura del paciente.</i>
7. Dejar el termómetro durante cinco minutos, si es de mercurio luego se retira.	<i>El tiempo para tomar la temperatura axilar es mayor porque el termómetro no queda en una cavidad natural.</i>
8. Lea la temperatura.	<i>Permite conocer el dato correcto de la constante vital del paciente.</i>
9. Coloca el termómetro en solución jabonosa. Si es de mercurio.	<i>Para iniciar proceso de limpieza.</i>
10. Higiene de manos entre cada paciente.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
11. Registre el dato en hojas correspondientes.	<i>Documenta datos correctos que contribuyan al diagnóstico y tratamiento.</i>
12. Lavar, secar y desinfectar el termómetro con torunda de algodón impregnada con alcohol al 70 %.	<i>Elimina microorganismos.</i>
13. Dejar el equipo limpio y ordenado.	<i>Dejar el equipo listo para un nuevo uso.</i>

B. MEDICIÓN DE PULSO ARTERIAL.

DEFINICIÓN.

Es la medición de las vibraciones que ejerce el paso de la sangre bombeada por la contracción ventricular al palpar las paredes de una arteria.

OBJETIVO.

Medir y registrar la frecuencia cardiaca del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El corazón es una bomba pulsátil en la cual la sangre entra en las arterias con cada latido, lo que desencadena la presión del pulso o la onda del pulso, producida por la contracción del ventrículo izquierdo.

INDICACIONES.

- ✓ Como complemento del examen físico.
- ✓ Complemento del diagnóstico y seguimiento de una enfermedad.
- ✓ Según indicación médica y de rutina.

RECURSOS.

- ✓ Reloj con segundera.
- ✓ Lápiz color rojo. (aplica en área hospitalaria)
- ✓ Hoja de signos vitales.

PRECAUCIONES

- a) Cerciorarse que el paciente esté en condiciones de reposo.
- b) No utilizar el dedo pulgar porque tiene su propia pulsación.
- c) Al palpar la arteria no hacer mucha presión.
- d) Hacer el recuento de las pulsaciones durante un minuto completo.
- e) Utilizar los sitios más frecuentes para la medición del pulso sobre las siguientes arterias:
 - Radial.
 - Braquial.
 - Carótida.
 - Femoral.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Identificarse con el paciente.	<i>Disminuye la ansiedad.</i>

3. Identificar y orientar al paciente sobre el procedimiento.	<i>Contribuye a que el paciente se siente seguro y confiado, sus pulsaciones no se verán afectadas por el temor al procedimiento.</i>
4. Verificar que el paciente esté en posición confortable.	<i>La posición anatómica correcta asegura datos exactos.</i>
5. Palpar la arteria con los dedos índices, medio y anular asegurándose de percibir la expansión arterial.	<i>Permite obtener los datos exactos.</i>
6. Al palpar la arteria, contar las pulsaciones por espacio de un minuto.	<i>Asegura la valoración y detección de irregularidades.</i>
7. Anotar el resultado en la cuadrícula con lápiz color rojo y con bolígrafo en la hoja de signos vitales.	<i>Permite registrar y visualizar las tendencias de las pulsaciones.</i>
8. Reportar alguna anomalía al médico y anotar en hoja de enfermería.	<i>Permite que el médico tome decisiones en cuanto al tratamiento.</i>



C. MEDICIÓN DE FRECUENCIA RESPIRATORIA.

DEFINICIÓN.

Consiste en medir y registrar el número de respiraciones que efectúa una persona en el lapso de un minuto.

OBJETIVOS.

1. Contabilizar y registrar la frecuencia de las respiraciones.
2. Detectar anomalías en el patrón respiratorio.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La respiración es el intercambio de oxígeno y bióxido de carbono que ocurre entre la atmósfera y las células del cuerpo. En este proceso participan dos sistemas principales: pulmonar y cardiovascular.

INDICACIONES.

- ✓ Como complemento del examen físico.
- ✓ Diagnóstico y seguimiento de una enfermedad.
- ✓ Al observar anomalías en el paciente y de rutina.
- ✓ Por indicación médica.

RECURSOS.

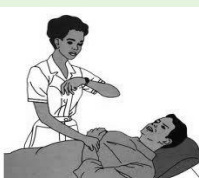
- ✓ Reloj con segundera.
- ✓ Bolígrafo en uso (según turno).
- ✓ Hoja de control de signos vitales.
- ✓ Hoja de cuadrícula.
- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%.

PRECAUCIONES.

- a) Durante el procedimiento mantener al paciente en reposo.
- b) Contar el ciclo completo de inhalación y exhalación.
- c) Observar y reportar cambios significativos de la condición del paciente.
- d) Evitar que el paciente se entere del procedimiento.
- e) Colocar suavemente la mano sobre el pecho del paciente, de manera que sienta los ascensos y descensos del tórax.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente.	<i>Evita errores.</i>
3. Identificarse y orientar al paciente sobre el procedimiento.	<i>Si el paciente se siente seguro y confiado, sus respiraciones no se verán afectadas.</i>
4. Mantener los dedos en la muñeca como si estuviera tomando el pulso y observar el movimiento del tórax durante la inhalación y exhalación.	<i>El paciente no debe saber que se le controla la respiración porque podría modificarla voluntariamente.</i>
5. Contar el número de respiraciones por minuto.	<i>Permite la valoración y detección de irregularidades</i>
6. Observar las características en cuanto a ritmo, expansión del tórax, cianosis y la posición que adopta para respirar.	<i>Permite identificar anomalías en el paciente.</i>
7. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
8. Anotar en la cuadrícula u hoja correspondiente.	<i>Registro sistemático que permite la continuidad del tratamiento y cuidados.</i>
9. Reportar alguna anomalía al médico y anotar en hoja de enfermería.	<i>Permite tomar acciones en cuanto al tratamiento del paciente.</i>



D. CONTROL DE PRESIÓN ARTERIAL.

DEFINICIÓN.

Consiste en la medición de la fuerza ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias.

OBJETIVOS.

1. Medir y registrar la presión arterial.
2. Detectar y reportar anomalías en los valores de la presión arterial.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La presión sistólica es la elevación máxima de la presión sobre las paredes de las arterias, que se producen en el momento de la eyección de la sangre hacia la aorta, por la fuerza de la contracción de los ventrículos del corazón. La diastólica es la presión ejercida en las paredes de la arteria por los ventrículos en reposo.

INDICACIONES.

- ✓ Como complemento del examen físico.
- ✓ Diagnóstico y seguimiento de una enfermedad.
- ✓ Según indicación médica y de rutina.
- ✓ Al observar anomalías en el paciente.

RECURSOS.

- ✓ Tensiómetro.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Algodón.
- ✓ Solución hidroalcohólica 70%.
- ✓ Depósito para desechos.
- ✓ Alcohol al 70%.

PRECAUCIONES

- a) Revisar que el tensiómetro y estetoscopio se encuentren en buenas condiciones.
- b) Antes de realizar el procedimiento mantener al paciente en reposo de 5 a 10 minutos.
- c) Proteger el brazalete con papel higiénico cuando existen lesiones cutáneas.
- d) Desinfectar las olivas auriculares y la campana del estetoscopio con torundas con alcohol al 70 % antes y después de su uso.
- e) No tomar presión arterial en un miembro que tiene colocada una fístula arteriovenosa o venodisección o linfedema secundario a vaciamiento linfático axilar.
- f) Evitar tomar la presión arterial en el miembro donde tiene colocada la venoclisis y si no es posible, cerrar las válvulas de los descartables en uso.
- g) En pacientes embarazadas la medición debe realizarse en posición sentada, si está en reposo en decúbito lateral izquierdo.
- h) Remueva la ropa alrededor del brazo, ya que si está muy apretada puede bloquear la arteria y dar una lectura falsamente baja.
- i) Utilizar tamaño de brazalete adecuado a la dimensión del brazo de la persona

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo a utilizar.	<i>Optimiza el tiempo y minimiza esfuerzo.</i>
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento si está consciente.	<i>Disminuye la ansiedad del paciente y favorece su colaboración.</i>
4. Descubrir y extender el brazo del paciente con la palma de la mano hacia arriba.	<i>Esta posición permite la palpación de la arteria humeral.</i>
5. Colocar el brazalete de 3 a 4 centímetros por arriba del pliegue del codo.	
6. Palpar la arteria seleccionada con dos dedos (índice y medio, evitar uso dedo pulgar).	<i>La arteria humeral es la que ofrece mayor facilidad para la medición de la presión arterial.</i>
7. Colocar la campana del estetoscopio sobre el sitio donde localizó la arteria.	<i>Permite escuchar los sonidos oportunamente.</i>
8. Con su mano dominante cierre la válvula e insufla aire hasta que la aguja del manómetro o la columna de mercurio asciendan hasta 30 mm por arriba de la última pulsación.	<i>Al comprimir por completo la arteria se ocluye el flujo sanguíneo.</i>
9. Abrir lentamente la válvula de la perilla observando el descenso de la aguja del manómetro o de la columna de mercurio.	<i>El mercurio reacciona rápidamente a las vibraciones leves de presión.</i>
10. Abrir por completo la válvula dejando escapar el resto del aire del brazalete.	<i>El nivel exacto de la escala en el cual se escucha el primer sonido corresponde a la presión sistólica, a medida que los sonidos van desapareciendo hasta hacerlo completamente, la última pulsación es la medida de la presión diastólica.</i>
11. Retirar el brazalete limpiar el equipo y dejarlo en su lugar.	<i>El equipo limpio y bien cuidado garantiza su conservación y buen uso.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
13. Anotar la presión arterial en las hojas correspondientes.	<i>El Registro sistemático de los datos permite valorar las variaciones de las cifras obtenidas.</i>
14. Informar alguna anomalía al médico y anotar en hojas de registros de enfermería	<i>Permite realizar acciones en cuanto al tratamiento y cuidado del paciente.</i>



E. MEDICIÓN DE PESO.

DEFINICIÓN.

Es la actividad que se realiza para cuantificar la masa corporal de una persona, la cual puede expresarse en libras o kilogramos.

OBJETIVOS.

1. Determinar el peso del paciente.
2. Contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El estado nutricional de una persona estará reflejado en su peso corporal. La carencia o exceso representa un problema para la salud.

INDICACIONES.

- ✓ Por indicación médica.
- ✓ Para el cálculo de dosis de medicamentos.
- ✓ En preparación de rutina.

RECURSOS.

- ✓ Báscula e Infantómetro.
- ✓ Expediente del paciente.
- ✓ Hoja de papel si es necesario.
- ✓ Lápiz.

PRECAUCIONES.

- a) Pesar paciente con la menor ropa posible y sin zapatos cuando sea necesario.
- b) Usar papel en caso necesario.
- c) Pesar en ayunas en caso de pacientes hospitalizados.
- d) Antes de pesar a paciente debe vaciar intestino y vejiga.
- e) Vigilar que el paciente este en equilibrio.
- f) No dejar solos a niños y a personas débiles para evitar caídas.
- g) Evitar que el paciente se sostenga de la barra de la báscula.
- h) Comprobar que el puente de la báscula este en equilibrio.
- i) Verificar que la báscula esté separada de la pared.
- j) Verificar que se cumpla limpieza y mantenimiento preventivo de básculas.

PROCEDIMIENTO.

PASOS

1. Revise y calibre la báscula.

FUNDAMENTOS

Evita errores en la medición.

2. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
3. Identificar al paciente.	<i>Previene errores.</i>
4. Identificarse con el paciente.	<i>Facilita su colaboración y le da confianza.</i>
5. Solicitar al paciente que se retire el exceso de ropa accesorios y zapatos si es necesario.	<i>El exceso de ropa y accesorios altera los datos.</i>
6. Ayudar al paciente a colocarse firmemente en el centro de la plataforma.	<i>Colocarse en el centro de la plataforma evitar errores en la medición y evita accidentes.</i>
7. Registre el dato e informe al paciente.	<i>El conocimiento del dato puede favorecer el autocuidado.</i>
8. Indique y ayude al paciente a bajarse de la báscula y dejarla calibrada.	<i>Un trato humanizado hacia el paciente refleja calidad de la atención y a la vez previene accidentes.</i>
9. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>

F. MEDICIÓN DE TALLA.

DEFINICIÓN.

Es la medición de la estatura del paciente expresada en metros y/o centímetros que varía de acuerdo a la edad y desarrollo físico.

OBJETIVO.

Contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La estatura de una persona estará relacionada con su edad, el peso, condición nutricional y antecedentes genéticos.

INDICACIONES.

- ✓ Indicación médica.
- ✓ Preparación de rutina.

RECURSOS.

- ✓ Báscula con tallímetro.
- ✓ Hoja de papel.
- ✓ Expediente clínico.
- ✓ Papel y bolígrafo.

PRECAUCIONES.

- a) Solicitar a paciente que se retire calzado previo a la talla.
- b) Comprobar que la persona esté en posición erguida.

- c) En caso de tallar a personas con peinados altos colocar con firmeza la regla de medida.
- d) Verificar que se cumpla limpieza de básculas y tallímetro.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Después de pesar al paciente levantar el extremo superior de la barra de medición.	<i>Hacerlo cuidadosamente para evitar lesionar al paciente.</i>
3. Solicite al paciente que se coloque con la espalda hacia la barra de medición.	<i>Facilita hacer la medición y el paciente está cómodo.</i>
4. Coloque el extremo superior de la barra sobre la cabeza del paciente y realice la medición.	<i>Establece el límite superior de la altura y permite un dato exacto de la misma.</i>
5. Registre el dato e informe al paciente.	<i>Sirve de base para la evaluación de crecimiento, desarrollo y como apoyo al diagnóstico.</i>
6. Indique y ayude al paciente a retirarse del tallímetro.	<i>Una actitud amable hacia el paciente refleja calidad en la atención.</i>
7. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>

II. HIGIENE DE MANOS.

DEFINICIÓN.

Consiste en frotar las manos con jabón y agua o con solución hidroalcohólica en forma enérgica en todas sus superficies.

CLASIFICACIÓN.

- A. Lavado de manos común o social.
- B. Higiene de manos clínico o antiséptico.
- C. Higiene de manos Quirúrgico.

MOMENTOS PARA REALIZAR HIGIENE DE MANOS.

- 1. Antes del contacto con el paciente.
- 2. Antes de realizar una tarea aséptica.
- 3. Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- 4. Después del contacto con el paciente.
- 5. Después del contacto con el entorno del paciente.

PRECAUCIONES GENERALES.

- a) No rozar manos ni la ropa en el lavamanos.
- b) Mantener las manos más altas que los codos.
- c) No portar anillos y esclavas.
- d) No usar uñas acrílicas, ni esmalte.
- e) Usar uñas cortas, que no sobrepasen el borde del pulpejo.
- f) Retirarse el reloj de puño antes del lavado de manos.
- g) Regular el flujo de agua, para no dispersarla fuera del lavamanos y ocasionar un accidente laboral.
- h) Secarse las manos con papel toalla.
- i) Cuando no hay agua potable, realice el lavado de manos vertiendo el agua y evitando introducirlas en recipiente.
- j) Aplicar la cantidad recomendada de solución hidroalcohólica para cada higiene de manos y friccionar manos hasta que seque.

A. LAVADO DE MANOS COMÚN O SOCIAL.

DEFINICION.

Es la fricción rigurosa de todas las superficies de las manos con jabón común seguido de enjuague con agua. El tiempo es de 15 a 20 segundos.

OBJETIVO.

Eliminar la suciedad de las manos y prevenir la transmisión de microorganismos.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El lavado de manos se fundamenta en la microbiología que ha demostrado la existencia de dos clases de flora, la residente y transitoria, ambas causan infecciones asociadas a la atención sanitaria en el huésped susceptible

INDICACIONES.

- ✓ Antes de iniciar y después de terminar las labores del día.
- ✓ Antes de preparar y consumir alimentos.
- ✓ Antes y después de usar el inodoro.
- ✓ Después de manipular objetos contaminados (dinero, desechos, entre otros)
- ✓ Cuando tenga las manos visiblemente sucias.
- ✓ En actividades administrativas.

RECURSOS

- ✓ Agua.
- ✓ Jabón común.
- ✓ Papel toalla.

PRECAUCIONES.

Seguir precauciones generales.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Abrir y regular la llave del grifo.	<i>Evita derrames de agua.</i>
2. Humedecer las manos.	<i>Facilita se adhiera el jabón a la piel.</i>
3. Aplicar suficiente jabón para cubrir toda la superficie de las manos.	<i>La acción saponificadora del jabón facilita la eliminación de las partículas sucias.</i>
4. Fricción por 15 a 20 segundos en toda la superficie de las manos: a. Frotar las palmas de las manos entre sí. b. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos y viceversa.	<i>La acción mecánica de la fricción desprende los microorganismos.</i>

- c. Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.
- d. Frotar el dorso de los dedos de una mano, contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
- e. Rodear el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha y frotar con un movimiento de rotación, y viceversa.
- f. Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.

La fricción paso a paso asegura la higiene completa de las manos.

- 5. Enjuagar las manos con agua.

El agua arrastra la suciedad desprendida por gravedad.

- 6. Secar las manos con una toalla.

La humedad favorece el crecimiento de los microorganismos.

- 7. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

Evita volver a contaminar sus manos.

PASOS DEL PROCEDIMIENTO.



Mójese las manos.



Aplique suficiente jabón para cubrir todas las superficies de las manos.



Frótese las palmas de las manos entre sí.



Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos, y viceversa.



Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.



Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.



Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha, fróteselo con un movimiento de rotación, y viceversa.



Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa.



Enjuáguese las manos.



Séquese las manos con una toalla de un solo uso.



Utilice la toalla para cerrar el grifo.



Sus manos son seguras.

B. HIGIENE DE MANOS CLÍNICO O ANTISÉPTICO.

1. LAVADO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN ANTISÉPTICO.

DEFINICIÓN.

Es la fricción rigurosa de todas las superficies de las manos con jabón antiséptico seguido de enjuague con agua. El tiempo es de 40 a 60 segundos.

OBJETIVO.

Remover la suciedad, materia orgánica y eliminar la flora transitoria y disminuir la concentración de flora residente para prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria (IAS)

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La microbiología demuestra la existencia de dos clases de flora, en la piel la residente y la transitoria, ambas causan infecciones asociadas a la atención sanitaria en huésped susceptible. La flora residente para ser disminuida necesita de un jabón antiséptico con efecto residual.

INDICACIONES.

Antes de realizar procedimientos invasivos.

RECURSOS.

- ✓ Agua.
- ✓ Jabón antiséptico.
- ✓ Papel toalla.

PRECAUCIONES.

- a) Cumplir precauciones generales.
- b) Mantener jabón antiséptico en envase original.
- c) Verificar la fecha de caducidad de los jabones antisépticos.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Abrir y regular la llave del grifo.	<i>Evita derrames de agua.</i>
2. Humedecer las manos.	<i>Facilita se adhiera el jabón a la piel.</i>
3. Aplicar jabón antiséptico y cubrir ambas manos haciendo abundante espuma.	<i>Por su acción biocida los antisépticos destruyen microorganismos de la piel y por su acción biostática impiden su proliferación.</i>

4. Friccionar por 40-60 segundos en toda la superficie de las manos:

- a) Frotar las palmas de las manos entre sí
- b) Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos, y viceversa.
- c) Frotar las palmas entre sí con los dedos entrelazados.
- d) Frotar el dorso de los dedos de una mano, contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.
- e) Rodear el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha y frotar con un movimiento de rotación, y viceversa.
- f) Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa

La acción mecánica de la fricción desprende los microorganismos.

La fricción paso a paso asegura la higiene completa de las manos.

5. Enjuagar las manos con agua.

El agua arrastra la suciedad desprendida por gravedad.

6. Secar las manos con una toalla.

La humedad favorece el crecimiento de los microorganismos.

7. Utilizar la toalla para cerrar el grifo.

Evita volver a contaminar sus manos.

2. HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA.

DEFINICIÓN.

Es la fricción de todas las superficies de las manos secas con una solución hidroalcohólica, cuando las manos se encuentran visiblemente limpias. El tiempo es de 20 a 30 segundos.

OBJETIVO.

Eliminar la flora transitoria y disminuir la concentración de flora residente por medio de la aplicación de una solución antiséptica, para prevenir las Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El mecanismo de acción de los alcoholes es la desnaturalización de las proteínas de los microorganismos, en combinación con el agua en concentración al 70% permite que la acción sea más efectiva.

INDICACIONES.

- ✓ En todo momento que sea necesario.
- ✓ Manos visiblemente limpias.

RECURSO.

Solución hidroalcohólica al 70%.

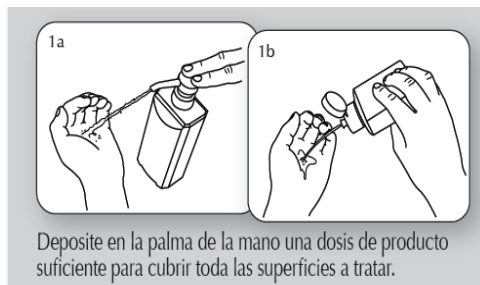
PRECAUCIONES.

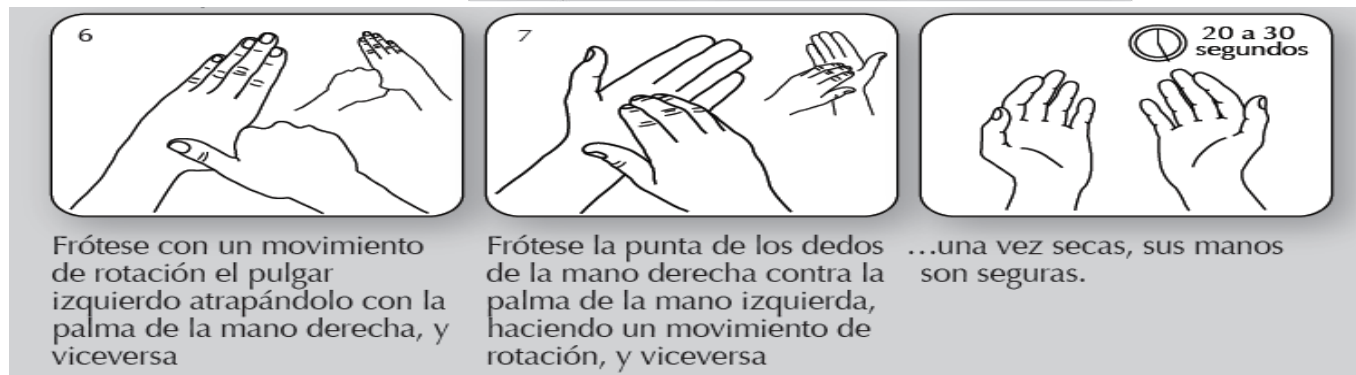
- a) Precauciones generales de la higiene de manos.
- b) La higiene de manos con solución hidroalcohólica, no debe realizarse, cuando las manos se encuentran visiblemente sucias o se ha tenido contacto con fluidos corporales o secreciones

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Aplicar una dosis de solución hidroalcohólica en el centro de la palma de una mano:	<i>La acción bactericida del antiséptico disminuye la carga bacteriana.</i>
a) Frotar las palmas de las manos entre sí.	<i>La acción mecánica de la fricción destruye los microorganismos.</i>
b) Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos, y viceversa.	
c) Frotar las palmas entre sí con los dedos entrelazados.	
d) Frotar el dorso de los dedos de una mano, contra la palma de la mano opuesta, manteniendo unidos los dedos.	
e) Rodear el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha y frotar con un movimiento de rotación, y viceversa.	
f) Frotar la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación, y viceversa	
	<i>El agua debe deslizarse desde el área menos contaminada a la más contaminada</i>

PASOS DE LA HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA.





C. HIGIENE QUIRÚRGICA DE MANOS.

DEFINICIÓN.

Es la fricción rigurosa de todas las superficies de las manos con énfasis en áreas de pliegues, región de dedos, uñas, antebrazos y codos con jabón antiséptico, seguido de enjuague con agua. El tiempo es de 5 minutos, este se puede realizar también con solución hidroalcohólica más clorhexidina.

OBJETIVO.

Eliminar carga bacteriana en manos y antebrazo del personal que participa directamente en procedimientos quirúrgicos e invasivos, para prevenir infecciones del sitio quirúrgico.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La ausencia de microorganismos patógenos en la piel requiere la aplicación de un antiséptico destinado a inhibir o destruir los microorganismos y a lograr efecto residual.

INDICACIONES.

Procedimientos invasivos, diagnósticos, terapéuticos y quirúrgicos.

RECURSOS.

- ✓ Agua limpia filtrada o tratado químicamente.

- ✓ Jabón antiséptico en recipiente original.
- ✓ Toalla o campo estéril.
- ✓ Solución hidroalcohólica más clorhexidina.

PRECAUCIONES.

- a) Cumplir con Precauciones generales de Higiene de manos.
- b) Colocarse gorro y mascarilla, previo al lavado quirúrgico.
- c) Previo al lavado quirúrgico realizarse lavado social incluyendo antebrazos.
- d) Mantener las manos más altas que los codos.
- e) Las mangas de la camisa no deben humedecerse, deberán estar cinco centímetros arriba del codo.
- f) El lavado quirúrgico se efectúa durante cinco minutos
- g) Evitar humedecer la ropa estéril del paquete al momento de tomar la toalla estéril.

1. LAVADO QUIRÚRGICO DE MANOS CON AGUA Y JABÓN ANTISÉPTICO.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Humedecer las manos, antebrazos y codos.	<i>Facilita se adhiera el jabón antiséptico a la piel.</i>
2. Limpiar por debajo de cada uña con un limpiauñas o con las mismas uñas, manteniendo las manos debajo del chorro de agua.	<i>Remueve el mayor número de bacterias.</i>
3. Aplicar jabón y distribuir en las palmas de las manos.	
4. Frotar punta de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta y viceversa.	<i>La fricción y movimientos circulares eliminan microorganismos de forma mecánica.</i>
5. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda, entrelazando los dedos, y viceversa.	<i>La fricción paso a paso asegura la higiene completa de las manos.</i>
6. Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.	

7. Frotar parte lateral de mano y friccionar las cuatro caras de cada dedo, en ambas manos.	
8. Frotar desde la muñeca hasta el codo con movimientos circulares y sin regresar por donde ya fricciono en ambos miembros, haciendo énfasis en el codo.	
9. Enjuagar cada miembro por separado empezando por las puntas de los dedos y manteniendo siempre las manos por encima del nivel de los codos.	<i>El agua debe deslizarse desde el área menos contaminada a la más contaminada</i>
10. Aplicar nuevamente jabón y distribuir en las palmas de las manos.	
11. Aplicar nuevamente jabón y	
12. Frotar la palma de la mano contra el dorso de la otra mano con los dedos entrelazados y viceversa.	
13. Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados.	<i>La fricción paso a paso asegura la higiene completa de las manos.</i>
14. Frotar parte lateral de mano y friccionar las cuatro caras de cada dedo, en ambas manos.	
15. Frotar desde la muñeca hasta tercio medio del antebrazo, con movimientos circulares en ambos miembros y sin regresar por donde ya fricciono.	
16. Enjuagar cada miembro por separado, empezando por las puntas de los dedos y manteniendo siempre las manos por encima del nivel de los codos.	<i>El agua debe deslizarse desde el área menos contaminada a la más contaminada.</i>
17. Entre al quirófano manteniendo las manos arriba a la altura de los hombros y con las palmas hacia adentro y abra la puerta con la espalda.	<i>Evita contaminarse nuevamente las manos previo a la colocación de guantes estériles.</i>
18. Secar las manos con campo estéril según protocolo.	

2. HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIÓN HIDROALCOHÓLICA MÁS CLORHEXIDINA.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Humedecer por completo manos y antebrazos.	La acción mecánica de la fricción destruye los microorganismos
2. Mantener las manos por encima del nivel del codo y alejadas del cuerpo.	
3. Aplicar jabón líquido simple.	
4. Fricción punta de los dedos y limpie uña por uña.	
5. Frotar las palmas de las manos entre sí.	
6. Frotar la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.	
7. Frotar las palmas de las manos entre sí con los dedos entrelazados	
8. Frotar el dorso de los dedos de una mano con la palma de la mano opuesta, agarrándose los dedos.	
9. Frotar con movimiento de rotación el pulgar de mano izquierdo, atrapándolo con la palma de la mano derecha y viceversa	
10. Frotar con movimiento de rotación del miembro superior izquierdo desde la muñeca, antebrazo hasta el tercio distal del brazo	
11. Repita el procedimiento con el otro miembro.	Con esta posición el agua bajará por gravedad de las partes más limpias a las más contaminadas.
12. Enjuague cada brazo separadamente comenzando de la punta de los dedos y manteniendo las manos a la altura de los hombros	
13. Seque ambas manos con toalla desechable.	
14. Aplique solución hidroalcohólica + clorhexidina en el siguiente orden:	
Bombeo 1: Mano dominante. <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aplique 2 ml. de solución en la palma de una mano, con la bomba de pie. ✓ Coloque la punta de los dedos de la mano contraria en la solución y fricción para preparar las uñas. ✓ Disperse el resto de solución en la mano, continuando dedo por dedo, antebrazo hasta el 	Por su acción biocida los antisépticos destruyen microorganismos de la piel y por su

codo cubriendo toda la superficie con movimiento rotatorio.	acción biostática impiden su proliferación.
Bombeo 2: Mano no dominante. ✓ Aplique otros 2 ml. de solución y repita la operación en la mano y antebrazo opuesto	
Bombeo 3: Ambas manos ✓ Aplique 2 ml. de solución en el centro de la palma de una mano y friccione en el siguiente orden:	
a) Frótese las palmas de las manos entre sí. b) Frótese la palma de la mano derecha contra el dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa, extendiéndose hasta la muñeca c) Para facilitar el secado continúe friccionando hasta que seque la solución.	La acción del antiséptico conlleva efecto residual, en la inhibición del crecimiento de los microorganismos
15. Entre al quirófano manteniendo las manos arriba a la altura de los hombros y con las palmas hacia adentro y abra la puerta con la espalda.	Evita contaminarse nuevamente las manos previo a la colocación de guantes estériles

III. COLOCACIÓN DE BARRERAS DE PROTECCIÓN PERSONAL.

DEFINICIÓN.

Son barreras físicas de uso individual que se utilizan para proteger al paciente en procedimientos quirúrgicos o para proteger al personal de enfermería de gérmenes causantes de enfermedades transmisibles.

OBJETIVOS.

1. Prevenir la transmisión de infecciones entre pacientes y personal.
2. Crear una barrera entre las áreas aséptica y séptica.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Los microorganismos pueden transmitirse directamente desde su origen hasta un huésped susceptible mediante el contacto con áreas infectadas del cuerpo o material utilizado que contiene agentes patógenos, estos son arrastrados o llevados por el aire, el agua, insectos, animales y seres humanos, por lo que se hace necesario utilizar barreras protectoras al realizar procedimientos.

A. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE GORRO.

DEFINICIÓN.

El gorro es una pieza de material descartable que se utiliza para cubrir el cabello, evitando el esparcimiento de agentes patógenos.


RECURSOS.

- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Gorro descartable.

PRECAUCIONES.

- a) Cerciorarse que el gorro esté en buen estado y limpio.
- b) Asegurar la colocación del gorro en la cabeza, cubriendo el cabello completamente.
- c) La colocación del gorro desechable será la primera maniobra que se realiza antes de un procedimiento, (siempre que se requiera)
- d) Sustituir el gorro al rasgarse.
- e) Si usa lentes cubrir las patas con el gorro.
- f) En áreas cerradas usar el gorro por turno, si no existe contaminación.

PROCEDIMIENTO.

PASOS		FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.		<i>Previene infecciones.</i>
2. Abrir el gorro y Colocar lo frente a usted.		<i>Verifica el buen estado del gorro.</i>
3. Cubra el cabello y las orejas completamente.		<i>Reduce el riesgo de contaminación.</i>
4. Colocar las cintas de amarre hacia atrás; si es elástico solamente colocarlo.		<i>Permite la fijación del gorro.</i>
5. Amarrar las cintas.		<i>Evita que cuelguen y contaminen el gabachón.</i>
6. Retirarlo de adelante hacia atrás deslizando los dedos por debajo del gorro y por encima de las orejas, y empujar hacia afuera.		<i>Evita la contaminación.</i>
7. Descartarlo en recipiente respectivo		<i>Cumplir con norma de manejo de desechos sólidos.</i>

B. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE MASCARILLA.

DEFINICIÓN.

Aislamiento o filtro de las vías respiratorias que previene la transmisión de bacterias a través de secreciones orales y gotas de saliva del personal hacia el material, equipo y campo quirúrgico y del paciente al personal.

OBJETIVO.

Prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire y cuya puerta de entrada o salida sea el aparato respiratorio.

RECURSOS.

Solución hidroalcohólica.

Mascarilla.

PRECAUCIONES.

- La mascarilla se debe de usar en paciente en aislamiento, al realizar un procedimiento aséptico.

- b) Cambiarla cuando tose, estornuda o se moja por el sudor o la respiración o secreciones y fluidos del paciente.
- c) No tocar la mascarilla mientras está en uso.
- d) Cubrir nariz y boca y no dejarla colgando del cuello.
- e) Hablar solo lo necesario al tenerla colocada.
- f) No colocarla nunca en los bolsillos luego de usarla.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Extraer mascarilla identificando borde superior y lado que debe quedar en contacto nariz y boca.	<i>Permite la colocación correcta de la mascarilla.</i>
3. Colocar la mascarilla sobre nariz y boca asegurando que los pliegues queden hacia abajo.	<i>Previene la transmisión de microorganismos hacia el campo de trabajo.</i>
4. Anude las cintas superiores arriba de las orejas; pasando las cintas inferiores por debajo de la barbilla sujetándolas detrás del cuello.	<i>Garantiza la fijación de la mascarilla.</i>
5. Al retirarla deshacer los nudos tocando solo las cintas, soltando primero las inferiores luego las superiores.	<i>Evita que la mascarilla caiga sobre el uniforme.</i>
6. Descartar la mascarilla.	<i>Se cumple norma de desechos sólidos.</i>
7. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>

C. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE LENTES PROTECTORES.

DEFINICIÓN.

Barreras impermeables para protección de la cara o mucosa ocular ante salpicaduras de sangre o fluidos contaminantes a fin de evitar la transmisión de microorganismos.

RECURSOS.

- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Lentes protectores.

PRECAUCIONES.

- a) Colocarse gorro y mascarilla antes de las gafas

- b) Proteger los ojos siempre que se asiste al usuario en procedimientos que pueden producir salpicaduras con fluidos corporales
- c) Al retirar las gafas asegúrese de no tocar su cara.
- d) Si los lentes se empañan ajuste nuevamente la mascarilla.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Coloque los lentes protectores ajustándolos perfectamente en el tabique nasal.	<i>Proporciona seguridad y comodidad al personal.</i>
3. Retirarse los lentes protectores de atrás hacia adelante.	<i>Evita contaminarse la cara.</i>
4. Someterlos a un proceso de limpieza y desinfección (tipo de solución)	<i>Disminuir los microorganismos.</i>

D. TÉCNICA DE COLOCACIÓN DE GABACHÓN.

DEFINICIÓN.

Es una prenda de tela o material sintético estéril o limpio, que sirve para cubrir la mayor área del cuerpo evitando el esparcimiento de agentes patógenos del paciente y del equipo durante el procedimiento.

RECURSOS.

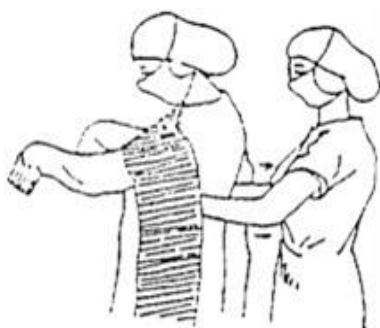
- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Gabachón limpio o estéril.

PRECAUCIONES.

- a) El gabachón deberá usarse siempre que la ropa del personal de enfermería pueda estar en contacto con pacientes contaminados con agentes patógenos.
- b) Deberá usarse solamente dentro del cuarto, no fuera de él.
- c) El gabachón debe cubrir por completo el uniforme del personal de enfermería.
- d) Si el gabachón se cuelga dentro del cuarto del paciente, el lado contaminado colocarlo hacia afuera.
- e) Si el gabachón se cuelga fuera del cuarto del enfermo el lado contaminado doblado hacia adentro.
- f) Cerciorarse que el gabachón esté en buenas condiciones.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Tomar el gabachón por la parte interna del cuello, sosteniéndolo de modo que se desdoble solo.	<i>Permite la visualización de la prenda.</i>
3. Introducir las manos a la manga cuidadosamente.	<i>Evita tocar la parte exterior del gabachón y contaminarlo.</i>
4. Colocar los dedos dentro del cuello por delante siguiendo hacia atrás y se amarra.	<i>Permite mayor comodidad en su uso.</i>
5. Tomar las dos orillas de la abertura del gabachón y cruzar el lado derecho sobre el izquierdo.	<i>Protege la ropa del personal.</i>
6. Colocar los extremos del cinturón atrás y amarrarlo.	<i>Da seguridad en el uso.</i>
7. En caso de usar el gabachón estéril solicitar a la circular que sujete el gabachón por el lado interno y tirará de él hacia atrás.	<i>Mantiene la esterilidad de la prenda.</i>
8. Rotar hacia los lados con leve inclinación hacia adelante permitiendo que la circular tome los extremos de las cintas para sujetarlo por la cintura.	



E. TÉCNICA DE RETIRO DE GABACHÓN.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Retirar gabachón de la siguiente forma: a) Soltar las cintas del cuello. b) Soltar las cintas de la cintura c) Coloque el dedo índice de una mano debajo del puño de la otra manga, y tire de esta hacia la mano. d) Con la mano cubierta, agarre la superficie exterior de la otra manga y tire de ella hacia la mano. e) Saque de las mangas los brazos, tocando solo el interior del gabachón. f) Sosteniendo el gabachón por el interior de las costuras de los hombros, dóblelo por la línea media longitudinalmente sin tocar el exterior. g) Tome la banda del cuello del gabachón y colóquelo en el portagabachón, de modo que el lado contaminado quede hacia afuera si queda adentro de la habitación. h) Si el gabachón queda afuera de la habitación, se dobla de manera que el lado contaminado quede hacia adentro.	<i>Evita la transmisión de microorganismos.</i>
3. Retirar guantes.	<i>Se cumple Norma de desechos bioinfecciosos.</i>
4. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
5. Soltar la cinta del cuello y del cinturón.	<i>Facilita el retiro</i>
6. Meter los dedos debajo del puño para aflojarlo y sacar la primera manga.	<i>Se consideran superficies más limpias que el resto del gabachón</i>
7. Dejando la mano dentro de esa manga tomar la otra manga a través de la tela y sacar la bata.	<i>Evita contaminar la mano con la superficie exterior de la bata</i>
8. Doblar la bata en cuanto las manos se encuentren al nivel de los hombros.	<i>Conserva el área de menor contaminación.</i>
9. Sostener la bata por el cuello y doblarla por la mitad	

10. Colgar el gabachón cuidadosamente en el lugar apropiado. Si se deja dentro del cubículo dejar la cara externa hacia afuera; si se coloca fuera del cubículo colgarla con la cara externa hacia adentro.

Medidas de bioseguridad.

11. Higiene de manos.

Previene infecciones cruzadas.

F. PASOS PARA RETIRARSE EL GABACHÓN DESPUÉS DE UN PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. La persona que circula el procedimiento desata cintas del cuello y cintura.	<i>Evita la contaminación del cabello y uniforme.</i>
2. Con las puntas de los dedos tomar el gabachón a nivel de hombros y retirarlo.	<i>Facilita el retiro del gabachón.</i>
3. Retirarse los guantes sucios.	<i>Evita diseminar contaminación.</i>
4. Colocarse guantes no estériles y proceder a lavar material.	



G. TÉCNICA COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES CON TÉCNICA ABIERTA.

DEFINICIÓN.

Es la técnica utilizada para cubrir las manos con guantes estériles.

OBJETIVOS.

1. Manipular equipo y material estéril.
2. Proteger al paciente contra infecciones cruzadas.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Los microorganismos pueden transmitirse directamente desde su origen hasta un huésped susceptible mediante el contacto con áreas infectadas del cuerpo o con el material utilizado que contiene agentes infecciosos. Los guantes estériles actúan como barreras para evitar dicha transmisión.

INDICACIONES.

Manejo de material estéril.



RECURSOS.

- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Guantes estériles.

PRECAUCIONES.

- a) Antes de calzarse los guantes las manos deben estar limpias y secas.
- b) Mantener las uñas cortas.
- c) Cerciorarse que los guantes estén estériles y en buenas condiciones antes de calzárselos.
- d) Evitar el contacto con superficies no estériles.
- e) Mantener las manos enguantadas por arriba de la cintura y por debajo de los hombros.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Abrir la cubierta que contiene los guantes por el doblez externo, de modo que los puños de los guantes queden al frente.	<i>Facilita la técnica.</i> 
3. Identificar el guante derecho e izquierdo y manteniéndolos separados del cuerpo y por arriba de la cintura.	<i>Evita que los guantes se contaminen.</i>
4. Con el pulgar y los dos primeros dedos de la mano no dominante sujete el borde del puño del guante que se calzara en la mano dominante.	<i>Facilita calzarse los guantes.</i> 

5. Introduzca despacio la mano dominante en el guante de manera que cada dedo coincida con el guante y deje el puño doblado hacia abajo.

Se considera estéril la parte interna del dobléz del guante.



6. Con la mano enguantada deslice los dedos por debajo del puño del otro guante e introduzca despacio la mano no dominante en el guante de manera que cada dedo coincida con el guante

Se considera estéril debajo del dobléz, la parte exterior del dobléz del guante entrara en contacto con la piel y por lo tanto no se considera estéril



7. Ajuste cada uno de sus guantes y tire hacia arriba cada uno de los puños, deslizándolos con los dedos.

Los guantes ajustados a las manos permiten mayor comodidad y seguridad.

H. COLOCACIÓN DE GUANTES ESTÉRILES CON TÉCNICA CERRADA.

DEFINICIÓN.

Es la técnica utilizada para cubrir las manos con guantes estériles, para llevar a cabo una asepsia estricta.

OBJETIVOS.

1. Realizar procedimientos médicos y quirúrgicos que requieran técnica aséptica.
2. Manejar equipo y material estéril.

INDICACIONES.

Procedimientos quirúrgicos invasivos.




RECURSOS.

- ✓ Solución hidroalcohólica
- ✓ Guantes estériles

PRECAUCIONES.

- a) Antes de calzarse los guantes las manos deben estar limpias y secas
- b) Mantener las uñas cortas
- c) Cerciorarse que los guantes estén estériles y en buenas condiciones antes de calzárselos
- d) Evitar el contacto con superficies no estériles
- e) Mantener las manos enguantadas por arriba de la cintura y por debajo de los hombros.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Abrir la cubierta de los guantes de modo que la parte interna quede hacia el frente.	<i>Facilita la técnica.</i>
3. Con las manos dentro del gabachón levantar el guante de la mano no dominante por el puño.	<i>Mantiene la técnica aséptica.</i>
4. Sin girar la palma de la mano no dominante colocar el guante con los dedos dirigido a nivel de la cintura y el pulgar hacia abajo.	
5. Mover la mano izquierda de manera que los dedos lleguen a la mitad del puño de la bata, No se deben salir del puño o tocar el extremo del mismo.	
6. Con la mano dominante aun por dentro de la manga, tomar el puño todavía doblado del guante y tirar de él colocándolo sobre la mano no dominante sobrepasando el puño de la manga. Sujetar el doblez inferior del guante con el dedo pulgar.	<i>Mantiene la técnica aséptica</i>
7. Tomar con la mano dominante, todavía dentro de la manga el otro guante y el puño de la bata y deslizarlo en la mano.	
8. Colocar el otro guante de la misma forma.	

I. TÉCNICA DE RETIRO DE GUANTES.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Terminado el procedimiento, enjuague los guantes.	<i>Disminuye microorganismos adheridos al guante</i>
2. Tome entre el pulgar y el índice de una mano el dorso del guante opuesto.	<i>Evita contaminarse las manos.</i>
3. Tire del guante, sin sacar completamente los dedos.	
4. Tome entre el pulgar y el índice de ésta mano, el dorso del otro guante y tire.	

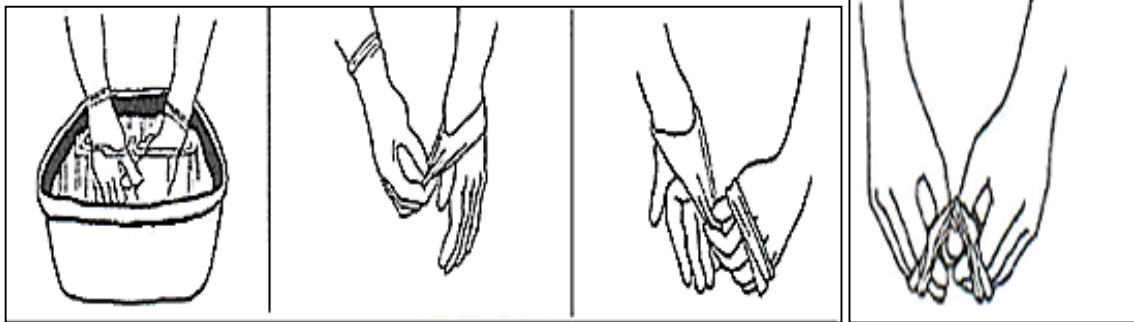
5. Deslice los dedos y empuje hasta retirar completamente los guantes.

6. Colóquelos en el depósito destinado a desechos bioinfecciosos.

7. Higiene de manos.

Se cumple norma de desechos bioinfecciosos.

Previene infecciones cruzadas.



IV. TÉCNICA ARREGLO DE LA UNIDAD DEL PACIENTE.

A. TÉCNICA DE ARREGLO DE CAMA CERRADA.

DEFINICIÓN.

Es el arreglo de la cama para ser utilizado por un paciente próximo a ingresar.

OBJETIVO.

Disponer de una cama lista para el ingreso de un paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El cambio de entorno del hogar hacia el hospital genera temor, por lo que al encontrar un ambiente limpio y ordenado al ingreso disminuye la ansiedad al paciente y familia, sintiéndose seguro.

INDICACIONES.

Recibir ingreso de pacientes.

RECURSOS.

- ✓ Sábana.
- ✓ Sábana tirante.
- ✓ Frazada.
- ✓ Pantalón y camisa o bata.

PRECAUCION.

Verificar que la cama este limpia y desinfectada.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita las infecciones cruzadas.</i>
2. Colocar la ropa de cama limpia en orden y llevarla cerca de la cama del paciente.	<i>Optimiza el tiempo del procedimiento.</i>
3. Colocar la sabana base (doblada al revés) en la parte media superior del colchón deslizarla hacia el nivel del extremo inferior de este.	<i>Facilita el procedimiento sin extender la ropa innecesariamente.</i>
4. Sujetar las puntas de la sabana en el extremo superior e inferior, por debajo del colchón.	<i>Evita el desplazamiento de la sábana base y da estética a la cama.</i>

5. Colocar sábana clínica sobre el tercio medio del colchón, e introducirla debajo de éste, junto con la sábana base.	<i>La sábana tirante se utiliza para la movilización del paciente.</i>
6. Colocar la frazada 25 cm por debajo del borde superior del colchón.	<i>Mantiene la temperatura corporal del paciente.</i>
7. Doblar sobre sí misma la sabana superior para cubrir la frazada al lado de la cabecera.	<i>Evita el contacto de la piel del paciente con la frazada, previniendo incomodidad.</i>
8. Introduce en la parte inferior del colchón sábana y frazada.	<i>Garantiza cubrir los pies del paciente y evita desordenar la ropa.</i>
9. Pasar al otro lado de la cama y terminar de vestirla en el mismo orden, dejando la ropa completamente estirada.	<i>Los pliegues y costura de ropa de la cama incrementan la aparición de úlceras por presión.</i>
10. Colocar bata o pantalón y camisa sobre la unidad arreglada.	<i>Permite comodidad al paciente.</i>
11. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>

B. TÉCNICA DE ARREGLO DE CAMA ABIERTA.

DEFINICIÓN.

Es la cama que se prepara cuando el paciente deambula, o por algún motivo no se encuentra en ella.

OBJETIVO.

Mantener la cama lista para el regreso del paciente.

PRINCIPIO CIENTIFICO.

La limpieza y el orden de la cama es uno de los factores que contribuyen en la reacción emocional del paciente. El arreglo cuidadoso y el aspecto confortable de la unidad produce en el paciente confianza y seguridad.

INDICACIONES.

Pacientes que deambulan.

RECURSOS.

- ✓ 2 Sábanas.
- ✓ 1 Sábana tirante.
- ✓ 1 frazada.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
A partir de la cama cerrada realizar los siguientes pasos:	
1. Deslizar la parte superior de la sabana, y frazada hacia el tercio medio de la cama, haciendo un ángulo.	Permite la percepción de que la cama esta lista a la espera del paciente.
2. Lavarse las manos	Previene infecciones cruzadas

C. TÉCNICA ARREGLO DE CAMA EN RECUPERACIÓN POST – OPERATORIA.

DEFINICIÓN.

Es la cama que se prepara para recibir al paciente post- operado.

OBJETIVO.

Ofrecer al paciente post operado una cama segura y cómoda.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Los medicamentos anestésicos, pueden provocar náuseas y vómitos en el post operatorio, por lo que se debe mantener la cama del paciente preparada para el cuidado inmediato.

INDICACION.

Pacientes en post operatorio inmediato.

RECURSOS.

- ✓ 2 Sábanas.
- ✓ 3 Sábana tirante.
- ✓ 1 frazada.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
Realizar pasos de cama cerrada del 1 al 11.	
1. Doblar la sabana tirante en forma de abanico y colocarla a la cabecera del paciente.	Se utiliza para proteger el resto de la ropa en caso de vómito, evitando levantar al paciente.

2. Colocar otra sábana tirante doblada en dos a nivel torácico abdominal.	<i>Evita la humedad en casos de drenajes.</i>
3. Extender sabana superior y frazada cubriendo la superficie de la cama.	<i>Permite mantener la cama con temperatura adecuada para el paciente en el post operatorio inmediato, ya que por el efecto de los anestésicos y la pérdida de sangre durante la cirugía, se disminuye la temperatura corporal.</i>
4. Lavado de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>

D. TÉCNICA DE ARREGLO DE CAMA CON PACIENTE.

DEFINICIÓN.

Es la cama que se prepara mientras el paciente permanece en ella.

OBJETIVOS.

1. Proporcionar comodidad y confort al paciente
2. Mantener el entorno del paciente limpio y ordenado.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Los microorganismos pueden pasar de la fuente de origen a un nuevo huésped por contacto directo o indirecto, a través del aire, por objetos contaminados. Por esta razón la ropa del paciente encamado deberá manipularse en forma cuidadosa.

INDICACIONES.

- ✓ Pacientes inconscientes.
- ✓ Pacientes en reposo absoluto.

RECURSOS.

- ✓ 2 Sábanas.
- ✓ 2 Sábana tirante.
- ✓ Frazada.
- ✓ Pantalón y camisa o bata.
- ✓ Pañal desechable si es necesario.
- ✓ Depósito para la ropa sucia.

PRECAUCIONES.

- a) Mantener elevados los barandales del lado contrario de donde se va a iniciar el cambio de la ropa.
- b) Mantener siempre cubierto al paciente durante el cambio con sábana clínica limpia.
- c) Movilizar cuidadosamente al paciente con base al diagnóstico.
- d) Solicitar ayuda siempre que sea necesario.

- e) En caso que este contraindicado colocar al paciente en decúbito supino mantener el respaldo.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Disminuye la presencia de microorganismos.</i>
2. Llevar la ropa cerca de la unidad del paciente.	<i>Ahorra tiempo y energía física</i>
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Disminuye la ansiedad al paciente y genera confianza.</i>
4. Bajar el respaldo si no está contraindicado y aflojar ropa de cama.	<i>Facilita la realización de la técnica.</i>
5. Solicitar al paciente que se coloque en decúbito lateral al lado contrario de donde se trabajará; si la condición del paciente lo permite.	
6. Doblar la sábana corriente superior hacia el paciente.	<i>Evita el contacto de la ropa sucia con la ropa limpia.</i>
7. Doblar o enrollar la sábana corriente inferior y la sábana tirante hacia abajo del paciente.	
8. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
9. Cambiar la bata o pijama del paciente.	<i>Mantiene la individualidad del paciente.</i>
10. Colocar la sábana corriente inferior, luego la sábana tirante estirándolas debidamente desde la cabecera hacia los pies.	<i>Evita irritación cutánea y previene úlceras por presión.</i>
11. Subir la baranda del lado trabajado y pedir al paciente que se coloque en posición decúbito lateral del lado arreglado.	<i>Previene caídas del paciente.</i>
12. Pasar al lado contrario de la cama, retirar la ropa sucia y colocarla en depósito respectivo.	<i>Disminuye la contaminación del entorno.</i>
13. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas después del contacto con la ropa sucia.</i>
14. Estirar y fijar las sábanas limpias por debajo del colchón.	<i>Evita pliegues que puedan causar laceraciones en la piel del paciente.</i>
15. Colocar la sábana corriente superior limpia.	<i>Proporciona confort al paciente.</i>
16. Dejar al paciente en posición anatómica.	
17. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
18. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Se documentan las acciones realizadas y permite la continuidad del cuidado.</i>

V. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO O ADMISIÓN DEL PACIENTE A UN SERVICIO HOSPITALARIO.

DEFINICIÓN.

Es el conjunto de actividades Técnico – Administrativas, que se realizan desde el momento de la admisión del paciente a un servicio hospitalario, para brindarle atención de acuerdo a sus necesidades o problemas de salud, mediante recursos adecuados.

CLASIFICACION.

A. INGRESO PROGRAMADO.

Se refiere en caso de que el paciente requiere de atención médica previa evaluación de su padecimiento en los niveles primarios o secundarios de salud y el médico determina que requiere hospitalización.

B. INGRESO EN EMERGENCIA.

DEFINICIÓN.

Es el proceso de atención de enfermería desde el momento que le indican ingreso al paciente en la Emergencia hasta que se traslada a un servicio de hospitalización.

OBJETIVOS.

1. Agilizar el proceso de ingreso para brindar atención oportuna y contribuir al diagnóstico, tratamiento y recuperación del paciente
2. Establecer comunicación directa y adecuada con el paciente y la familia ofreciendo información y orientación general sobre su ingreso.
3. Identificar las necesidades de cuidados del paciente y proporcionar atención de enfermería inmediata según su estado de salud.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Cuando el estado de salud de la persona se ve interrumpido por alguna patología, y no se puede resolver ambulatoriamente, se vuelve necesario ingresarlo en un centro hospitalario. Un recibimiento cordial y amable disminuirá la ansiedad y temor, en el paciente y familia.

INDICACIONES.

Prescripción médica.

RECURSOS.

- ✓ Libro de registro de ingreso.

- ✓ Expediente clínico.
- ✓ Bata o pijama.
- ✓ Brazaletes de identificación.
- ✓ Frascos y tubos para muestras de exámenes de Laboratorio.
- ✓ Carro camilla o silla de ruedas.
- ✓ Boletas firmadas para toma de exámenes indicados.
- ✓ Equipo de signos vitales.
- ✓ Equipo médico e insumos según el diagnóstico.

PRECAUCIONES.

- a) Recibir al paciente y familia con amabilidad y cortesía, generando un clima de confianza.
- b) Preservar su intimidad, privacidad y confidencialidad
- c) Orientar a familiares sobre objetos de uso personal.
- d) Valorar y registrar los riesgos del paciente.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Revisar indicaciones médicas y verificar que la documentación esté completa.	<i>Dar seguimiento al tratamiento prescrito oportunamente.</i>
3. Identificar al paciente.	
4. Saludar cordialmente al paciente y familia e identificarse.	<i>Genera confianza.</i>
5. Orientar al paciente y familiares sobre el proceso de ingreso, derechos y deberes a cumplir.	
6. Orientar o ayudar que se efectúe cambio de ropa hospitalaria y que entregue pertenencias a guardarropía o familiares.	<i>Evita extravío de pertenencias del paciente.</i>
7. Identificar al paciente colocándole brazaletes con datos de acuerdo a expediente clínico.	<i>Evita errores</i>
8. Solicitar y retirar medicamentos de farmacia.	<i>Dar cumplimiento al tratamiento del paciente.</i>
9. Cumplir indicaciones médicas de emergencia (estudios complementarios).	<i>Contribuir oportunamente al diagnóstico médico y al tratamiento del paciente.</i>
10. Envío de muestras al laboratorio, si procede.	

11. Coordinar asignación de cama con enfermera responsable del servicio de ingreso, informando condición del paciente y tratamiento indicado.	<i>Asegura que el paciente tenga preparada la unidad asignada, con el equipamiento necesario de acuerdo a su condición de salud.</i>
12. Gestionar trámite de ingreso con Recepción.	
13. Registrar el ingreso en libro correspondiente.	<i>Contribuye al record estadístico hospitalario.</i>
14. Elaborar notas de enfermería tomando en cuenta: a) Fecha y hora de ingreso. b) Condición y estado general del paciente. c) Cumplimiento del tratamiento indicado. d) Control de signos vitales e) Detallar medicamentos y resultados de exámenes de laboratorio clínico y gabinete que se entregan. f) Detallar destino y características de las pertenencias y prótesis del paciente.	<i>Seguimiento sistemático del cumplimiento y cuidado de enfermería.</i>
15. Trasladar paciente al servicio.	

C. TRASLADO DE PACIENTE A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS E INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

DEFINICIÓN.

Es el procedimiento por medio del cual se traslada temporalmente al paciente de un servicio a otro para que le sea practicada una intervención quirúrgica o una prueba diagnóstica, manteniendo la continuidad del tratamiento y los cuidados.

OBJETIVO.

Realizar el traslado del paciente a otra unidad del hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Proporcionar seguridad, comodidad y apoyo al paciente que será intervenido o tiene indicado una prueba diagnóstica específica.

DESCRIPCIÓN.

El proceso de traslado dentro y fuera del hospital se realiza para llevar a cabo tratamientos o pruebas diagnósticas que se utilizan para confirmar terapias prescritas o realizar cambios en el manejo del tratamiento. Se debe realizar promoviendo la seguridad, comodidad e información adecuada al paciente y familiares.

INDICACIONES.

Paciente que por su condición de salud tiene indicada una intervención quirúrgica o prueba complementaria.

RECURSOS.

- ✓ Camilla o silla de rueda.
- ✓ Ropa de cama.
- ✓ Bata limpia.
- ✓ Hoja de solicitud de examen e indicaciones específicas detallando fecha y hora del examen.
- ✓ Expediente clínico con reportes de exámenes de gabinete, hoja de reporte operatorio, valoraciones preoperatorios y placas de estudios radiológicos.
- ✓ Formulario destinado para obtener consentimiento informado debidamente firmado por paciente y testigos.
- ✓ Medicamentos del momento operatorio. cuando aplique.

PRECAUCIONES.

- a) Verificar datos de identificación del paciente, con la hoja de la prueba solicitada y lugar donde se realizará el procedimiento quirúrgico.
- b) Informar al paciente y/o familia sobre procedimiento.
- c) Comprobar y adjuntar consentimiento informado, por el paciente/familia para la prueba complementaria o cirugía.
- d) Solicitar transporte, cuando se traslade el paciente a otro centro hospitalario de mayor complejidad tomando en cuenta edad, estado general del paciente y diagnóstico, según normas vigentes.
- e) Si el examen o procedimiento se realizará en un horario en el que al paciente deba administrársele medicamentos y que por su estado no puedan diferirse, el personal de enfermería deberá llevar los recursos necesarios para su administración al lugar donde se traslade al paciente.
- f) Adjuntar documentación requerida, según protocolo de la prueba.
- g) Revisar que el paciente cumpla con la preparación requerida para el examen.
- h) Revisar el correcto estado de higiene, drenajes, sueros, catéteres y otros dispositivos.
- i) No dejar al paciente solo hasta que sea recibido en su lugar de destino, es decir, el personal del Servicio o Unidad de recepción del paciente asumirá la responsabilidad de los cuidados del paciente durante la realización de la prueba. Registrará los cuidados realizados durante la misma.
- j) Una vez recibido el paciente en la unidad de origen tras la realización de la prueba, se registrará en hoja de Enfermería las incidencias y evolución del paciente durante la realización de la misma (comunicadas por el personal de la unidad donde se ha realizado la prueba). Ej.: alergias a contrastes, desfallecimientos
- k) Recuperar los medios utilizados durante el traslado propiedad de la unidad de origen.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
2. Preparar el expediente clínico anterior y el actual.	<i>La documentación ordenada y completa ahorra el tiempo y el esfuerzo evitando de esta manera retraso en la atención del paciente.</i>
3. Verificar que el formulario destinado para obtener el CONSENTIMIENTO INFORMADO esté previamente firmado por paciente y testigos.	
4. Verificar la documentación necesaria, valoraciones y estudios para la realización del procedimiento.	
5. Identificar al paciente.	<i>Evita errores.</i>
6. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento	<i>Genera confianza, seguridad y colaboración del paciente.</i>
7. Colocar brazalete de identificación con el nombre completo del paciente, número de afiliación y servicio donde está ingresado.	<i>Evita errores.</i>
8. Verificar que el paciente este en ayunas (si está indicado) y en condiciones generales para pasar a sala de operaciones o al lugar donde le realizarán el procedimiento.	<i>Evita complicaciones y/o suspensión del procedimiento.</i>
9. Revisar región operatoria o área del procedimiento para la realización de la prueba complementaria indicada.	<i>Cumplimiento de protocolos según procedimiento.</i>
10. Cumplir las indicaciones previas al procedimiento	
11. Controlar las constantes vitales antes del traslado.	<i>Las constantes vitales son signos que el paciente se encuentra hemodinámicamente estable o inestable.</i>
12. Cerciorarse de la adecuada higiene del paciente y revisar el correcto estado de soluciones, catéteres y otros dispositivos.	<i>Garantiza la continuidad de los cuidados y tratamientos en el traslado.</i>
13. Trasladar al paciente al lugar indicado tomando en cuenta las precauciones.	<i>Garantiza la seguridad del paciente.</i>
14. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
15. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Documenta las acciones de enfermería y continuidad al tratamiento.</i>

16. Registrar e informar a alimentación y dietas sobre la continuidad de la dieta del paciente y verificar su cumplimiento, registrar en el plan de cuidados.

Asegura la continuidad de la dieta del paciente.

D. RECEPCIÓN DEL PACIENTE POST EXPLORACIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS.

DEFINICIÓN.

Es el procedimiento por medio del cual se recibe un paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente y será trasladado a su unidad correspondiente.

OBJETIVO.

Proporcionar cuidados de enfermería en el postoperatorio inmediato al paciente quirúrgico, verificando el estado hemodinámico y de conciencia al recibirlo.

PRINCIPIO CIENTIFICO.

El choque anestésico y la pérdida de sangre durante la operación, producen alteración en las constantes vitales y estado de conciencia, por lo cual el paciente post operado amerita una mayor vigilancia en su evolución posterior a la cirugía.

INDICACIONES.

Paciente que ha sido intervenido quirúrgicamente o se le han realizado estudios exploratorios.

RECURSOS.

- ✓ Camilla.
- ✓ Tensiómetro.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Ropa de cama.
- ✓ Expediente clínico.
- ✓ Hoja de reporte operatorio.
- ✓ Placas de estudios radiológicos.
- ✓ Medicamentos.
- ✓ Cilindro de oxígeno portátil si es necesario.

PRECAUCIONES.

- a) Movilizar al paciente según tipo de anestesia e intervención quirúrgica.
- b) Evaluar estado de conciencia del paciente.
- c) Proteger al paciente de lesiones durante se encuentre bajo efectos de anestesia.
- d) El personal de Enfermería de recuperación debe verificar y registrar constantes vitales previo a entregar al paciente.

- e) El personal de enfermería que recibe al paciente, debe verificar las constantes vitales de éste al llegar al servicio.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Verificar estado de conciencia del paciente, identificarlo revisando brazalete y expediente clínico.	<i>Evita errores y evalúa estado hemodinámico del paciente.</i>
3. Controla pulso y frecuencia respiratoria, los anota en hoja de signos vitales y verifica última presión arterial registrada.	
4. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
5. Revisa la permeabilidad y funcionamiento de catéteres, sistemas de drenaje y verifica estado de apósitos de región operatoria.	<i>Garantiza la continuidad del tratamiento. Verifica si hay presencia de sangramiento</i>
6. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
7. Revisar el expediente clínico completo: verifica el balance hídrico, hoja de temperatura y pulso, verificando que esté graficada la intervención quirúrgica, notas de enfermería, hoja de reporte operatorio y de anestesia.	<i>Mantiene la continuidad de los cuidados, el tratamiento y manejo correcto del expediente clínico.</i>
8. Verificar el cumplimiento de indicaciones médicas y recibir medicamentos indicados y estudios de laboratorio y gabinete.	
9. Trasladar al paciente a su unidad, cubierto y con barandales funcionando adecuadamente.	<i>Evita accidentes y mantiene temperatura corporal.</i>
10. Controlar presión arterial.	<i>Verifica estado hemodinámico.</i>
11. Dejar confortable al paciente y con medidas de protección y dependiendo del estado de conciencia se le deberá explicar sobre cuidados a seguir	<i>Permite la comodidad, recuperación y continuidad del tratamiento del paciente.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
13. Elaborar nota de enfermería.	<i>Documenta las acciones de enfermería y continuidad al tratamiento.</i>

E. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO SERVICIO DEL MISMO HOSPITAL.

DEFINICIÓN.

Traslado del paciente a un servicio específico para su tratamiento.

OBJETIVO.

Continuar el tratamiento médico en la unidad de transferencia.

INDICACIÓN.

Por indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Expediente clínico completo.
- ✓ Tarjetas de cuidados.
- ✓ Tarjetas de medicamentos.
- ✓ Medicamentos indicados.
- ✓ Silla de rueda, carro o camilla.
- ✓ Movimiento diario de pacientes.
- ✓ Libro de ingreso y egresos.
- ✓ Cilindro de oxígeno portátil si es necesario.

PRECAUCIONES.

- a) Coordinar traslado con Enfermera responsable del servicio de referencia.
- b) Entregar paciente en buenas condiciones de higiene.
- c) Notificar al paciente sobre el traslado si el paciente lo permite.
- d) Todo paciente en estado delicado debe ser entregado por enfermera general.
- e) Evaluar condición del paciente antes de movilizarlo y solicitar los recursos necesarios.
- f) Entregar pertenencias de paciente, expediente clínico completo, medicamento, placa de rayos x, y otros estudios.
- g) Corroborar permeabilidad de sueros, sondas y tubos de drenajes si el paciente los tuviera.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Confirmar que la orden médica de traslado esté firmada y sellada por el médico responsable.	<i>Agiliza el proceso de traslado.</i>
2. Coordinar con la enfermera del servicio al que se trasladará el paciente para solicitar la cama y anunciar la llegada del paciente.	<i>Evita situaciones incómodas al paciente.</i>

3. Preparar expediente clínico, medicamentos indicados, tarjetas de tratamiento, estudios de gabinete y otros.	<i>Dar continuidad al tratamiento del paciente.</i>
4. Controlar constantes vitales al paciente y los anota en hoja respectiva.	<i>Asegurarse del estado hemodinámico del paciente.</i>
5. Cumplir indicaciones médicas y registrarlas.	<i>Da continuidad al tratamiento.</i>
6. Anotar datos del paciente en hoja de movimiento diario y en libro de ingresos y egresos.	<i>Contribuye al record estadístico hospitalario.</i>
7. Realizar nota de enfermería detallada antes de efectuar el traslado del paciente a otro servicio.	<i>Documenta las acciones de Enfermería.</i>
8. Realizar el traslado del paciente en silla de ruedas o camilla de acuerdo a las condiciones del paciente.	<i>Brinda seguridad y comodidad al paciente.</i>
9. Entregar detalladamente las condiciones del paciente, expediente clínico, medicamentos y tarjetas; cerciorarse que quede instalado en su nueva unidad.	<i>Asegura la continuidad del cuidado.</i>
10. Despedirse cordialmente del paciente.	<i>Brinda trato humanizado.</i>
11. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
12. Al regresar al servicio verificar que realicen limpieza terminal de la unidad y prepararla para la admisión de un nuevo paciente.	<i>Evita transmisión de microorganismos.</i>
13. Registrar e informar la baja en la planilla de cocina y en la ficha de medicación respectiva	<i>Asegura la continuidad de la dieta del paciente</i>
14. Realizar procedimiento de cama cerrada.	
15. Comunicar al Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.	<i>Aumenta el acceso a servicios de hospitalización.</i> <i>Uso eficiente de recursos.</i>

F. EGRESO DEL PACIENTE POR MEJORÍA O CURACIÓN.

DEFINICIÓN.

Es el proceso que se efectúa cuando el paciente se encuentra en estado de mejoría y ha pasado el periodo agudo de la enfermedad, o ha recuperado la salud.

OBJETIVO.

Integrarlo a continuar su vida familiar o laboral

INDICACIONES.

Indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Expediente clínico del paciente.
- ✓ Certificado de incapacidad temporal si es necesario.
- ✓ Hoja de referencia y retorno.
- ✓ Tarjetas de citas e interconsultas.
- ✓ Recetas o medicamentos.
- ✓ Informe diario del movimiento hospitalario
- ✓ Libro de control de ingresos y egresos.
- ✓ Silla de ruedas o carro camilla.

PRECAUCIONES.

- a) Orientación para el autocuidado en el hogar a paciente y familia.
- b) Retirar dispositivos.
- c) Verificar que al paciente se le entrega vale de insumos médicos autorizado si es necesario.
- d) Verificar que médico tratante haya extendido certificado de incapacidad temporal de ser necesario.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Verificar que el egreso esté indicado, la documentación completa, firmada y sellada por el médico.	<i>Agiliza el proceso de egreso.</i>
3. Identificar al paciente.	<i>Evita errores</i>
4. Identificarse con el paciente y la familia si está presente.	<i>Genera confianza</i>
5. Entregar al paciente o familiar documentación respectiva, placas de	<i>Da seguimiento al tratamiento ambulatorio</i>

radiografías, EKG y otros estudios; además medicamentos e insumos necesarios para continuar tratamiento.	
6. Orientar al paciente y familia sobre la continuidad del tratamiento en casa.	
7. Delegar a auxiliar de servicio el traslado del al paciente en silla de ruedas o carro camilla a la salida del hospital.	<i>Garantiza seguridad y comodidad al paciente.</i>
8. Registrar datos en libros de control respectivos y movimiento diario de paciente.	<i>Datos estadísticos del servicio.</i>
9. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Documenta las acciones de enfermería.</i>
10. Enviar expediente completo, limpio y ordenado en libro respectivo a la Recepción Central.	<i>Correcto resguardo del expediente clínico.</i>

G. EGRESO DEL PACIENTE POR TRASLADO A OTRO HOSPITAL.

DEFINICIÓN.

Procedimiento por medio del cual se traslada a un paciente de un centro de atención a otro, para un manejo médico específico.

OBJETIVO.

Recibir tratamiento adecuado y oportuno y realizar el traslado del paciente en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

INDICACIONES.

Prescripción médica.

RECURSOS.

- ✓ Expediente clínico.
- ✓ Resumen medico hoja de REFERENCIA Y RETORNO y resto de documentación debidamente llena según lo requieran las normativas vigentes aplicables al efecto.
- ✓ Silla de ruedas o camilla.
- ✓ Objetos personales del paciente.
- ✓ Transporte según condición del paciente.
- ✓ Hoja de orden de hospitalización y alta.(Para centros del ISSS)
- ✓ Reporte de exámenes de gabinete y de laboratorio.
- ✓ Placas de estudios radiológicos si los tuviera.
- ✓ Formulario para obtener el consentimiento informado, por paciente, familiar y testigos.
- ✓ Medicamentos de paciente indicados para su traslado.

- ✓ Cilindro de oxígeno portátil si es necesario.

PRECAUCIONES.

- Comprobar la identidad del paciente.
- Coordinar con el otro centro hospitalario, datos específicos del traslado.
- Cerciorarse que el personal médico informe al paciente y familia sobre el traslado.
- Solicitar transporte tomando en cuenta estado general del paciente.
- En los centros donde se cuente con Trabajadora Social, esta apoyará realizando la solicitud de transporte.
- Llevar documentación completa del paciente al otro centro hospitalario.
- El traslado del paciente se deberá coordinar con Enfermera Responsable del Servicio donde se trasladará, previa coordinación médica, para notificar la condición del paciente con el fin de que tengan listo lo necesario para su recepción.
- El encargado de entregar al paciente deberá de solicitar en el centro donde se lo reciben, la ropa hospitalaria del centro de atención de referencia.
- Verificar que el médico tratante elabore hoja de Referencia y Retorno y completar los datos de identificación.
- Verificar que el médico tratante elabore el certificado de incapacidad temporal si lo amerita
- Verificar que tenga el formulario destinado para obtener el Consentimiento Informado debidamente firmado por paciente y testigos.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Confirmar que el traslado este indicado en el expediente clínico y que la hoja de ingreso y egreso esté firmada.	<i>Evita errores y agilizar el traslado.</i>
3. Verificar que el médico tratante elabore hoja de Referencia y Retorno y completar los datos de identificación.	
4. Coordinar con el otro centro hospitalario, datos específicos del traslado.	<i>Evita inconvenientes al paciente y al personal que ejecuta el traslado.</i>
5. Comunicar sobre el traslado al paciente y su familia.	<i>Mantiene adecuada comunicación.</i>
6. Solicitar transporte según condición del paciente.	<i>Agiliza el proceso de traslado.</i>
7. Coordinar con la enfermera del otro hospital traslado del paciente.	<i>Evita situaciones incómodas del paciente.</i>
8. Controlar constantes vitales al paciente y los anota en hoja respectiva.	<i>Confirma el estado hemodinámico del paciente.</i>

9. Elaborar balance hídrico del paciente y los anota en hoja respectiva, la cual será llevada para entregar cuando reciban al paciente.	<i>Da continuidad al tratamiento.</i>
10. Cumplir indicaciones médicas.	
11. Anotar datos del paciente en la hoja de movimiento diario y en libro de ingreso y egreso.	<i>Contribuye al record estadístico hospitalario.</i>
12. Realizar nota detallada de enfermería, relacionada con la remisión del paciente y objetos personales que se entregan.	<i>Documenta las acciones de enfermería.</i>
13. Trasladar al paciente en silla de ruedas o camilla de acuerdo a su condición.	<i>Proporciona trato humanizado al paciente.</i>
14. Entregar detalladamente las condiciones del paciente, con expediente clínico completo, medicamentos, radiografías y cerciorarse que quede instalado en su nueva unidad.	<i>Asegura la continuidad del tratamiento.</i>
15. Solicitar hoja de expediente múltiple (falso) firmada y sellada por quien recibe.	<i>Asegura el resguardo del expediente clínico.</i>
16. Despedirse cordialmente del paciente.	<i>Brinda trato humanizado al paciente.</i>
17. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
18. Al regresar al servicio verificar que realicen limpieza terminal de la unidad y prepararla para la admisión de un nuevo paciente.	<i>Evita transmisión de microorganismos y uso eficiente de los recursos</i>

H. EGRESO EXIGIDO POR EL PACIENTE O FAMILIA.

DEFINICIÓN.

Es el egreso de un paciente de los servicios de internamiento de un centro hospitalario a solicitud del mismo o de su familia, en contra de la orden médica y bajo su propio riesgo.

OBJETIVO.

Completar el procedimiento de egreso solicitado por paciente o familia.

INDICACIONES.

Alta exigida por el paciente.

RECURSOS.

- ✓ Formulario destinado para denegación de tratamiento.

- ✓ Expediente Clínico.
- ✓ Recetas.
- ✓ Hojas de referencia y retorno.
- ✓ Hojas de incapacidad temporal.
- ✓ Hoja de movimiento diario de paciente.
- ✓ Libro de control de ingresos y egresos.
- ✓ Libro de control de entrega de expediente.

PRECAUCIONES.

Dejar constancia en expediente clínico de exigencia del alta en notas de enfermería.
Cerciorarse que paciente o familia haya firmado hoja de denegatoria a la permanencia hospitalaria. (Consentimiento informado).

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Presentarse y saludar.	<i>Genera confianza.</i>
2. Orientar al paciente sobre la importancia de su hospitalización y tratamiento.	<i>Evita tomar decisiones imprevistas.</i>
3. Facilitar la comunicación medico paciente.	<i>Sensibiliza al paciente sobre riesgos de abandono del tratamiento.</i>
4. Verificar que la documentación resultante esté completa, firmada y sellada por el médico.	<i>Evita complicaciones administrativas y legales al personal y a la institución.</i>
5. Entregar al paciente o familiar la documentación resultante.	<i>Agiliza el proceso de egreso.</i>
6. Orientar al paciente sobre su manejo y tratamiento ambulatorio.	<i>Permite la continuidad del tratamiento.</i>
7. Verificar que el formulario destinado para denegatoria de tratamiento, este firmado o huellas digitales por paciente o familia.	<i>Evita complicaciones administrativas y legales al personal y a la institución.</i>
8. Elaborar registros de intervención de enfermería.	<i>Documenta las acciones de enfermería.</i>
9. Registrar datos en el libro de control respectivos y en movimiento diario de paciente.	<i>Contribuye al record estadístico hospitalario.</i>
10. Higiene de manos	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>

I. EGRESO POR FUGA DE PACIENTE.

DEFINICIÓN.

Es la situación en la cual un paciente que estaba siendo atendido en un Servicio de Hospitalización, abandona el establecimiento de salud de forma inadvertida y sin indicación médica.

OBJETIVOS.

1. Coordinar las actividades de búsqueda del paciente entre el personal
2. Garantizar la seguridad del paciente en el menor tiempo posible.
3. Completar procedimiento de egreso por fuga de paciente.

RECURSOS.

- ✓ Expediente clínico.
- ✓ Hoja de movimiento diario de paciente.
- ✓ Hojas de remisión de expedientes.
- ✓ Libro de control de ingreso y egreso.
- ✓ Libro de entrega de expediente a la recepción central

PRECAUCIONES.

- a) Cerciorarse de la fuga del paciente.
- b) Dejar registro en el expediente clínico de la fuga del paciente y acciones tomadas.
- c) El personal de enfermería deberá realizar rondas efectivas en área de hospitalización para detectar cambios o alteraciones emocionales en el paciente.
- d) Utilizar medidas de sujeción según indicación médica en paciente agitado o desorientado.
- e) Si el paciente no es encontrado en el centro hospitalario ni en el domicilio familiar el coordinador del turno deberá reportar a la policía nacional civil la fuga del paciente.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Buscar al paciente en el centro de atención y zonas aledañas.	<i>Disminuye riesgos al paciente.</i>
2. Informar al jefe inmediato y médico por medio escrito a la brevedad posible.	<i>La notificación oportuna facilita la localización del paciente.</i>
3. Notificar a Trabajo Social en turno normal para que informe a los familiares del paciente y se integre al plan de búsqueda, en horarios no hábiles la Enfermera Coordinadora del área hará la notificación.	<i>La información en un tiempo prudencial a la familia proporciona seguridad y disminuye complicaciones legales a la institución.</i>
4. Elaborar registros de intervenciones de enfermería.	<i>Documenta la intervención realizada.</i>

5. Registrar datos en documentos de control respectivos: movimiento diario de pacientes, libro de ingresos y egresos, libro de entrega de expedientes a Recepción Central.

Contribuye a los datos estadísticos del hospital.

J. EGRESO POR DEFUNCIÓN DE PACIENTE.

DEFINICIÓN.

Es el egreso del paciente que ya ha fallecido.

OBJETIVO.

Agilizar el trámite de egreso por fallecimiento del paciente.

RECURSOS.

- ✓ Expediente Clínico.
- ✓ Certificado de defunción.
- ✓ Hoja para entregar cadáver.
- ✓ Hojas de incapacidad temporal.
- ✓ Hoja de movimiento diario de paciente.
- ✓ Libro de control de ingresos y egresos.
- ✓ Libro de defunciones.
- ✓ Libro de control de entrega de expediente

PRECAUCIONES.

- a) Asegurarse que el medico haya confirmado el fallecimiento del paciente.
- b) Enviar expediente y certificado de defunción lo más pronto posible a la recepción central.
- c) Registrar hora exacta del fallecimiento.
- d) Registrar el diagnóstico de muerte en el libro de fallecidos.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Solicitar hojas de defunción a recepción central.	<i>Agiliza el proceso de egreso por defunción.</i>
2. Verificar que el medico haya firmado expediente, certificado de defunción y certificado de incapacidad (en caso necesario).	
3. Preparar el cadáver para su egreso (post mortem).	<i>Mantiene un trato digno al cadáver.</i>

4. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
5. Enviar hojas de defunción con los datos respectivos a conserje y Recepción Central.	<i>Agiliza el proceso de egreso.</i>
6. Solicitar al conserje el traslado del cadáver a la morgue.	
7. Registra datos de paciente en libro de ingreso y egreso, movimiento diario de paciente y libro de Defunción.	<i>Contribuye al record estadístico.</i>
8. Elaborar nota de Enfermería de las acciones realizadas.	<i>Respalda las acciones de enfermería.</i>
9. Enviar expediente completo inmediatamente a recepción central.	<i>Agiliza el proceso.</i>
10. Al entregar cadáver verificar que realicen limpieza terminal de la unidad y prepararla para la admisión de un nuevo paciente.	<i>Disminuye la transmisión de microorganismos.</i>

K. TRATO DIGNO AL CADÁVER (CUIDADOS POST MORTUM).

DEFINICIÓN.

Son los cuidados de enfermería que se le proporcionan al cadáver después de certificada la muerte del paciente.

OBJETIVOS.

1. Contribuir a la preparación del cadáver dejándolo limpio y presentable.
2. Evitar la salida de secreciones internas del cuerpo.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

A partir del momento de la muerte el cuerpo pasa por distintas fases: Rigor mortis (endurecimiento del cuerpo), Algor mortis (disminución de la temperatura corporal), Livor Mortis (cambio de color de la piel cuando la sangre deja de circular y los procesos corporales han terminado definitivamente). Por lo que la preparación del cadáver debe hacerse en el menor tiempo posible.

INDICACIONES.

Pacientes fallecidos.

RECURSOS.

- ✓ Vendas de gasa.
- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Cinta quirúrgica adhesiva.
- ✓ Equipo de baño si fuere necesario.

- ✓ Peine.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Baja lengua.
- ✓ Hisopos.
- ✓ Tijera
- ✓ Hoja de bisturí si es necesario
- ✓ Sabanas.
- ✓ Biombo.
- ✓ Pañales desechables.
- ✓ Brasier de gasa no estéril para el sexo femenino.
- ✓ Expediente clínico.

PRECAUCIONES.

- a) Asegurarse que el medico haya comprobado el fallecimiento del paciente.
- b) Mantener o colocar brazalete de identificación al cadáver.
- c) Colocar hoja de identificación al cadáver: nombre, sexo, N° de registro, sello de servicio.
- d) Efectuar el cuidado post-mortem lo antes posible.
- e) Retirar tubos de drenaje (si los tuviera).
- f) Colocar apósitos en lesiones expuestas.
- g) Colocar prótesis dental (si la hubiera).
- h) Retirar almohadas excepto las de la cabeza.
- i) Hacerle baño si fuera necesario.
- j) Cerrar ojos y boca inmediatamente del fallecimiento
- k) Entregar pertenencias a familiares.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Aislar al paciente y colocarlo en posición horizontal.	<i>Mantiene la individualidad del ser humano.</i>
2. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad donde se amortajará el cuerpo.	<i>Trato digno del cadáver.</i>
3. Calzarse guantes.	<i>Medidas de protección.</i>
4. Retirar almohadas, aflojar ropa de cama, dejar cubierto el cuerpo con una sábana.	<i>Mantiene la alineación del cuerpo.</i>
5. Cerrar los ojos al fallecido, colocar prótesis dental y cerrar boca colocando una venda de gasa alrededor de la cara para fijar la mandíbula en caso necesario.	<i>Evita que ojos y boca queden abiertos.</i>
6. Desconectar tubos, sondas y otros dispositivos.	
7. Hacer limpieza parcial o general del cuerpo y cambiar apósitos manchados.	<i>Se mantiene un trato digno al cadáver.</i>

8. Colocarle Pamper y Brasier de gasa si es de sexo femenino.

9. Formar tapones de algodón e introducirlos en todas las cavidades, utilizando baja lengua.

10. Colocar pulsera de identificación.

11. Colocar una sábana diagonal mente por debajo del cuerpo dejando los brazos a los lados o cruzados uno sobre el otro, sujetándolos con venda de gasa, luego envolver cadáver en la sabana.

12. Recoger y registrar en presencia de testigos todas las pertenencias del paciente fallecido.

13. Higiene de manos.

14. Hacer anotaciones de enfermería describiendo las intervenciones relacionadas al fallecimiento.

15. Entregar el cadáver al conserje para su traslado a la morgue.

16. Verificar que se le realice limpieza terminal a la unidad del paciente.

Evitar la salida de secreciones por los orificios naturales.

Previene errores y confusiones.

Evita el desplazamiento de los miembros, por el rigor mortis.

Evita pérdidas de las pertenencias del fallecido.

Previene infecciones cruzadas.

Documenta las acciones realizadas.

El conserje es el encargado de entregar el cadáver a los familiares.

Disminuye el riesgo de transmisión de microorganismos.

VI. CUIDADOS DE HIGIENE PERSONAL.

A. BAÑO AL PACIENTE ENCAMADO.

DEFINICIÓN.

Es la técnica a través de la cual se le realizan los cuidados higiénicos al paciente hospitalizado, que tiene contraindicado la deambulación o que está imposibilitado para ello.

OBJETIVOS.

1. Proporcionar comodidad y confort al paciente.
2. Disminuir factores que puedan causar infección en la piel.
3. Observar cualquier signo patológico en la piel y estado general del paciente.
4. Activar circulación periférica y la ejercitación de músculos y extremidades

PRINCIPIO CIENTIFICO.

El aseo corporal es una de las necesidades básicas del ser humano, que conlleva ventajas físicas, psicológicas y sociales. Mediante el baño diario se eliminan de la piel y de las cavidades naturales del cuerpo la suciedad y fluidos favoreciendo el estado general del paciente.

INDICACIONES.

- ✓ Paciente inconsciente.
- ✓ Paciente con dificultad para moverse.
- ✓ Reposo absoluto del paciente.

RECURSOS.

Un equipo conteniendo:

- ✓ Recipiente mediano.
- ✓ Pichel con agua tibia.
- ✓ 2 Esponjas.
- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Jabón de tocador.
- ✓ Cepillo dental o baja lengua forrado y pasta de dientes.
- ✓ Clorhexidina enjuague bucal.
- ✓ Guantes limpios no estériles.
- ✓ Crema fría.
- ✓ Toalla o tirante.
- ✓ Bata o pijama.
- ✓ Peine.
- ✓ Biombo.
- ✓ Cómodo.
- ✓ Depósito para basura.
- ✓ Ropa de cama limpia.

PRECAUCIONES.

- a) Tener equipo completo.
- b) Verificar diagnóstico para movilizar al paciente.
- c) Evitar corrientes de aire.
- d) Utilizar agua tibia.
- e) Desvestir al paciente parcialmente y nunca exponerlo innecesariamente
- f) Al secar la piel no friccionar.
- g) Hacer masaje en la piel si no está contraindicado.
- h) Antes de hacer el baño ofrecer el cómodo u orinal al paciente.
- i) Realizar el baño en orden cefalo caudal.
- j) Limpiar de las áreas limpias a las contaminadas.
- k) Afeitar al paciente si es necesario.
- l) Limpiar fosas nasales si es necesario y no está contraindicado.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavarse las manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar el material y el equipo necesario.	<i>Se evita dejar solo al paciente, ahorra tiempo y energía.</i>
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Disminuye la ansiedad al paciente dándole mayor confianza.</i>
4. Aislar al paciente.	<i>Se mantiene la individualidad del paciente.</i>
5. Aflojar la ropa de cama comenzando por la cabecera.	<i>Siempre ir de lo más limpio a lo más contaminado.</i>
6. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
7. Calzarse guantes limpios.	
8. Retire bata o pijama del paciente y cúbralo con sábana clínica limpia.	<i>El mantener cubierto al paciente evita enfriamientos bruscos.</i>
9. Mantener el respaldo a 30°, si no está contraindicado.	<i>La gravedad favorece la migración de bacterias.</i>
10. Hacer limpieza de ojos con torundas de algodón sin jabón, del ángulo interno al externo.	<i>Evita introducir secreciones en el canal lagrimal.</i>
11. Continúe con el lavado de la frente, ambos lados de la cara y orejas, usando jabón si el paciente lo desea, enjuague y seque.	<i>Los residuos de jabón pueden causar resequedad, la humedad genera irritación y favorece la proliferación bacteriana.</i>

12. Realizar aseo de cavidad oral (si puede hacerlo el paciente proporcionarle el equipo).	<i>Las infecciones orales pueden ser fuente de infección sistémica en los pacientes inmunodeprimidos.</i>
13. Aplicar agua y jabón con la esponja en cuello, brazos, tórax y axilas (manos si paciente no puede).	
14. Repite paso anterior con esponja con agua para retirar jabón, secar y cubrir al paciente.	<i>Evitar al máximo exponer al paciente a corrientes de aire.</i>
15. Enjabonar el abdomen, espalda y miembros inferiores, luego retirar jabón con esponja con agua y secar.	<i>Se evita llevar microorganismos de las zonas más sucias a las más limpias.</i>
16. Colocar el cómodo.	<i>Permite lavar con abundante agua, área de genitales sin humedecer la cama.</i>
17. Lavar los genitales, según procedimiento (si paciente colabora proporcionarle el equipo necesario para que lo realice y asistirlo en el lavado de manos).	<i>Los genitales mantienen humedad por las mucosas de sus tejidos, lo que permite el crecimiento de microorganismos.</i>
18. Retirarse los guantes, realizarse higiene de manos y colocarse guantes limpios.	<i>Se evita la diseminación de microorganismos.</i>
19. Aplicar crema fría y realizar masaje si no está contraindicado.	<i>Lubrica la piel y activa la circulación.</i>
20. Vestir al paciente, luego vestir la cama según técnica.	<i>La ropa limpia genera sensación de limpieza y comodidad.</i>
21. Dejar confortable al paciente, peinado y protegido.	<i>Mejora la imagen y seguridad del paciente.</i>
22. Realizar cuidado posterior del equipo y lavarse las manos.	<i>Evita infecciones cruzadas y queda disponible para nuevo uso.</i>
23. Elaborar registro de intervenciones de enfermería.	<i>Permite documentar las acciones realizadas y anomalías observadas en la piel o mucosas durante el baño.</i>

B. LAVADO DE CABELLO.

DEFINICIÓN.

Son las maniobras que se realizan para lavar el cabello y cuero cabelludo.

OBJETIVOS.

1. Contribuir al buen aspecto personal del paciente manteniendo el cabello limpio y peinado.
2. Activar la circulación sanguínea mediante el masaje del cuero cabelludo.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

- Las glándulas sebáceas se encuentran en la mayor parte de la piel, pero son más numerosas en el cuero cabelludo y cara.
- La estimulación mecánica favorece la circulación.

INDICACIONES.

- ✓ Paciente inconsciente
- ✓ Paciente con dificultad para moverse
- ✓ Reposo absoluto del paciente.

RECURSOS.

Canasta plástica que contenga:

- ✓ Torundas de algodón secas.
- ✓ Un paquete de gasas.
- ✓ Cubeta.
- ✓ Ahulado o bolsa de plástico.
- ✓ Shampoo del paciente
- ✓ Pichel con agua.
- ✓ Toallas.
- ✓ Bandeja tipo riñón.
- ✓ Cepillo o peine.
- ✓ Guantes limpios.

RECOMENDACIONES.

Evitar lesionar al paciente en el cepillado del cabello.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	
2. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.	Optimiza tiempo.
3. Identificar al paciente.	Respeto a la individualidad y permite la colaboración del paciente
4. Identificarse con la paciente y orientarla sobre el procedimiento.	
5. Dar preparación física: <ul style="list-style-type: none">• Aislar a paciente• Dar posición de decúbito dorsal.• Acercar al paciente a la orilla de la cama.	Facilita el procedimiento.
6. Retirar la almohada.	

7. Colocar en la cabecera de la cama la bolsa de plástico sobre la toalla.	<i>Evita la humedad en la cama.</i>
8. Colocar el ahulado debajo de la cabeza del paciente dejando el extremo dentro del balde.	<i>Facilita el drenaje del agua.</i>
9. Cubrir los ojos del paciente con gasas y los oídos con torundas.	<i>Evita complicaciones por efectos del shampoo.</i>
10. Colocarse guantes limpios.	
11. Verter el agua sobre el cabello.	
12. Mojar el cabello, aplicar el shampoo, lavar el cabello dando masaje al cuero cabelludo.	<i>El masaje estimula la circulación en cuero cabelludo.</i>
13. Enjuagar el cabello.	
14. Repetir el procedimiento las veces que sea necesario.	<i>Asegura la eliminación de la suciedad.</i>
15. Retirar gasas y torundas.	
16. Retirar el ahulado y colocarlo en el balde.	
17. Colocar el cabello sobre toalla o tirante limpia.	
18. Retirarse guantes e higiene de manos	
19. Secar el cabello con otra toalla.	
20. Retirar las toallas y bolsa de plástico.	
21. Peinar a paciente.	<i>Mejora la imagen corporal.</i>
22. Dejar cómodo a paciente.	
23. Higiene de manos.	
24. Retirar el equipo y dar los cuidados posteriores a su uso.	
25. Hacer anotaciones de enfermería.	<i>Evidencia el cumplimiento de los cuidados.</i>

C. ASEO DE GENITALES.

DEFINICIÓN.

Es la técnica a través de la cual se realiza la limpieza de genitales externos, femeninos y masculinos con jabón y agua.

OBJETIVOS.

1. Mantener la higiene del paciente proporcionando comodidad y confort
2. Disminuir el riesgo de infecciones

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Por su naturaleza anatómica y fisiológica, los órganos genitales externos se encuentran expuestos a la proliferación de bacterias; están revestidos de piel y mucosas que poseen glándulas sudoríparas y sebáceas, que segregan fluidos y secreciones al exterior.

INDICACIONES.

- a) Aseo de genitales las veces que sea necesario.
- b) Previo a la toma de muestras de orina en paciente encamado.
- c) Pacientes con lesiones genitales que ameritan limpieza adecuada.
- d) Previo al procedimiento de cateterismo vesical.
- e) En el cuidado del paciente con sonda vesical en permanencia.

D. ASEO VULVAR.

DEFINICIÓN.

Es la limpieza con agua y jabón de los órganos genitales externos femeninos y la región perineal.

OBJETIVO.

Prevenir infecciones en pacientes imposibilitados, en el post-operatorio, en cirugías vaginales, post parto y en pacientes con sonda vesical en permanencia.

RECURSOS.

- ✓ Vasija estéril conteniendo 10 torundas de gasa y una pinza.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Depósito con agua tibia.
- ✓ Jabón.
- ✓ Sabana clínica.
- ✓ Cómodo.
- ✓ Biombo cuando sea necesario.

PRECAUCIONES.

- a) Verificar diagnóstico del paciente previo al procedimiento.
- b) Utilizar cómodo por paciente.
- c) Realizar procedimiento con suavidad para evitar lesionar tejidos.
- d) Colocar toalla sanitaria posterior al procedimiento cuando sea necesario.
- e) Cerciorarse que los genitales queden secos.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Reunir material y equipo.	<i>Optimiza el tiempo y evita esfuerzos.</i>
3. Identificar a la paciente.	<i>Respeto la individualidad de la paciente</i>

4. Identificarse con la paciente y orientarla sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza con la paciente y le disminuye la ansiedad</i>
5. Aislar a la paciente.	<i>Respeto a la individualidad.</i>
6. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
7. Colocar a la paciente en posición decúbito dorsal, con rodillas flexionadas en abducción de caderas, si no está contraindicado.	<i>Facilita el procedimiento y proporciona comodidad a la paciente.</i>
8. Colocar sábana clínica doblada en cuatro debajo de los glúteos.	<i>Evita la humedad y proliferación de bacterias.</i>
9. Colocar el cómodo.	
10. Higiene de manos.	<i>Reduce la transferencia de microorganismos.</i>
11. Abrir el equipo y verter jabón en la vasija.	
12. Calzarse guantes.	<i>Barrera mecánica.</i>
13. Tomar torunda con la pinza y proceder en el siguiente orden: a) Con la primera torunda limpiar desde sínfisis del pubis hasta el monte de venus en sentido transversal con respecto al eje longitudinal del cuerpo de la paciente, descartar la torunda. b) Con la segunda torunda aplique el jabón en un muslo desde la ingle hacia afuera sin regresar. c) Con la tercera torunda repita el procedimiento en el otro muslo. d) Con la cuarta torunda limpie labio mayor de arriba hacia abajo en un solo movimiento. e) Con la quinta torunda realice el mismo proceso en el otro labio mayor. f) Con las torundas sexta y séptima, repita el mismo procedimiento con los labios menores. g) Con la octava torunda realice limpieza de forma circular en meato urinario e introito vaginal. h) Con la novena torunda realizar limpieza perineal con movimientos en zigzag de manera descendente hasta región anal.	<i>La dirección de los movimientos en forma adecuada, permite un aseo completo evitando contaminación a las áreas más limpias.</i>
14. Retire el jabón vertiendo agua.	<i>Evita la irritación de la piel y mucosa.</i>
15. Con la décima torunda secar el meato urinario e introito.	

16. Terminar de secar a la paciente con la segunda cubierta del equipo.	Evita humedad en la zona dejando confortable a la paciente.
17. Retirar el cómodo y sábana clínica	
18. Retirarse los guantes.	
19. Higiene de manos.	
20. Dejar confortable a la paciente.	
21. Realizar cuidado posterior del equipo y lavarse las manos.	Permite el uso posterior del equipo.
22. Elaborar las anotaciones de enfermería.	Se documentan las acciones de enfermería y continuidad al cuidado.

E. ASEO PREPUCIAL.

DEFINICIÓN.

Es la limpieza con agua y jabón de los órganos genitales externos masculinos y la región perineal

OBJETIVO.

Prevenir infecciones en pacientes imposibilitados, en el post-operatorio, en cirugías urológicas y en pacientes con sonda vesical en permanencia.

RECURSOS.

- ✓ Vasija estéril conteniendo 6 Torundas de gasa y una pinza.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Depósito con agua tibia.
- ✓ Jabón.
- ✓ Sábana clínica.
- ✓ Cómodo.
- ✓ Depósito para los desechos.
- ✓ Biombo.

PRECAUCIONES.

Una vez finalizado el procedimiento verificar que el prepucio quede cubriendo el glande.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	
2. Reunir material y equipo.	Optimiza tiempo y disminuye esfuerzo.
3. Identificar al paciente.	Se genera confianza con el paciente,
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	Permite disminuir la ansiedad y aceptar el procedimiento.

5. Aislar al paciente.	<i>Mantiene la individualidad.</i>
6. Higiene de manos.	<i>Evita la proliferación de microorganismos y las infecciones cruzadas.</i>
7. Colocar al paciente en decúbito dorsal, descubrir genitales y colocarle sabana tirante y cómoda.	<i>Facilita el procedimiento y proporciona comodidad a la paciente.</i>
8. Higiene de manos.	<i>Reduce la transferencia de microorganismos.</i>
9. Abrir el equipo y verter jabón.	
10. Calzarse guantes.	<i>Los guantes son barreras mecánicas que protegen al paciente y personal.</i>
11. Tomar torunda con la pinza y proceder en el siguiente orden: a) Con la primera torunda limpiar desde sínfisis del pubis en sentido transversal con respecto al eje longitudinal del cuerpo del paciente, descartar la torunda. b) Sostener el cuerpo del pene y retraer el prepucio. c) Con la segunda torunda, limpiar el glande del centro a la periferia. d) Con la tercera torunda limpiar el cuerpo del pene de arriba hacia abajo. e) Con la cuarta torunda limpiar los testículos. f) Con la quinta torunda limpiar el periné. g) Retire el jabón vertiendo agua. h) Secar al paciente con la sexta torunda desde el meato hasta la base del pene	<i>La dirección de los movimientos en forma adecuada, permite un aseo completo evitando contaminación a las áreas más limpias.</i>
12. Terminar de secar al paciente con la segunda cubierta del equipo.	
13. Retirar el cómodo y la sabana tirante.	
14. Retirarse los guantes.	
15. Higiene de manos.	
16. Dejar confortable al paciente.	
17. Hacer cuidado posterior del equipo y lavarse las manos.	<i>Permite el uso posterior del equipo.</i>
18. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Permite documentar las acciones de enfermería y dar continuidad al cuidado.</i>

F. TRATAMIENTO DE PEDICULOSIS.

DEFINICIÓN.

Consiste en la aplicación de una sustancia química en el cuero cabelludo, para la eliminación del parásito *Pediculus capitis* (piojo de la cabeza).

OBJETIVOS.

1. Eliminar parásitos y sus huevos.
2. Evitar la diseminación de parásitos de una persona a otra.
3. Contribuir y mantener hábitos de higiene personal

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El piojo es un insecto ectoparásito de los humanos. Se adhiere al pelo con sus garras y se alimenta succionando sangre del cuero cabelludo. La infestación por piojos puede causar irritación local, prurito y eritema, ocasionalmente, infección bacteriana con inflamación local, a veces con fiebre, costras serosas e inflamación de ganglios linfáticos en especial de la región cervical. Los piojos se diseminan por contacto directo y vehículos como ropa y peines; suelen encontrarle en ambiente con mala higiene. Para su tratamiento se aplican fármacos que resultan eficaces a la primera aplicación.

INDICACIONES.

En pacientes que tengan piojos (*Pediculus capitis*)

RECURSOS.

- ✓ Torundas de algodón.
- ✓ Toalla facial.
- ✓ Vaselina (lubricante).
- ✓ Solución medicamentosa.
- ✓ Peine fino y peine corriente.
- ✓ Sabana tirante.
- ✓ Gorro descartable.
- ✓ Depósito para el medicamento.
- ✓ Agua corriente.
- ✓ Gasas simples.
- ✓ Equipo de lavado de cabello.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Equipo protector para el personal.

PRECAUCIONES.

- a) Mantenga los principios de asepsia para evitar la diseminación de parásitos.
- b) Proteger los ojos y oídos para evitar irritación de la piel.
- c) Utilizar barreras protectoras para evitar infestarse.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	Evita infecciones cruzadas.
2. Identificar al paciente.	Genera confianza y permite la colaboración del paciente.
3. Identificarse y orientar al paciente sobre el procedimiento.	
4. Preparar el equipo, llevarlo al cubículo del paciente y colocarlo en mesas de noche o mesa auxiliar.	Si se cuenta con equipo completo optimiza tiempo y energía.
5. Colocarse gorro, mascarilla gabachón y guantes limpios antes de iniciar el procedimiento.	Evita la contaminación del personal con los parásitos.
6. Colocar a paciente en posición semifowler, cerca de la orilla de la cama (parte proximal).	Esta posición facilita la aplicación del tratamiento.
7. Colocar una sábana tirante debajo de los hombros y cabeza del paciente.	Contribuye a evitar la diseminación de los parásitos.
8. Aplicar vaselina alrededor de la línea del cabello.	Evita que la solución medicamentosa irrite la piel de la cara.
9. Verter solución medicamentosa en el recipiente.	
10. Cubrir los ojos con gasa.	Evita la irritación de los ojos.
11. Dividir el cabello y aplicar la solución con algodón frotando suavemente el cuero cabelludo y cabello.	Asegura una buena aplicación de la solución.
12. Cubrir la cabeza con gorro o turbante, dejándolo el tiempo indicado.	Asegura la eficacia del tratamiento
13. Descubrir la cabeza y peinar el cabello las veces que sea necesario.	Al peinar el cabello, se eliminan los parásitos muertos.
14. Efectuar lavado de cabello según técnica.	Para retirar el medicamento y los parásitos
15. Dejar el equipo limpio y en orden.	Evita deterioro del equipo y genera ambientes agradables.
16. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas
17. Realizar anotaciones en el Expediente Clínico.	Permite seguimiento sistemático y oportuno de los cuidados del paciente.

VII. POSICIÓN Y MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE.

A. POSICIÓN DEL PACIENTE EN DECÚBITO SUPINO O DORSAL.

DEFINICIÓN.

Consiste en mantener al paciente acostado sobre su espalda, con los brazos y piernas extendidas y próximas al cuerpo, en un plano paralelo al suelo

OBJETIVO.

Contribuir al confort, diagnóstico, tratamiento médico y procedimientos de enfermería.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La alineación de las partes del cuerpo deben estar equilibradas y no debe haber esfuerzo o tensión muscular innecesaria.

INDICACIONES.

- ✓ Exploración física de región anterior del cuerpo, relajación muscular, aplicación de tratamientos específicos.
- ✓ Cambio de posición en pacientes encamados.
- ✓ Cirugías de tórax y abdomen, miembros superiores e inferiores.
- ✓ Postoperatorio

RECURSOS.

- ✓ Almohadas si hubiesen en existencia.
- ✓ Sábanas clínicas.
- ✓ Dispositivos mecánicos:
- ✓ Rollos de huata o de tela.
- ✓ Solución Hidroalcohólica

PRECAUCIONES.

- a) No mantener al paciente en hiperextensión por largo tiempo para evitar contracturas.
- b) Evitar la flexión de miembros inferiores por largo tiempo; porque puede causar la deformación permanente.
- c) Asegurarse que el paciente quede confortable para el bienestar físico y mental.
- d) Hacer uso de mecánica corporal al movilizar al paciente.
- e) Evitar movimientos bruscos al movilizar al paciente.
- f) La sábana debe estar limpia, seca y sin pliegues.

- g) Verificar que al paciente se le cambie de posición cada 2 horas o según el paciente lo amerite.
- h) Solicitar ayuda a otro recurso para evitar poner en riesgo al paciente y a quien ejecuta el procedimiento.
- i) Al realizar cambios de posición evitar el arrastre del paciente.
- j) Evitar el masaje en prominencias óseas
- k) Verificar si el paciente tiene prótesis óseas
- l) Mantener la alineación corporal del paciente.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente.	<i>Mantener la individualidad del paciente.</i>
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza al paciente y permite su colaboración.</i>
4. Colocar al paciente acostado sobre su espalda con:	<i>Conservar la posición anatómica y mantener el funcionamiento fisiológico de las estructuras.</i>
✓ Cabeza alineada con el cuerpo y hombros ligeramente elevados, colocando cojín o almohada.	<i>Mantener la curvatura normal de la espalda para favorecer la respiración.</i>
✓ Piernas extendidas ligeramente separadas y levemente flexionadas, colocando dispositivo bajo el hueso poplíteo.	<i>Favorecer la circulación de miembros inferiores y evita la lesión del nervio poplíteo.</i>
✓ Brazos a los lados del cuerpo y con las manos en pronación	<i>Mantener la alineación corporal.</i>
✓ Los pies en ángulo recto con respecto al cuerpo.	<i>Evita la deformación del pie (péndulo)</i>
5. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
6. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas	<i>Dar continuidad a las acciones de Enfermería.</i>

B. POSICIÓN DEL PACIENTE EN DECÚBITO VENTRAL O PRONO.

DEFINICIÓN.

Es la posición en la que el paciente descansa sobre su abdomen y tórax anterior, con la cabeza inclinada hacia un lado, las extremidades superiores extendidas junto al cuerpo o flexionadas al nivel del codo y los miembros inferiores extendidos

OBJETIVOS.

1. Colocar al paciente en posición ventral cuando necesite aplicación de tratamiento o exposición del área.
2. Brindar al usuario una posición cómoda para la evaluación física.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La alineación de las partes del cuerpo deben estar equilibradas y no debe haber esfuerzo o tensión muscular innecesaria

INDICACIONES:

- ✓ Examen físico y aplicación de tratamiento de la región posterior del cuerpo.
- ✓ Recuperación post-anestésica en cirugías lumbares y renales.
- ✓ Por indicación médica

RECURSOS:

- ✓ Almohadas.
- ✓ Sábanas.
- ✓ Rodetes para manos y pies (dispositivos).
- ✓ Solución Hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) Verificar vías aéreas permeables.
- b) Colocar la cabeza del paciente en posición lateral, permitiéndole descansar sobre un dispositivo mecánico.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar material e insumos a utilizar.	<i>Ahorra energía y optimiza el tiempo.</i>

3. Identificar al paciente y proporcionarle privacidad.	<i>Mantener la individualidad.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza al paciente y permite su colaboración.</i>
5. Nivelar la cama en posición horizontal.	<i>Facilita la movilización.</i>
6. Con la sábana tirante, llevarlo al borde de la cama.	
7. Colocarse frente al paciente, del lado que lo quiere movilizar, adopte una posición firme con un pie delante del otro y las rodillas flexionadas.	<i>Favorece la mecánica corporal.</i>
8. Con ayuda de otra persona, girar al paciente lentamente hasta dejarlo en posición ventral, colocando una almohada o cojín pequeño debajo del abdomen.	<i>Mantener la curvatura lumbar y en mujeres quitar el peso de las mamas, para favorecer la respiración.</i>
9. Colocarle la cabeza descansando sobre el lateral izquierdo o derecho apoyándola sobre un dispositivo pequeño y suave.	<i>Mejora el patrón respiratorio y se evitan complicaciones.</i>
10. Acomodar las extremidades superiores en extensión a los lados del cuerpo o flexionarlas al nivel del codo.	<i>Favorece la posición anatómica, evita contracturas y proporciona confort al paciente.</i>
11. Colocar las extremidades inferiores en extensión, ubicando una almohada por debajo de las piernas proporcionando soporte al dorso de los pies.	
12. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
13. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Dar continuidad a las acciones de Enfermería.</i>

C. COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN DE TRENDELEMBURG.

DEFINICIÓN.

Es la técnica en la que el paciente se coloca en decúbito supino, sobre una cama o mesa inclinada a 45° con respecto al plano del suelo. La cabeza del paciente queda más baja que el nivel de los pies.

OBJETIVO.

Colocar al paciente en una posición que le ayude a mejorar la eliminación de fluidos, aumentar el riego sanguíneo a nivel cerebral y mejorar el retorno venoso.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La alineación de las partes del cuerpo deben estar equilibradas y no debe haber esfuerzo o tensión muscular innecesaria.

INDICACIONES.

- ✓ Indicación médica.
- ✓ Favorecer el drenaje postural.
- ✓ Mejorar la circulación venosa cerebral.

RECURSOS.

- ✓ Sábanas.
- ✓ Almohadas.
- ✓ Dispositivos mecánicos
- ✓ Solución Hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) No colocar en esta posición a pacientes sometidos a anestesia raquídea, punción lumbar e intervenciones cerebrales, para evitar riesgo de aumentar la presión intracraneal o hacerlo según indicación médica.
- b) Observar signos y síntomas de alarma y reportarlo.
- c) Proporcionar medidas de seguridad al paciente.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar material e insumos a utilizar.	<i>Ahorra energía y optimiza el tiempo.</i>
3. Identificar al paciente y proporcionarle privacidad.	<i>Mantener la individualidad.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza al paciente y permite su colaboración.</i>
5. Bajar el respaldo.	

6. Colocar al paciente en posición dorsal.	<i>Facilita la Movilización.</i>
7. Colocar en posición trendelenburg, que puede variar de 30 - 45° de tal manera que la cabeza esté en un plano más bajo que los pies.	<i>La irrigación sanguínea llega al cerebro por el principio de gravedad favoreciendo su oxigenación.</i>
8. Colocar dispositivos en áreas de flexión y/o áreas de presión.	<i>Mantener al paciente cómodo.</i>
9. Verificar signos vitales según indicación médica o criterios de enfermería.	<i>Valorar el estado del paciente.</i>
10. Dejar al paciente confortable y la unidad en orden.	<i>Proporcionar comodidad y bienestar.</i>
11. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
12. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Permite la continuidad de los cuidados.</i>

D. COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN DE FOWLER.

DEFINICIÓN.

Es la técnica donde el paciente se ubica sobre su cama en una posición semisentada de aproximadamente 45-60° con las rodillas extendidas o flexionadas. Para ello, la cabecera de la cama se eleva unos 60-90 cm hasta la altura deseada y producir el ángulo característico de la postura.

OBJETIVOS.

1. Proporcionar comodidad al paciente.
2. Para realizar procedimiento y cuidado.
3. Prevenir infecciones del Tracto Respiratorio.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La alineación de las partes del cuerpo deben estar equilibradas y no debe haber esfuerzo o tensión muscular innecesaria

INDICACIONES.

- ✓ Por indicación Médica.
- ✓ Procedimientos de otorrino-laringología.

- ✓ Pacientes con problemas respiratorios (asma, EPOC, enfisema, entre otros.); para mantener vías aéreas permeables.
- ✓ Pacientes con problemas cardíacos.
- ✓ Pacientes con encamamiento prolongado, si no está contraindicado.

RECURSOS.

- ✓ Almohadas o rodetes pequeños
- ✓ Dispositivos.
- ✓ Solución Hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) Cerciorarse que el paciente se mantenga seguro y cómodo.
- b) Verificar que la posición no esté contraindicada.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones Cruzadas.</i>
2. Preparar material e insumos a utilizar.	<i>Ahorra energía y optimiza el tiempo.</i>
3. Identificar al paciente y proporcionarle privacidad.	<i>Mantener la individualidad.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza al paciente y permite su colaboración.</i>
5. Bajar el respaldo.	
6. Colocar al paciente en posición dorsal.	<i>Facilita la movilización.</i>
7. Subir al paciente hacia la cabecera de la cama	<i>Facilita la posición correcta.</i>
8. Elevar la cabecera de la cama a un ángulo de 45-60° y colocar una almohada debajo de la cabeza y hombros del paciente.	<i>Facilitar la expansión pulmonar.</i>
9. Colocar una almohada bajo el hueco poplíteo	<i>Favorece la circulación de miembros inferiores y evita la lesión del nervio poplíteo.</i>
10. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
11. Registra en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Permite la continuidad de los cuidados de enfermería.</i>

E. COLOCACIÓN DEL PACIENTE EN POSICIÓN DECÚBITO LATERAL.

DEFINICIÓN.

Es la postura en que el paciente se acuesta sobre un lado con ambos brazos hacia adelante, rodillas y cadera flexionadas.

OBJETIVOS.

1. Proporcionar comodidad al paciente.
2. Brindar cambios de posición.
3. Evitar úlceras por presión.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La alineación de las partes del cuerpo deben estar equilibradas y no debe haber esfuerzo o tensión muscular innecesaria.

INDICACIONES:

- ✓ Por indicación Médica.
- ✓ Por cuidados de Enfermería.

RECURSOS.

- ✓ Almohadas.
- ✓ Dispositivos mecánicos.
- ✓ Crema fría.
- ✓ Solución hidroalcohólica.

PRECAUCIONES:

- a) Verificar que la posición no este contraindicada.
- b) Realizar cambios de posición cada dos horas ó según diagnóstico médico.
- c) Asegurarse que el pabellón auricular no quede comprimido o presionado.
- d) Evitar halar al paciente del brazo y pierna al realizar el cambio.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones Cruzadas.</i>
2. Preparar material e insumos a utilizar.	<i>Ahorra energía y optimiza el tiempo.</i>
3. Identificar al paciente y proporcionarle privacidad.	<i>Mantener la individualidad.</i>

4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza al paciente y permite su colaboración.</i>
5. Bajar el respaldo.	<i>Facilita la movilización.</i>
6. Higiene de manos.	<i>Disminuye la transmisión de microorganismos.</i>
7. Colocarse frente al paciente, del lado que lo quiere movilizar, adopte una posición firme con un pie delante del otro y las rodillas flexionadas.	<i>Mantiene la mecánica corporal.</i>
8. Movilizar al paciente con la sabana tirante y llevarlo cerca del borde de la cama.	<i>Facilita la movilización. Mantiene la alineación corporal.</i>
9. Colocar el brazo del paciente sobre el tórax y flexionar pierna del lado a movilizar.	
10. Enfermera(o) colocará una mano sobre la espalda y la otra sobre la cadera para ubicarlo de lado.	<i>Facilita la movilización y evita complicaciones.</i>
11. Otra persona aplicará crema fría, realizando masaje suave en forma circular y colocará una almohada o dispositivo bajo la cabeza del paciente y otra a lo largo de la espalda.	<i>Previene áreas de presión, favorece la circulación con el masaje y el confort del paciente.</i>
12. Colocar el brazo de abajo flexionado hacia adelante del cuerpo, flexione el brazo de arriba y apóyelo sobre un dispositivo frente al cuerpo.	<i>Mantiene la posición anatómica.</i>
13. Colocar los miembros inferiores levemente flexionados: el de arriba se flexiona y se coloca sobre la almohada entre ambas rodillas, el miembro de abajo queda ligeramente flexionado.	<i>Evitar la compresión de nervios y vasos sanguíneos y prominencias óseas.</i>
14. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
15. Registra en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Permite la continuidad de los cuidados de enfermería.</i>

F. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN SILLAS DE RUEDAS.

DEFINICIÓN.

Son las maniobras que se realizan para movilizar o trasladar al paciente que no puede hacerlo o no debe moverse por sí mismo, utilizando una silla de ruedas.

OBJETIVOS.

1. Movilizar al paciente, facilitando el traslado a otras áreas.
2. Mejorar la circulación y expansión de los pulmones.
3. Cambiar de posición al paciente y trasladarlo de un lugar a otro por diferentes motivos o necesidades.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La movilización frecuente del paciente favorece la circulación evitando la formación de úlceras por presión, los medios de desplazarlo dependerán de la condición muscular esquelética del paciente.

INDICACIONES.

Necesidad de movilizar al paciente para asistir a exámenes, interconsultas, tratamiento o cuidados de enfermería.

RECURSOS.

- ✓ Silla de ruedas.
- ✓ Sábana.
- ✓ Gradilla.
- ✓ Sujetadores si es necesario.
- ✓ Solución Hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) Conocer el diagnóstico del paciente antes de moverlo para ver que no esté contraindicado.
- b) Comprobar que la silla de ruedas esté en buenas condiciones y que los frenos estén puestos antes de sentar al paciente.
- c) Solicitar ayuda si es necesario.
- d) Levantar pausadamente al paciente.

- e) Acostar de inmediato al paciente, si al levantarlo presenta palidez, sudoración, mareos, entre otros y reportar al médico, dejando registro de ello.
- f) Fijar sondas y otros tubos para mantener permeabilidad si el paciente las tiene colocadas.
- g) Si es por primera vez que se levanta al paciente tomarle el pulso y respiración antes y después de levantarlo.
- h) Evitar exponer al paciente a corrientes de aire.
- i) Mantener la privacidad del paciente evitando exposición de sus genitales, colocando sábana tirante sobre los muslos.
- j) Mantener frenada la silla mientras el paciente se encuentra en ella.
- k) Evitar dejar al paciente en silla de ruedas próximo a pendientes o gradas.
- l) Al bajar rampas tomar silla por detrás y caminar hacia atrás mirando sobre su hombro para estar seguro de la dirección y evitar accidentes.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente.	<i>Evita errores.</i>
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza.</i>
4. Colocar sabana tirante en el asiento de la silla.	<i>Protege al paciente de infecciones cruzadas y provee comodidad.</i>
5. Ubicar la silla a los pies del paciente con el respaldo hacia la cabeza y colocarle freno a la silla y a la cama.	<i>Evitar accidentes intrahospitalarios.</i>
6. Bajar el nivel de la cama y barandal colocarlo semisentado.	<i>Contribuye a mantener la mecánica corporal del personal y facilita el traslado.</i>
7. Sentar al paciente al borde de la cama y colocarle calzado.	<i>Medida de protección y confort para el paciente.</i>
8. Colocar la gradilla para que el paciente baje de la cama, si es necesario.	<i>Facilita la movilización del paciente.</i>
9. El personal de Enfermería se coloca frente al paciente con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro, el paciente pone	<i>Mantener la mecánica corporal y dar seguridad en el traslado.</i>

sus manos sobre los hombros del profesional mientras este lo sujeta por arriba de la cintura girando con el paciente y lo acomoda en la silla.	
10. Cubrir al paciente protegiendo de exposiciones innecesarias.	<i>Mantener la individualidad del paciente.</i>
11. Dejar cómodo al paciente.	<i>Mantener posición anatómica al paciente.</i>
12. Dejar la cama en orden.	<i>Mantener la presentación de la unidad.</i>
13. Llevar al paciente al lugar indicado.	<i>Contribuir al tratamiento.</i>
14. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>

PARA PASAR AL PACIENTE DE LA SILLA DE RUEDAS A LA CAMA

- Si el paciente colabora:

15. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas.
16. Colocarse frente al paciente y bajar los pies de los pedales.	Favorece al traslado.
17. El personal de Enfermería se coloca frente al paciente con el pie que está más próximo a la silla por delante del otro, el paciente pone sus manos sobre los hombros de la enfermera(o) mientras este lo sujeta por arriba de la cintura girando con el paciente, lo levanta y lo aproxima a la cama, lo sienta y lo acomoda.	Las fuerzas del cuerpo sincronizadas aumentan y vencen la resistencia del peso por levantar.
-Si el paciente no colabora:	
18. La movilización deberá realizarse entre dos o más personas.	Aplicar mecánica corporal, evitando accidentes para el personal y proteger al paciente.
19. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas.
20. Registrar las acciones de Enfermería en el expediente clínico.	Dar continuidad sistemática al cuidado del paciente.

G. MOVILIZACIÓN DE PACIENTE DE LA CAMA AL CARRO CAMILLA.

DEFINICIÓN.

Es el procedimiento en el cual se traslada al paciente de la cama al carro camilla y viceversa, cuándo su situación clínica lo requiere.

OBJETIVO.

Facilitar la movilización del paciente en carro camilla.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El grado de esfuerzo necesario para mover un cuerpo depende de su resistencia y de la fuerza de gravedad.

INDICACIONES.

Movilizar al paciente para asistir a exámenes, tratamientos, consultas médicas, procedimientos de enfermería y traslados a otra unidad u hospital.

RECURSOS.

- ✓ Carro camilla.
- ✓ Sábanas.
- ✓ Frazadas.
- ✓ Solución hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) Evitar movimientos bruscos que puedan traumatizar al paciente.
- b) Colocar freno al carro camilla para que no se ruede en el momento del traslado.
- c) Colocar los brazos y cabeza del paciente en forma adecuada.
- d) Utilizar barandales.
- e) Aplicar la mecánica corporal.
- f) Para pacientes imposibilitados totalmente, la movilización se hará con un número de tres o más personas.
- g) Asegurar que todos los equipos y tubos de drenaje que tenga el paciente, no sean desconectados en el momento de la movilización.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
CUANDO EL PACIENTE ESTÁ CONCIENTE:	
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente.	<i>Previene errores en el cuidado.</i>
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza y permite la colaboración del paciente.</i>
4. Bajar el respaldo y ajustar la altura de la cama.	<i>Contribuye a la mecánica corporal.</i>
5. Colocar el carro camilla paralelo a la cama.	<i>Proporciona seguridad al paciente. Evitando accidentes.</i>
6. Colocarse al lado del carro camilla y sostenerlo contra la cama.	
7. Explicarle al paciente que se movilice hacia el carro camilla deslizando primero sus hombros, luego flexionar los miembros inferiores, movilizar las caderas y por último las piernas hasta ubicarse en el carro camilla.	<i>Hacer uso de las capacidades del paciente.</i>
8. Cubrir al paciente, protegerlo y subir barandales.	<i>Mantener la individualidad del paciente y protegerlo de accidentes.</i>
9. Realizar el mismo procedimiento al trasladarlo a la cama.	
10. Higiene de manos.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
11. Registrar las intervenciones de enfermería en el expediente clínico.	<i>Garantizar la continuidad de los cuidados.</i>

PASOS	FUNDAMENTOS
CUANDO EL PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO:	
1. Aflojar sábana tirante o colocársela, tratando de centrar el peso del paciente en ella	<i>Facilita la movilización.</i>

2. Indicar al paciente que cruce los brazos sobre el tórax, si le es posible o cruzárselos.	<i>Evita que los brazos queden bajo el cuerpo del paciente previniendo traumatismos de miembros superiores.</i>
3. Se colocarán dos o más personas a cada lado de la cama del paciente y sujetarán la sábana tirante.	<i>Establece un balance en la distribución del peso del paciente.</i>
4. Cuente hasta tres en voz alta, inclínese hacia atrás y usando su cuerpo de contrapeso, deslice el paciente hasta el borde de la cama.	<i>Evita esfuerzos innecesarios y facilita la movilización del paciente.</i>
5. El colaborador sostiene al paciente con la sábana tirante, mientras la otra persona coloca el carro camilla paralelo a la altura de la cama.	<i>Evita caída del paciente.</i>
6. Se colocan uno o más recursos, al lado del carro camilla, sosteniéndolo contra la cama.	
7. Tomar la sábana tirante de los extremos y al contar hasta tres, levantar y pasar suavemente al paciente de la cama al carro camilla.	<i>Las fuerzas del cuerpo sincronizadas aumentan y vencen la resistencia del peso por levantar.</i>
8. Sostener la cabeza del paciente durante el traslado y ponga en línea recta el cuerpo en la camilla.	<i>Mantener la alineación corporal y la comodidad del paciente.</i>
9. Cubrir al paciente y subir barandales del carro camilla.	<i>Mantener la privacidad y evitar accidentes al paciente.</i>
10. Conduce el carro camilla de tal forma, que los pies del paciente vayan hacia adelante.	<i>Favorece la orientación espacial del paciente.</i>
11. Colocarse a la cabecera del paciente para manejar el carro camilla.	<i>Visualiza las condiciones del paciente, Mantiene el control y dirección del carro camilla.</i>
12. Repetir el procedimiento al trasladar al paciente del carro camilla a la cama.	
13. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
14. Registrar las intervenciones de Enfermería.	<i>Dar continuidad al cuidado de Enfermería.</i>

H. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE EN CAMA.

DEFINICIÓN.

Conjunto de actividades para la movilización del paciente que no puede realizarlo por sí mismo o necesita ayuda.

OBJETIVOS.

1. Proporcionar posiciones adecuadas al paciente para prevenir posibles complicaciones (ulceras por presión, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios y neumonías hipostáticas)
2. Mantener alineamiento corporal y las funciones neuromotoras y vasculares del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Cuando los músculos no se utilizan, el proceso de degeneración se inicia casi de inmediato; la degeneración incluye tejido óseo, piel y músculo.

RECURSOS.

- ✓ Sábanas.
- ✓ Almohadas (si hubiesen en existencia).
- ✓ Dispositivos mecánicos.
- ✓ Solución hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) Evalúe la condición del paciente antes de movilizarlo.
- b) Solicitar ayuda según condición del paciente.
- c) Cambio de posición al paciente cada dos horas o antes si el paciente lo amerita o según indicación médica.
- d) Cerciorarse que el freno de la cama esté colocado, previo a la movilización.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE PARA SENTARLO AL BORDE DE LA CAMA.	
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente y orientarlo sobre el procedimiento a realizar.	<i>Genera confianza en el paciente y permite su colaboración.</i>
3. Colocarse frente al paciente, del lado que lo quiere movilizar, adoptando una posición	<i>Reduce el miedo del paciente de caerse y sitúa el centro de gravedad</i>

firme con un pie delante del otro y las rodillas flexionadas.	del personal de enfermería cerca del centro de gravedad del paciente.
4. Posicionar al paciente en decúbito lateral hacia el lado que desea sentarlo y movilizar miembros inferiores hacia afuera de la cama.	Facilita el proceso de movilización por la gravedad.
5. Subir el respaldo a la cama.	Favorece la elevación del paciente.
6. Pasar uno de sus brazos por debajo del cuello para sujetarlo a la altura de la escápula y con el otro brazo sujetarle los miembros inferiores a la altura de las rodillas, mientras el paciente coloca el brazo libre sobre el hombro de enfermera(o).	Se centra el esfuerzo por debajo de la zona más pesada de la mitad superior del cuerpo y la fricción entre el cuerpo del paciente y la cama disminuye, facilitando la tracción.
7. Elevar y rotar el cuerpo del paciente en un solo movimiento hasta que quede sentado al borde de la cama.	
DESPLAZAMIENTO DEL PACIENTE A LA PARTE SUPERIOR DE LA CAMA.	
1. Higiene de manos.	
2. Orientar al paciente	
3. Bajar respaldo de la cama y dejarla en posición horizontal.	Facilita la movilización del paciente
4. Solicitarle al paciente que flexione las rodillas y apoye bien sus pies sobre la cama.	
5. Pedirle que se sujete con ambas manos a la cabecera de la cama.	
6. Colocar un brazo debajo de los hombros del paciente y el otro debajo de los muslos; al contar hasta 3 el paciente se impulsará hacia arriba.	Disminuye la fricción entre el paciente y la cama, facilitando la tracción.
7. Dejar cómodo al paciente.	
8. Higiene de manos.	
MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE AYUDADO POR UNA SÁBANA:	
1. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas.
2. Identificar al paciente.	
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	Genera confianza y permite la colaboración del paciente.

4. Solicitar la ayuda de 2 o más personas y se sitúa una a cada lado de la cama.	<i>Establecer un balance en la distribución del peso del paciente.</i>
5. Colocar una sábana tirante al paciente por debajo, de forma que llegue desde los hombros hasta los muslos.	
6. Cada persona sujeta fuertemente la sábana por los laterales, movilizándolo al paciente hacia cualquier lado de la cama evitando fricciones.	
7. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
8. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería.	<i>Dar continuidad al cuidado de Enfermería.</i>

I. SUJECCIÓN DE PACIENTES.

DEFINICIÓN.

Consiste en el empleo de sistemas de inmovilización mecánica, para tórax, muñeca y tobillos, en pacientes agitados.

OBJETIVOS.

1. Prevenir lesiones y complicaciones a través de la inmovilización.
2. Garantizar la seguridad de los pacientes y del personal.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La sujeción es un mecanismo para proporcionar seguridad al paciente, cuando la capacidad sensorial, mental y emocional está afectada por diferentes causas.

INDICACIONES.

Indicación médica.

NOTA: La Enfermera(o) podrá sujetar al paciente ante un riesgo inminente de daño a la integridad física de él mismo o de terceros; reportando de inmediato al médico para su evaluación.

RECURSOS.

- ✓ Dispositivos mecánicos.
- ✓ Estoquinete.
- ✓ Sujetadores.

- ✓ Huata.
- ✓ Sábanas.
- ✓ Solución Hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) Proteger la piel de muñecas y tobillos del paciente, utilizando sujetadores de Estoquinete relleno con huata.
- b) Mantener la sujeción el menor tiempo posible según necesidad.
- c) Cuando la sujeción es por tiempos prolongados efectuar cambios de posición al paciente.
- d) Mantener el respaldo de 30 a 45 grados.
- e) Asistir al paciente en cuidados personales y necesidades fisiológicas.
- f) Vigilar constantemente el sitio de sujeción.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones Cruzadas.</i>
2. Preparar material e insumos a utilizar.	<i>Ahorra energía y optimiza el tiempo.</i>
3. Identificar al paciente y proporcionarle privacidad.	<i>Mantener la individualidad.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Mantener el trato digno y humanizado al paciente.</i>
5. Explicar procedimiento al familiar, si está presente, de la necesidad de la sujeción preventiva.	<i>Permite la colaboración y comprensión de la familia.</i>
6. Sujetar en áreas indicadas según necesidad: <ul style="list-style-type: none"> ✓ En muñeca, colocar dispositivo de sujeción dejando un espacio de un centímetro entre muñeca y dispositivo y sujetarlo ambos extremos al marco de la cama. ✓ En tórax, Colocar la sujeción, cuidando que no esté floja, ni apretada, asegurando los extremos del dispositivo de sujeción a ambos lados del marco de la cama. 	<i>Evita laceraciones y riesgos vasculares.</i> <i>Permitir la expansión pulmonar.</i> <i>Evita laceraciones y riesgos vasculares.</i>

✓ En tobillos, colocar dispositivo de sujeción dejando un espacio de un centímetro entre tobillo y dispositivo y sujetar ambos extremos al marco de la cama.	
7. Higiene de manos.	<i>Previene la transmisión de microorganismos.</i>
8. Realizar anotaciones de enfermería detallando: hora, motivo de la sujeción, sitios y dispositivos utilizados.	<i>Documentar las acciones realizadas evidenciando la necesidad del procedimiento.</i>

VIII. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

DEFINICIÓN.

Administración de medicamentos a pacientes.

OBJETIVOS.

1. Garantizar la correcta administración de terapias medicamentosas.
2. Erradicar los factores asociados a los errores en la administración de medicamentos.

PRECAUCIONES GENERALES EN LA PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS.

- a) No administrar medicamentos cuyo color, olor, se haya alterado o que la viñeta no esté legible o que esté vencido.
- b) Administrar los medicamentos cumpliendo los diez correctos:
 - ✓ Medicamento correcto.
 - ✓ Paciente correcto.
 - ✓ Dosis correcta.
 - ✓ Vía de administración correcta.
 - ✓ Hora correcta.
 - ✓ Verificar fecha de caducidad del medicamento.
 - ✓ El profesional que prepara el medicamento debe administrarlo.
 - ✓ El profesional que administra el medicamento debe registrar la hora que lo cumple.
 - ✓ Velocidad de infusión correcta.
 - ✓ Conocer reacciones adversas del medicamento.
- c) Los medicamentos hipoglucemiantes, deberán administrarse media hora antes de la ingesta de alimentos o según indicación médica.
- d) Administrar diuréticos por la mañana (6:00 a.m.) o según indicación médica.
- e) Servir los medicamentos líquidos al momento de ser administrados.
- f) No cumplir medicamentos si la orden médica no está firmada, sellada y legible. Si no aparece en la prescripción debe consultar.
- g) No cumplir medicamentos con indicación verbal, excepto en caso de máxima urgencia y consignar en nota de enfermería.
- h) Anotar en hoja de indicación médica y orden de inyecciones el cumplimiento del medicamento: hora e iniciales de quien cumple, después de ser administrado.
- i) El personal de enfermería que prepara los medicamentos deberá cumplirlos y anotarlos, tanto en el expediente del paciente como en la ficha de medicamentos
- j) Cumplir el medicamento prescrito verificando fecha, hora, vía de administración, dosis y frecuencia indicada.
- k) Seguir las indicaciones del fabricante del medicamento respecto a la cadena de frío.
- l) Proteger los medicamentos de la luz directa según recomendación del fabricante.
- m) Preguntar al paciente si es alérgico al medicamento.
- n) Reportar al médico si el paciente presenta reacción alérgica al medicamento y actuar según sea el tipo de reacción, local o general

A. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL.

DEFINICIÓN.

Es la administración de los fármacos líquidos o sólidos para que sean absorbidos por vía gastrointestinal.

OBJETIVO.

Suministrar los agentes farmacológicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La absorción de los medicamentos administrados por vía oral son de efecto más lento, la principal absorción ocurre en la mucosa gástrica e intestino delgado. Su absorción puede ser alterada por cambios de acidez en el estómago y la presencia o ausencia de alimentos o líquidos.

INDICACIONES.

Cumplir tratamiento médico indicado.

RECURSOS.

- ✓ Bandeja o carro de medicamentos.
- ✓ Medicamentos indicados.
- ✓ Tarjeta de Medicina Oral u Hoja de Indicaciones o de Emergencia.
- ✓ Copa graduada o jeringa.
- ✓ Recipiente para copas usadas.
- ✓ Botella con agua.
- ✓ Cono descartable.
- ✓ Recipiente para desechos.
- ✓ Triturador o mortero, de ser necesario.
- ✓ Expediente clínico

PRECAUCIONES.

- a) Determinar la capacidad de deglución del paciente.
- b) Determinar la capacidad de deglución de tabletas/cápsulas del paciente. Ayudar al paciente con la ingestión de los medicamentos, si lo precisa.
- c) El personal de Enfermería que prepara medicamentos es quien debe administrarlos.
- d) Reportar al médico cuando el paciente presente náuseas o vómitos y problemas de deglución.
- e) Usar conos descartables en pacientes
- f) Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida o líquidos, dependiendo de la farmacocinética de los medicamentos.
- g) Evaluar por los esquemas y horarios pre-establecidos en hospitales: cada 6 horas, cada 8 horas, cada 12 horas, vía oral.

- h) Limpiar la boca de los frascos después de servir líquidos de ser necesario.
- i) En caso de líquidos agite el frasco.
- j) Triturar el medicamento si el paciente presenta problemas para deglutir.
- k) Verter los medicamentos líquidos en el cono, protegiendo la viñeta del frasco que los contiene.
- l) Observar los efectos terapéuticos, efectos adversos, toxicidad del fármaco e interacciones de los medicamentos en el paciente.
- m) Instruir al paciente o al miembro de la familia sobre la forma de administrar el medicamento.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO.	
1. Revisar expediente clínico con tarjeta de medicamento oral.	<i>Verifica la transcripción de la indicación médica.</i>
2. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
3. Compare el medicamento a servir con el anotado en la tarjeta.	<i>Previene errores.</i>
4. En caso de tableta o cápsula deposítela en la copa o el cono sin tocar el medicamento.	<i>Evita contaminar el medicamento.</i>
5. En caso de líquidos agite el frasco y vierta en el cono o copa la dosis correcta.	<i>Asegura la homogeneidad del líquido y la dosis correcta.</i>
ADMINISTRACIÓN DEL MEDICAMENTO.	
6. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
7. Identificar al paciente.	<i>Previene errores en la administración de medicamentos.</i>
8. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Permite la colaboración del paciente</i>
9. Coloque al paciente en posición sentada o semi-sentada según su estado.	<i>Evita aspiración y complicaciones</i>
10. Verificar la tarjeta de medicina oral u hoja de Indicaciones o de Emergencia para el cumplimiento de medicamentos orales. (aplicando los cinco correctos)	<i>La comprensión y aclaración del contenido de la prescripción médica evita errores en la administración del medicamento.</i>
11. Proporcionar al paciente el medicamento, si son tabletas o cápsulas,	<i>Garantiza el cumplimiento del tratamiento.</i>

proporcionarle agua y verificar que se lo tome.

12. Higiene de manos.

Previene infecciones cruzadas.

13. Dejar equipo limpio y ordenado.

Evita su deterioro.

14. Registrar cumplimiento del medicamento con hora e iniciales de responsable, en hoja de indicaciones médicas.

Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.

B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBLINGUAL.

DEFINICION.

Es la colocación de un medicamento debajo de la lengua, donde en un corto periodo de tiempo se absorbe por la mucosa oral.



OBJETIVO.

Asegurar un efecto rápido del medicamento.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La velocidad de absorción y la biodisponibilidad por la vía sublingual, son superiores a las de la vía oral, por lo que se obtiene un efecto más rápido, y es especialmente útil en situaciones de urgencia (coronariopatía, hipertensión arterial, entre otras).

INDICACION.

Cumplir tratamiento médico.

RECURSOS.

- ✓ Una bandeja.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Copa o cono.
- ✓ Depósito para desechos.
- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%.
- ✓ Expediente clínico o Tarjeta de Medicina Oral u Hoja de Indicaciones o de Emergencia.

PRECAUCIONES.

- ✓ Cumplir precauciones generales.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado clínico de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Revisar y actualizar tarjeta de medicamento oral.	
3. Identificar y preparar el medicamento, comparándolo con la Tarjeta de Medicina Oral u Hoja de Indicaciones o de Emergencia.	<i>Asegura que el medicamento servido es el correcto.</i>
4. Identificar al paciente, según registro y la prescripción médica en la Tarjeta de Medicina Oral u Hoja de Indicaciones o de Emergencia.	<i>Evita errores en la administración de medicamentos.</i>
5. Identificarse con el paciente y orientarlo.	<i>Establece empatía con el paciente.</i>
6. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
7. Colocar el medicamento debajo de la lengua del paciente, si este no puede hacerlo por sí mismo	<i>Permite una absorción más rápida del medicamento.</i>
8. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
9. Registrar cumplimiento del medicamento con hora e iniciales de responsable, en hoja de indicaciones médicas.	<i>Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.</i>

C. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA.

DEFINICIÓN.

Es la administración de pequeñas cantidades de medicamentos en la capa dérmica de la piel.

OBJETIVO.

Contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La piel es un órgano delgado compuesto de 2 capas principales, una externa muy fina llamada epidermis y otra capa interna llamada dermis. Las inyecciones intradérmicas se aplican en la capa dérmica donde la solución se absorbe lentamente debido a la escasa irrigación sanguínea.

INDICACIONES.

- ✓ Cumplir el tratamiento médico.
- ✓ Administrar vacunas para inmunizar.
- ✓ Aplicar una prueba diagnóstica, para detectar alérgenos o para enfermedades específicas

SITIOS DE APLICACIÓN.

- Parte media anterior del antebrazo.
- En la espalda, región subescapular.

RECURSOS.

- ✓ Carro de medicamentos parenterales.
- ✓ Medicamentos indicados.
- ✓ Jeringas de 1cc. o tuberculina.
- ✓ Agujas No. 21 para aspirar medicamento del frasco y 24 o 26 para administrar medicamentos vía intradérmica.
- ✓ Agua estéril.
- ✓ Frasco con alcohol al 70%. (si no es vacuna)
- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Torundas de algodón estériles.
- ✓ Expediente clínico o tarjeta de medicina parenteral u hoja de Indicaciones o de Emergencia o la orden de inyecciones.
- ✓ Regla graduada en mm.
- ✓ Rotulador.

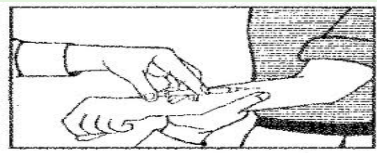
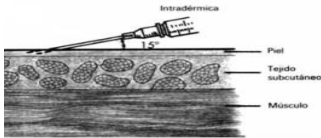

PRECAUCIONES.

- a) Cumplir precauciones generales.
- b) En caso de la prueba de tuberculina anotar la fecha de aplicación y de lectura, proporcionando las indicaciones necesarias al paciente.
- c) Si la piel esta visiblemente sucia, lavarla con agua y jabón.



PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos	Previene infecciones cruzadas.
2. Preparar el equipo completo.	Optimiza el tiempo.
3. Preparar el medicamento, comparando el nombre con la tarjeta de medicamento parenteral.	Evita errores en la administración.
4. Identificar al paciente.	

5. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento	Genera confianza y se mantiene la individualidad al paciente.
6. Colocar al paciente en posición cómoda, seleccionar el sitio de inyección (parte media anterior del antebrazo o sitios alternativos), proporcionarle privacidad	Facilita la aplicación de la técnica correcta.
7. Higiene de manos.	Disminuye la proliferación de microorganismos.
8. Efectuar limpieza de la piel con agua estéril en forma rotativa del centro a la periferia en el caso de vacunas de virus atenuados y con alcohol al 70 % si no es vacuna.	Elimina el exceso de suciedad en el sitio de punción.
9. Colocar la mano no dominante por debajo del sitio de inyección y estirar la piel hacia abajo.	Al estirar la piel se facilita la apl 
10. Con el bisel de la aguja hacia arriba y utilizando la mano dominante, insertar la aguja inmediatamente debajo de la piel en un ángulo de 10 a 15 grados.	Facilita la aplicación de la técnica correcta 
11. Una vez que se ha penetrado la piel, avanzar la aguja unos 3 a 5 mm. debajo de la epidermis de forma que la punta sea visible a través de la piel.	Al introducir la aguja los milímetros necesarios, previene la pérdida de medicamento por el orificio de inserción.
12. Inyectar el fármaco con lentitud y suavidad, mientras observa la formación de la pápula (una mancha sobre elevada de 5 a 7 mm) que debe estar presente y se absorberá de 10 a 30 minutos.	La aparición de la pápula confirma la administración correcta del fármaco 
13. Retirar la aguja con un movimiento rápido en el mismo ángulo que la introdujo.	Evita la salida del medicamento.
14. Descartar el material utilizado en los recipientes correspondientes según Normativa.	Evita accidentes laborales.
15. Dejar cómodo al paciente.	
16. Leer en mm a las 24, 48 y 72 horas la reacción obtenida.	

17. Indique al enfermo que no se moje, ni toque o rasque la zona de punción hasta las 72 horas de efectuada la prueba.	
18. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
19. Dejar equipo limpio y ordenado.	<i>Mantiene áreas de trabajo ordenadas.</i>
20. Anotar hora e iniciales de la persona que cumple medicamento.	<i>Permite la continuidad de las acciones de Enfermería.</i>

D. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA.

DEFINICIÓN.

Es la administración terapéutica de una sustancia medicamentosa en el tejido celular subcutáneo.

OBJETIVO.

Administrar sustancias medicamentosas que tienen mayor absorción en el tejido adiposo.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

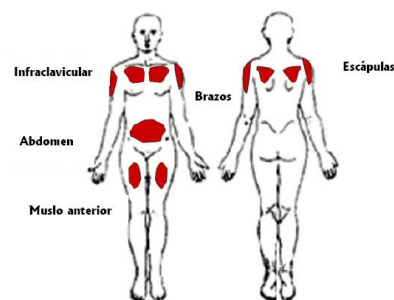
El tejido celular subcutáneo, es un tejido conjuntivo laxo, con un mínimo de receptores al dolor, que se encuentran bajo la dermis. Tiene una irrigación menor que la del tejido muscular, por lo que la absorción del medicamento es más lenta que en la vía intramuscular.

INDICACIONES.

Cumplir el tratamiento médico.

SITIOS DE APLICACIÓN.

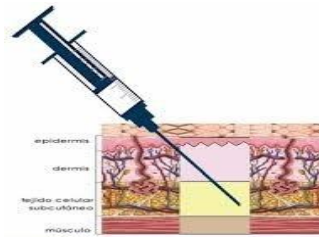
- Cara superior externa del brazo.
- Abdomen desde bajo el borde costal hasta crestas ilia
- Tercio medio de la cara externa del muslo.
- Región subescapular en la espalda.



RECURSOS.

- ✓ Carro de medicamentos parenterales.
- ✓ Medicamentos indicados.
- ✓ Jeringa de 1cc.
- ✓ Aguja No. 21 para aspirar el medicamento del frasco y 24 o 26 para administrar medicamentos.
- ✓ Torundas de Algodón estéril
- ✓ Frasco con Alcohol al 70%
- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%

- ✓ Depósitos para desechos
- ✓ Expediente clínico o tarjeta de medicina parenteral u hoja de Indicaciones o de Emergencia o la orden de inyecciones.



PRECAUCIONES.

- a) Cumplir las precauciones generales
- b) No aplicar en sitios donde existan lesiones.
- c) En pacientes obesos el ángulo de inserción será de 90°.
- d) No aplicar más de 2 ml. en tejido subcutáneo.
- e) Rotar el sitio de punción en pacientes que reciben inyecciones subcutáneas frecuentes.
- f) No inyectar en tejido celular subcutáneo que se encuentre sobre una saliente ósea

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo.	<i>Optimiza tiempo y energía.</i>
3. Preparar el medicamento, comparando el nombre con la tarjeta de medicamento, u hoja de emergencia.	<i>Evita errores en el cumplimiento.</i>
4. Identificar al paciente.	<i>Evita errores.</i>
5. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>La orientación adecuada disminuye la ansiedad y promueve la cooperación.</i>
6. Descubra la región y seleccione el sitio para la inyección, proporcionando privacidad.	<i>Asegura el sitio exacto para la inyección.</i>
7. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
8. Verter alcohol en torunda de algodón y efectuar la asepsia en el sitio de la inyección en forma rotativa del centro a la periferia.	<i>Garantiza la limpieza de la piel.</i>
9. Delimitar el área a inyectar, sujetándola en forma de pliegue con los dedos pulgar e índice, luego introducir la aguja en ángulo de 45° a 60°, con un movimiento firme y rápido.	<i>Permite mayor seguridad al introducir la aguja. La rapidez del movimiento disminuye el dolor cuando pasa la aguja a nivel de los receptores sensitivos de la dermis.</i>
10. Pinchar rápido y firme en el tejido, formando un ángulo de 45° aproximadamente.	
11. Inmovilice la jeringa y aspire.	<i>Asegura que la aguja no se encuentre en un vaso sanguíneo.</i>
12. Si no aparece sangre, inyectar el medicamento lentamente.	<i>La inyección rápida causa presión sobre los tejidos y provoca dolor.</i>

13. Si aspira sangre, desechar la aguja y volver a pinchar en otro punto.	
14. Retirar la jeringa con un movimiento rápido en el mismo ángulo que la introdujo.	<i>Evita que la aguja al salir lesione la piel.</i>
15. Con el algodón hacer leve presión en sitio de la inyección.	<i>La presión cierra los tejidos y evita que el medicamento fluya a la superficie.</i>
16. Si una vez administrado el medicamento el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según sea el tipo de reacción, local o general.	
17. Descartar el material utilizado en los recipientes correspondientes, según normativa.	<i>El manejo adecuado de los desechos evita accidentes laborales y contaminación.</i>
18. Dejar cómodo al paciente.	
19. Dejar equipo limpio y ordenado	<i>Mantiene orden en áreas de trabajo.</i>
20. Anotar hora e iniciales de la persona que cumplió medicamento.	<i>Permite el seguimiento sistemático y oportuno de la atención del paciente.</i>
21. Lavado de manos.	

E. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR.

DEFINICIÓN.

Es la administración de medicamentos en el tejido muscular para que se absorba por medio de sus capilares sanguíneos.

OBJETIVOS.

1. Contribuir con el tratamiento del paciente.
2. Administrar medicamentos que por su composición química, no pueden administrarse por la vía intravenosa.

PRINCIPIO CIENTIFICO.

Los músculos están formados por grupos de fibras musculares unidas por tejido conjuntivo que poseen inervación motora y sensitiva, así como una amplia red vascular. La introducción de medicamentos o productos biológicos mediante punción en el tejido muscular facilita la rapidez del efecto del medicamento. La velocidad de absorción dependerá de factores como la masa muscular del sitio de inyección y la irrigación sanguínea.

INDICACION.

Cumplir tratamiento médico.

RECURSOS.

- ✓ Carro de inyectables.
- ✓ Bandeja.
- ✓ Jeringas de diferente capacidad.
- ✓ Agujas de diferente calibre.
- ✓ Torundas de algodón estéril.
- ✓ Frasco con alcohol al 70%.
- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Medicamentos indicados.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Tijera.
- ✓ **Expediente clínico o tarjeta de medicina parenteral u hoja de Indicaciones Emergencia o la orden de inyecciones.**

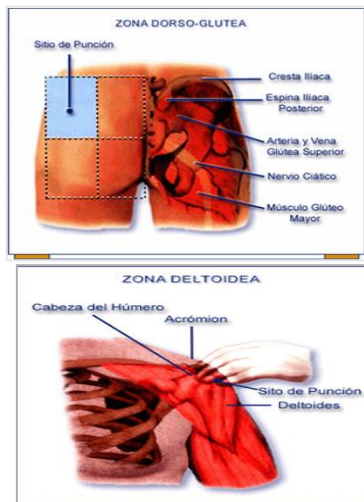
PRECAUCIONES.

- a) Se debe delimitar un área específica para la preparación de los medicamentos parenterales.
- b) Alternar regiones cuando se inyecta frecuentemente.
- c) Usar agujas de acuerdo a la densidad y viscosidad del medicamento a inyectar.
- d) En caso de aspirar sangre retire la aguja y descarte el medicamento.
- e) Si el medicamento se extrae de un frasco vial se debe cambiar la aguja.
- f) Cambio de bandeja estéril por turno
- g) El frasco de alcohol debe estar estéril, identificado y cambiado del día.

SITIOS DE APLICACIÓN.

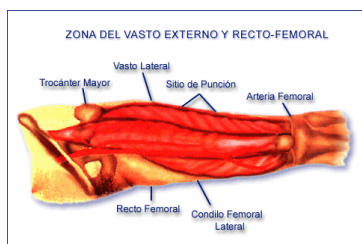
- Región glútea: cuadrante superior externo, 5 a 7 centímetros abajo de la cresta iliaca
- Región deltoidea: se localiza palpando el borde inferior del acromio y el punto medio de la cara lateral del brazo.
- Región del vasto externo: Cara antero lateral del tercio medio del muslo.

SITIOS DE APLICACIÓN:



- **Región glútea:** Cuadrante superior externo, 5 a 7 centímetros abajo de la cresta iliaca

- **Región deltoidea:** Se localiza palpando el borde inferior del acromio y el punto medio de la cara lateral del brazo.



- **Región del vasto externo:** Cara antero lateral del tercio medio del muslo

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
PREPARACIÓN DE MEDICAMENTOS	
1. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas
2. Colocarse la mascarilla.	
3. Realizar desinfección de área de trabajo con alcohol al 70%.	
4. Identificar el medicamento, comparándolo con la tarjeta de cumplimiento, orden de inyecciones, hoja de Indicaciones o la Hoja de Emergencia.	Garantiza el cumplimiento correcto del tratamiento
5. Higiene de manos.	
6. Desinfectar frascos o ampollas con torunda de algodón estéril y alcohol al 70%.	Medidas de bioseguridad.
7. Servir el medicamento, expulsar el aire de la jeringa y colocarlo en el empaque de la jeringa.	Evita errores y da seguridad en el cumplimiento de medicamentos
8. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas
9. Desinfectar frasco o ampolla con torunda de algodón estéril y alcohol al 70%	Asegura la técnica aséptica
10. Servir el medicamento y expulsar el aire de la jeringa.	Previene complicaciones.
ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO.	
1. Identificar al paciente.	Evita errores
2. Identificarse con el paciente, orientarlo sobre el procedimiento y reacciones del medicamento.	Permite la colaboración del paciente
3. Proporcionar privacidad al paciente.	Guarda la individualidad
4. Higiene de manos.	

5. Descubrir la región y seleccionar el sitio de administración.	
6. Colocar al paciente en la posición adecuada: Decúbito lateral izquierdo o derecho si se inyecta en el glúteo y decúbito supino o de pie, si se inyecta en el muslo.	<i>Facilita visualizar el área de aplicación, evitando lesionar estructuras nerviosas.</i>
7. Higiene de manos.	
8. Efectuar antisepsia del centro a la periferia en la región seleccionada, con algodón estéril y alcohol al 70%	<i>Asegura la limpieza de la piel</i>
9. Introducir aguja en ángulo de 90°, aspirar e inyectar el medicamento lentamente.	<i>Garantiza la administración profunda del medicamento</i>
10. Retirar aguja con movimiento rápido en el mismo ángulo que se introdujo.	<i>Evita lacerar los tejidos</i>
11. Realizar presión en el sitio de la inyección con torunda de algodón.	<i>Evita el sangrado en el sitio de punción</i>
12. Dejar confortable al paciente.	
13. Descartar jeringas y agujas en el depósito correspondiente.	<i>Evita accidentes laborales</i>
14. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
15. Dejar área limpia y ordenada.	
16. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
17. Registrar hora e iniciales de la persona que cumplió el medicamento, en hoja de indicaciones del expediente clínico.	<i>Asegura el cumplimiento del tratamiento indicado.</i>

F. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA.

DEFINICIÓN.

Es la administración de medicamentos a través del acceso a la circulación venosa del paciente, ya sea por punción directa o a través de un catéter de vena periférica o central, con técnica aséptica.

OBJETIVOS.

1. Contribuir al tratamiento y diagnóstico del paciente.
2. Obtener un efecto terapéutico más rápido.
3. Administrar medicamentos que no puedan administrarse por otra vía.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Los dispositivos intravasculares permiten un acceso directo al sistema vascular, haciendo posible la perfusión continua de líquidos durante un periodo de tiempo o la administración

directa de medicamentos, de los que se espera una acción inmediata o en más corto tiempo. El uso de catéteres, somete a los pacientes a riesgo de complicaciones infecciosas locales y sistémicas, por bacterias que pueden migrar desde la piel, hasta la superficie externa de éste, o ingresar a la luz interna del catéter.

INDICACIÓN.

Cumplir el tratamiento médico.

RECURSOS.

- ✓ Carro de inyectables.
- ✓ Medicamentos indicados
- ✓ Bandeja estéril
- ✓ Campos estériles.
- ✓ Jeringa de diferente capacidad.
- ✓ Agujas de diferente calibre.
- ✓ Algodón estéril
- ✓ Gasas simples estériles.
- ✓ Alcohol al 70 %
- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Soluciones estériles para diluciones.
- ✓ Descartable para sueros.
- ✓ Plumón de tinta permanente.
- ✓ Liga o torniquete.
- ✓ Cinta quirúrgica adhesiva.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Catéteres de diferente calibre.
- ✓ Sellos de heparina de ser necesario.
- ✓ Equipo individual de toma de vena periférica.
- ✓ Viñetas de ser necesario.
- ✓ Gorro y mascarilla.
- ✓ Expediente clínico o tarjeta de medicina parenteral u hoja de Indicaciones.

PRECAUCIONES.

- a) Establecer área específica para la preparación de soluciones y medicamentos en cada servicio de hospitalización.
- b) Utilice gorro, mascarilla y guantes estériles para la preparación de soluciones parenterales y medicamentos.
- c) Utilizar bandeja estéril por día.
- d) Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70% previo a la preparación del medicamento.
- e) Al área asignada para la preparación de medicamentos se le debe realizar limpieza terminal cada 8 días.

- f) Delimitar tres áreas en el campo estéril. (limpia, estéril y de trabajo)
- g) No colocar tarjetas ni objetos sobre los medicamentos ya preparados.
- h) Evitar estar hablando cuando se preparan los medicamentos.
- i) Evitar el tráfico de personas en el área de preparación.
- j) Si se abren puertos de entrada debe hacerse con guantes estériles
- k) Nunca colocar las jeringas con medicamentos en las camas de los pacientes
- l) Colocar el material corto punzante en recipiente correspondiente, de acuerdo a normativa.
- m) Cuando se preparan medicamentos no se deben contestar teléfonos, ni tocar otros objetos contaminados.
- n) Los insumos, medicamentos y soluciones deberán servirse al momento de la preparación.
- o) Conocer las reacciones y contraindicaciones de los medicamentos.
- p) No introducir aire al torrente circulatorio.
- q) Revisar la condición del sitio de inserción del catéter, previo al cumplimiento de los medicamentos.
- r) Evitar en lo posible abrir puertos de entrada, utilizando siempre los puertos para inyectar de los descartables.
- s) Mantener el área de trabajo limpia y ordenada.
- t) Para re encapuchar agujas se debe utilizar técnica de una sola mano.

PROCEDIMIENTO:

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Disminuye proliferación de microorganismos.</i>
2. Desinfección del área de trabajo con alcohol al 70%.	<i>Disminuye riesgo de infecciones.</i>
3. Preparar insumos, medicamentos y soluciones	<i>Optimiza el tiempo y energía.</i>
4. Colocarse gorro y mascarilla.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
5. Higiene de manos.	
6. Colocar campo estéril sobre la mesa o bandeja.	<i>Crea un ambiente estéril de trabajo.</i>
7. Desinfectar frascos de medicamentos, ampollas y plumón con torundas estériles impregnada de alcohol al 70% y colocarlos en la esquina proximal del campo estéril.	<i>Asegura la técnica aséptica.</i>
8. Colocar agujas, jeringas y descartables en la esquina distal del campo estéril ordenadamente	
9. Colocar campo estéril en bandeja o carro para colocar medicamento ya preparado.	
10. Higiene de manos.	

11. Colocarse guantes estériles, preparar medicamento según indicación en el área del centro del campo estéril e identificarlo.	Evita errores en el cumplimiento.
12. Ordenar los medicamentos preparados en bandeja y cubrirlos con el campo estéril.	
13. Retirarse los guantes.	
14. Dejar limpio y ordenado el área donde preparó los medicamentos.	

PROCEDIMIENTO ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS ENDOVENOSOS.

PASOS	FUNDAMENTO
1. Identificar al paciente con tarjeta de medicamentos parenteral.	Evita errores.
2. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento y efectos de los medicamentos a administrar.	Genera confianza y seguridad.
3. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas.
4. Realizar desinfección por 15 segundos en el sello de heparina o puerto de inyección con alcohol al 70%	Evita la introducción de microorganismos al torrente sanguíneo.
5. Administrar el medicamento en forma lenta y observar cualquier reacción del paciente	Al administrar lentamente la solución evita efectos adversos
6. Administrar 3ml de solución salina normal.	El lavado del catéter evita que se obstruya por sangre o cristales de medicamento.
7. Si abre un puerto de entrada, debe: <ul style="list-style-type: none"> a) Realizarse higiene de manos. b) Cerrar el lumen. c) Tomar una torunda o gasa simple estéril, verter alcohol al 70%, desinfectar el sello de heparina por 15 segundos haciendo énfasis en la unión con el lumen o catéter y colocarlo sobre una gasa estéril. d) Calzarse guante estéril en mano dominante, tome una gasa estéril, vierta alcohol al 70% y desinfecte el sello de heparina haciendo énfasis en la unión con el lumen o catéter. e) Coloque su mano sin guante debajo de la gasa donde está el sello de heparina y retírelo con la 	Evita la introducción de microorganismos al torrente sanguíneo.

mano enguantada, descártelo y conecte al descartable del medicamento.

- f) Despince el lumen y abra la válvula del descartable, cerciorándose que el goteo esté de acuerdo a indicación médica.
- g) Si la administración del fármaco precisa una mayor dilución o bien se quiere administrar la misma en perfusión continua, se debe conectar mediante un sistema adicional a la llave de tres pasos.
- h) Se recomienda el uso de Bombas de infusión continua para garantizar la dosis requerida.
- i) Al terminar de administrar, dejar el catéter permeable pasando 3cc de Solución Salina Normal, cubrir sello de heparina con gasa estéril y fijarlo con cinta quirúrgica.

8. Descartar material utilizado en sus respectivos depósitos

Se cumple Norma de Desechos

9. Dejar carro y bandeja limpia y ordenada.

Mantiene área de trabajo ordenada.

10. Higiene de manos.

11. Anotar medicamentos con hora e iniciales de la persona que cumplió

Asegura el cumplimiento del tratamiento indicado

12. Realizar anotaciones de Enfermería por eventos ocurridos durante el cumplimiento. y en casos de riesgo de desarrollar RAM, se deberá registrar la **no** ocurrencia de eventos durante el procedimiento.

Documenta reacciones adversas.

SI EL PACIENTE NO TIENE VENA CANALIZADA:

PASOS	FUNDAMENTO
1. Higiene de manos.	<i>Evita la proliferación de microorganismos</i>
2. Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70%.	
3. Preparar el material y equipo	
4. Identificar al paciente.	<i>Evita errores en el cumplimiento</i>
5. Identificarse y orientar al paciente	<i>Genera seguridad y confianza</i>
6. Colocarse mascarilla.	<i>Medida de bioseguridad</i>
7. Higiene de manos.	
8. Seleccionar vena y colocar torniquete o liga.	<i>Favorece la dilatación de la vena y su visualización</i>
9. Higiene de manos	
10. Calzarse guantes limpios en ambas manos.	

11. Verter alcohol al 70% en una torunda estéril y realizar antisepsia de piel del centro a la periferia.	<i>Previene la introducción de microorganismos.</i>
12. Repetir el paso anterior.	
13. Puncionar vena seleccionada con el bisel de la aguja hacia arriba sin volver a palpar el área a puncionar.	<i>No palpar nuevamente para evitar contaminar el área. El bisel hacia arriba minimiza el trauma en la piel.</i>
14. Comprobar el retorno venoso en la recamara de la aguja	<i>Asegura la permeabilidad de la vena</i>
15. Retirar el torniquete con mano no dominante	<i>Mantener la fluidez del medicamento en el torrente sanguíneo.</i>
16. Administrar el medicamento lentamente verificando la permeabilidad de la vena durante la administración y observar las reacciones del paciente.	
17. Colocar torunda estéril sobre el sitio de punción retirar la aguja, hacer presión sobre el sitio y proteger sitio de punción.	<i>Previene sangrado y hematoma.</i>
18. Solicitar al paciente que flexione el brazo si se ha puncionado pliegue.	
19. Retirarse los guantes	
20. Descartar el material en depósito correspondiente.	<i>Cumple Norma de desechos sólidos.</i>
21. Higiene de manos.	
22. Anotar hora e iniciales de la persona que cumple medicamento.	<i>Permite la Continuidad del tratamiento médico.</i>

G. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGÁSTRICA.

DEFINICIÓN.

Es la administración controlada de medicamentos al tracto digestivo por medio de una sonda.

OBJETIVOS.

1. Contribuir al tratamiento del paciente.
2. Administrar medicamentos en forma directa al estómago para que sean absorbidos por la mucosa gastrointestinal, en aquellos pacientes que por su patología no pueden ingerirlos por vía oral.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La administración de medicamentos por sonda nasogástrica (SNG) es una práctica necesaria cuando no es posible la administración oral. Se deben tener en cuenta tanto características del

fármaco como de la forma farmacéutica, ya que las modificaciones requeridas para hacer posible su paso por la sonda pueden provocar efectos no deseados como la reducción de efectividad del tratamiento farmacológico o la aparición de reacciones adversas.

INDICACION.

Cumplir tratamiento médico.

RECURSOS.

- ✓ Bandeja o carro de medicamentos.
- ✓ Medicamentos indicados.
- ✓ Tarjeta de medicina oral u hoja de Indicaciones.
- ✓ Copas o cono descartable
- ✓ Recipiente para copas sucias.
- ✓ Botella con agua.
- ✓ Triturador o mortero de ser necesario.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Jeringa de 50-60 ml (Guyón)
- ✓ Jeringa de 3cc (para niños)
- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%
- ✓ Papel toalla

PRECAUCIONES.

- a) Cumplir con las precauciones generales.
- b) Se debe evitar triturar Los medicamentos: con cubierta entérica, de liberación retardada, cápsulas gelatinosas, entre otros.
- c) Cuando sea necesario triturar fármacos con potencial carcinogénico se deben utilizar medidas de protección personal
- d) Si se va a cumplir más de un medicamento en el mismo horario, se deben administrar individualmente evitando mezclarlos.
- e) En caso de tener succión indicada, cerrar sonda de 30 a 60 minutos posterior a la administración de medicamentos.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
PREPARACIÓN DEL MEDICAMENTO.	
1. Higiene de manos.	Previene infecciones cruzadas.
2. Revisar y actualizar tarjeta de medicamento oral	Garantiza el cumplimiento del tratamiento.

3. Limpiar carro de medicina oral y Preparar el equipo	<i>Optimiza tiempo.</i>
4. Higiene de manos.	
5. Identificar y preparar el medicamento aplicando los cinco correctos, comparándolo con la tarjeta de cumplimiento o la hoja de Indicaciones o la hoja de Emergencia.	<i>Evita errores.</i>
6. Servir el medicamento: triturar si son tabletas y las diluye, si son líquidos agita el frasco y mide la cantidad indicada.	<i>Facilita la administración del medicamento a través de la sonda.</i>

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS:

7. Higiene de manos.	
8. Identificar al paciente.	<i>Evita errores en la administración.</i>
9. Identificarse y Orientar al paciente sobre el procedimiento a realizar y colocarle respaldo a 45°.	<i>Genera confianza.</i>
10. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
11. Verificar la posición y permeabilidad de la sonda y aspirar contenido gástrico.	<i>Evita complicaciones de aspiración bronquial.</i>
12. Administrar medicamento por gravedad.	<i>Evita complicaciones gástricas.</i>
13. Administrar agua para lavar la sonda.	<i>Elimina residuos en la sonda evitando crecimiento bacteriano.</i>
14. Dejar cerrada la sonda.	<i>Favorece la absorción del medicamento.</i>
15. Dejar cómodo al paciente.	<i>Favorece el descanso del paciente.</i>
16. Lavar y dejar ordenado el equipo.	<i>Mantiene áreas de trabajo limpias y ordenadas.</i>
17. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
18. Anotar hora e iniciales de la persona que cumplió el medicamento.	<i>Permite la continuidad sistemática del tratamiento.</i>

H. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL (SUPOSITORIO).

DEFINICIÓN.

Es la introducción de un fármaco en presentación semisólida en el recto.

OBJETIVO.

Suministrar los agentes farmacológicos necesarios para el diagnóstico y tratamiento del paciente

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El supositorio es una preparación medicamentosa de forma cónica u ovoidea alargada y de consistencia sólida, capaz de fundirse a la temperatura fisiológica del recto o de solubilizarse en los líquidos orgánicos. Ejerce una acción local o sistémica por absorción a la circulación general.

INDICACIÓN.

Cumplir tratamiento médico indicado.

RECURSOS.

- ✓ Bandeja.
- ✓ Medicamento prescrito, tarjeta de cumplimiento y hoja de emergencia.
- ✓ Papel higiénico.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Biombo de ser necesario.
- ✓ Solución Hidroalcohólica al 70%.

PRECAUCIONES.

- a) No suministrar supositorios cuando el paciente tiene diarrea o alguna condición médica relacionada con el riesgo de ocasionar estimulación vagal y sus consecuencias a nivel cardíaco.
- b) En los niños mantener los glúteos presionados para evitar que lo expulse.
- c) Mantener los supositorios en refrigeración o en un lugar fresco, según lo indicado por el fabricante.
- d) Descubrir el supositorio hasta el momento de aplicarlo.
- e) Si el supositorio presenta irregularidades en su superficie que pueda provocar algún malestar en el paciente durante su colocación, se deberá regularizar la superficie de forma manual.
- f) Al introducir el supositorio no forzar la entrada y evitar lastimar la mucosa rectal.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	Disminuye infecciones cruzadas.
2. Identificar al paciente.	Genera confianza.
3. Identificarse y orientar al paciente y/o familiar.	Le proporciona seguridad y aumenta su cooperación.
4. Revisar la indicación médica.	Evita errores.
5. Preparar el equipo.	Optimiza el tiempo.
6. Preparar el medicamento comparándolo con la tarjeta de cumplimiento, hoja de indicaciones o la hoja de emergencia.	Evita errores y se garantiza la seguridad en el cumplimiento.

7. Proporcionar privacidad al paciente.	<i>Mantiene la individualidad del paciente.</i>
8. Colocar al paciente en posición de Sims, descubra la región glútea (adultos) y en niños en posición supina	<i>Facilita la aplicación del medicamento.</i>
9. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
10. Calzarse guantes limpios	<i>Aplicación de medidas de bioseguridad.</i>
11. Lubricar el supositorio con agua o gel lubricante., si es necesario	<i>Evita traumatismos en la mucosa rectal.</i>
12. Sostiene el supositorio, separa los glúteos e introduce suavemente cerciorándose que haya penetrado.	
13. Verificar que el supositorio no haya sido expulsado.	<i>Garantiza el cumplimiento y la absorción del medicamento.</i>
14. Mantener los glúteos del paciente apretados de 3 a 5 minutos.	
15. Retirarse los guantes e higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
16. Dejar al paciente confortable y la unidad en orden.	<i>Mantiene la comodidad del paciente.</i>
17. Registrar la hora y las iniciales de la persona que cumple el medicamento.	<i>Permite la continuidad sistémica del tratamiento.</i>
18. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería.	<i>Garantiza la continuidad de las acciones de enfermería</i>

IX. COLOCACIÓN Y CUIDADOS DE DISPOSITIVOS INTRAVASCULARES.

A. TÉCNICA DE INSERCIÓN Y RETIRO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.

DEFINICIÓN.

Es la introducción de un catéter en una vena periférica para administrar soluciones o medicamentos en el torrente sanguíneo del paciente.

OBJETIVO.

Mantener una vía de acceso venoso para el cumplimiento de medicamentos y soluciones parenterales, cumpliendo técnica aséptica y procedimientos para prevenir complicaciones mecánicas e infecciosas.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

1. Los catéteres venosos son dispositivos flexibles y huecos que se introducen en los vasos sanguíneos para introducir líquidos, con finalidad terapéutica o diagnóstica.
2. Las puertas de entrada de los microorganismos al torrente sanguíneo son a través de tres mecanismos o vías: Extraluminal, intraluminal y hematógena.

INDICACIONES.

Cumplir tratamiento médico.

RECURSOS.

- ✓ Carro exclusivo de inyectables desinfectado con alcohol al 70%.
- ✓ Frasco estéril con Alcohol al 70 %.
- ✓ Frasco estéril con solución alcohólica de clorhexidina.
- ✓ Equipo individual estéril. (3 torundas y una gasa simple)
- ✓ Bolsa de torundas de Algodón estériles.
- ✓ Sello de heparina o conector clave o solución a infundir con su descartable.
- ✓ Apósito transparente.
- ✓ Catéteres de diferentes calibres.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Jeringa de 3cc.
- ✓ Cinta quirúrgica adhesiva ½ pulgada.
- ✓ Banda de hule.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Tijera.

- ✓ Frasco de solución hidroalcohólica al 70%.
- ✓ Frasco de solución salina normal.

PRECAUCIONES.

- a) Reunir equipo completo.
- b) No puncionar en sitios de fístula arteriovenosa (pacientes de hemodiálisis), venas varicosas o esclerosadas, miembros con hemiplejía y trombosis venosa.
- c) Al seleccionar el sitio de inserción, designe las extremidades superiores iniciando del extremo distal al proximal.
- d) Si el área seleccionada para la punción, está visiblemente sucia se deberá realizar limpieza con jabón y agua previa al procedimiento.
- e) Cambiar el catéter cada 72 a 96 horas, o cuando sea necesario.
- f) Frascos de soluciones antisépticas deben estar estériles, identificados y cambiados del día.
- g) Evitar realizar más de dos punciones o solicitar ayuda.
- h) Utilizar un catéter por cada intento de punción.
- i) Al canalizar vena no colocar bandeja ni resto del equipo en la cama del paciente.

PROCEDIMIENTO.

1. INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70 % con movimientos circulares del centro a la periferia.	<i>Medida de Bioseguridad.</i>
3. Reunir material, equipo y colocarlo en el área de trabajo.	<i>Mantiene un área de trabajo limpia.</i>
4. Identificar al paciente.	<i>Evita errores y genera confianza.</i>
5. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	
6. Colocarse mascarilla.	
7. Higiene de manos.	
8. Seleccionar la vena a puncionar.	<i>Facilita la inserción del catéter.</i>
9. Higiene de Manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
10. Permeabilizar descartable con técnica cerrada.	<i>Elimina burbujas de aire para evitar complicaciones.</i>
11. Abrir guantes y colocar en cubierta interna equipo individual para cateterización de vena	<i>Establece un área de trabajo estéril.</i>

periférica (gasa simple y 3 torundas estériles), catéter, apósito transparente y sello de heparina si es necesario.	
12. Colocar banda de hule de 7 a 10 cm. por arriba del sitio de punción.	<i>Se dilata y visualiza vena seleccionada.</i>
13. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
14. Calzarse guante estéril en la mano dominante.	<i>Garantiza la técnica aséptica.</i>
15. Realizar antisepsia con énfasis en el sitio de inserción con torunda impregnada de solución alcohólica de clorhexidina del centro a la periferia abarcando de 8 a 10 cm.	
16. Repetir paso anterior	
17. Si no cuenta con solución alcohólica de clorhexidina realizar este paso de la siguiente manera:	<i>Previene la entrada de microorganismos al torrente sanguíneo.</i>
18. Realizar antisepsia en el sitio de inserción con torunda impregnada de alcohol al 70% del centro a la periferia, luego con torunda impregnada de solución yodada al 10% de igual forma abarcando de 8 a 10 cm. y espere 2 minutos.	
19. Calzarse el otro guante en la mano no dominante.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
20. Revisar la integridad del catéter.	<i>Evita accidentes.</i>
21. Puncionar vena seleccionada con el bisel de la aguja hacia arriba	<i>Evita traumatismos.</i>
22. Comprobar el retorno venoso en la recámara de la aguja, introducir un centímetro y retroceder el estilete, luego progresar hasta dejarlo en el sitio deseado.	<i>Asegura la posición del catéter y permeabilidad de la vena.</i>
23. Retirar banda de hule con mano no dominante.	<i>Permite el paso de la sangre.</i>
24. Colocar gasa estéril sobre el sitio de punción con la mano estéril y realice presión con mano no dominante.	<i>Evita derrame de sangre y contaminación en el sitio de inserción.</i>
25. Retirar el estilete.	<i>Evita accidentes laborales.</i>
26. Colocar el sello o descartable con la mano estéril y abrir llave del descartable con mano no dominante.	<i>Mantiene un sistema cerrado.</i>
27. Retirar gasa simple y cubrir el catéter con apósito transparente, fijar dejando visible el sitio de inserción.	<i>Garantiza el control y evaluación posterior al sitio de inserción.</i>
28. Si no cuenta con apósito transparente colocar un cuadrado de gasa estéril sobre el sitio de	<i>Protección del sitio de inserción.</i>

punción con la mano estéril y fijarlo con cinta quirúrgica de papel.	
29. Retírese los guantes y realice higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
30. Estabilizar catéter con cinta quirúrgica de papel, dejando el sitio de inserción visible.	<i>Evita la migración del catéter y permite la vigilancia del sitio de inserción.</i>
31. Si el catéter no se utilizará al momento de instalarlo debe lavarlo con 3cc. de solución salina normal o regular goteo de soluciones indicados.	<i>Mantiene permeabilidad del catéter.</i>
32. Registrar fecha de inserción, calibre del catéter e iniciales de la persona que lo instaló.	<i>Para Monitoreo posteriores.</i>
33. Dejar cómodo al paciente.	<i>Satisfacción del paciente.</i>
34. Segregar desechos según normativa.	<i>Mantiene las medidas de Bioseguridad.</i>
35. Dejar equipo limpio y ordenado.	<i>Mantiene en orden en las áreas.</i>
36. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
37. Realizar anotaciones de enfermería en el expediente clínico.	<i>Permite la continuidad del tratamiento.</i>

2. RETIRO DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Reunir equipo (frasco con alcohol al 70%, torundas de algodón estériles, cinta adhesiva de papel, solución hidroalcohólica).	
3. Identificar al paciente.	<i>Evita errores.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Proporciona confianza y seguridad.</i>
5. Cerrar la válvula reguladora de gotas si tiene soluciones.	<i>Evita derrames y retorno venoso.</i>
6. Retirar la cinta quirúrgica o apósito transparente.	<i>Facilita la extracción del catéter.</i>
7. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
8. Tomar una torunda estéril e impregnarla con alcohol al 70% y realizar antisepsia del sitio de inserción del centro a la periferia y descartarla.	
9. Tomar otra torunda estéril e impregnarla con alcohol, colocarla sobre el sitio de inserción, retirar catéter, realizar presión y descartarla.	

10. Colocar torunda de algodón estéril seca y fijarlo con cinta adhesiva quirúrgica.	<i>Protege el sitio de inserción y evitar sangramiento.</i>
11. Segregación de desechos según normativa.	<i>Aplica la Norma de Desechos sólidos.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
13. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería.	<i>Documenta las acciones de enfermería.</i>

B. ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN LA COLOCACIÓN DE CATÉTER EN VENA CENTRAL.

DEFINICIÓN.

Es la asistencia de enfermería en el procedimiento de introducción de un catéter al sistema venoso central para fines de monitoreo hemodinámico y/o terapéuticos.

OBJETIVO.

Realizar procedimiento con técnica aséptica y prevenir complicaciones mecánicas e infecciosas.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La fuente primaria más común de patógenos son los microorganismos del sitio de inserción y en segundo lugar el sitio de conexión de los sistemas de infusión, por lo que las vías de entrada de los microorganismos al torrente sanguíneo es a través de tres mecanismos o vías los cuales son: Extraluminal, intraluminal y hematógena.

INDICACIONES.

Por indicación médica

RECURSOS.

- ✓ Carro exclusivo para colocación y cuidados de líneas vasculares.
- ✓ Equipo estéril de colocación de catéter de vena central.
- ✓ Gabachón más campo estéril para secado de manos.
- ✓ Sabana tirante estéril
- ✓ Par de guantes estériles.
- ✓ Catéter estéril.
- ✓ Jeringa de 5 o 10cc. Con aguja N 22
- ✓ Aguja N° 18.
- ✓ Hoja de Bisturí N 11
- ✓ Descartable para suero.
- ✓ Sobre estéril de nylon 2/0
- ✓ Solución de clorhexidina al 2% + más alcohol etílico o isopropílico al 70%

- ✓ Apósito transparentes grande.
- ✓ Paquete de torundas de algodón estériles.
- ✓ Frasco de alcohol gel.
- ✓ Frasco de lidocaína al 2%.
- ✓ Frasco con alcohol al 70%.
- ✓ Frasco con jabón de clorhexidina al 4%
- ✓ Frasco con solución salina normal o agua estéril.
- ✓ Gorros.
- ✓ Mascarillas.
- ✓ Bolsa o frasco de solución salina normal de 250cc.
- ✓ Tijera.
- ✓ Atril.

PRECAUCIONES.

- a) Solicitar consentimiento informado firmado por el paciente o familiar, del procedimiento a realizar.
- b) Reunir material y equipo completo.
- c) Realizar técnica aséptica.
- d) Realizar lavado antiséptico de manos.
- e) No cambiar rutinariamente el catéter.
- f) Reemplazar el catéter si se observa secreciones purulentas en el sitio de inserción u otros síntomas de infección relacionados al catéter.
- g) No hacer cambios de catéteres con guía metálica, si se sospecha infección asociada a catéter
- h) Si se sospecha infección en el sitio de inserción o bacteremia asociada al mismo envíe a cultivo la punta del catéter removido, no más de 3 cm como máximo.
- i) Trasladar al paciente al cuarto de procedimientos si no hay contradicción.
- j) Personal de Enfermería que asiste procedimiento debe realizar higiene de manos y utilizar gorro y mascarilla durante el mismo.
- k) El número de punciones que se hagan para la inserción no se debe exceder más de dos y si se va a intentar nuevamente, se deberá de cambiar el sitio de punción el equipo y debe ser intentado por otra persona de mayor experiencia.
- l) Proporcionar nuevo equipo y catéter cuando la primera intención fue fallida y si han transcurrido más de 30 minutos, de haber sido abierto el equipo.
- m) Verificar toma de radiografías posterior a colocación de catéter o intento fallido y reportar al médico.
- n) El medico encargado seleccionara el sitio de inserción del catéter en el siguiente orden: vena subclavia, yugular y como último escoge femoral de acuerdo a la condición clínica del paciente.
El catéter de tres vías solamente se colocara a paciente críticamente enfermo o que requiera alimentación parenteral para su manejo, el resto de pacientes procurar colocar catéteres de una o dos vías.
- o) El catéter venoso central deberá ser retirado tan pronto como no sea requerido.

PROCEDIMIENTO.

PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

1. Realizar lavado de manos y colocarse gorro y mascarilla.
2. Preparar el material y realiza la desinfección con alcohol al 70% al área de trabajo.
3. Identificar e identificarse con el paciente.
4. Orientar al paciente sobre el procedimiento y colocarlo en posición adecuada.
5. Realizar higiene de manos

MÉDICO.

6. Realiza higiene de manos y orienta al paciente sobre el procedimiento e identifica sitio de punción y puntos anatómicos de referencia.
7. Verifica posición adecuada del paciente.
8. Realiza higiene de manos y se coloca gorro y mascarilla.
9. Realiza el lavado antiséptico de manos.
10. Se seca las manos con campo estéril, se coloca gabachón y guantes estériles.
11. Coloca equipo estéril en mesa de trabajo y abre primera cubierta.(profesional de enfermería)
12. Abre segunda cubierta, ordena material.
13. Previa higiene de manos, le sirve en escudilla jabón de clorhexidina, agua estéril, solución alcohólica de clorhexidina, jeringa de 5 y 10cc, aguja N° 18, nylon 2/0, descartable para suero y catéter para vena central. (profesional de enfermería)
14. Ordena material en la mesa de trabajo.

PROFESIONAL DE ENFERMERIA.

15. Previa higiene de manos solicita la espiga del descartable para adaptarlo a la bolsa de solución salina normal y permeabilizar el descartable.
16. Realiza desinfección con torunda de algodón estéril y alcohol al 70% al tapón de goma del frasco de lidocaína y lo ofrece al médico quien aspira 10 cc.

MÉDICO.

17. Con pinza de anillo realiza limpieza de la piel en el siguiente orden, friccionando del centro a la periferia:
 - Torunda con jabón de clorhexidina al 2% del centro a la periferia (dos veces)
 - Torunda con agua estéril (dos veces).
 - Seca el área con torundas o gasa estéril.
18. Realiza antisepsia del centro a la periferia con torundas impregnadas con solución alcohólica de clorhexidina (dos veces).
19. Coloca sabana clínica y tres campos corrientes estériles, garantizando un área de trabajo estéril amplia.
20. Infiltra anestésico local
21. Permeabiliza el/los lumen del catéter con solución salina normal.

22. Realiza punción, coloca catéter y verifica que esté en vena, e inicia infusión de una pequeña cantidad de la solución salina normal por lumen distal para realizar prueba de retorno.
23. Asegura el catéter con dispositivos para tal fin (mariposa) colocándolo a 1.5 cm del sitio de inserción y siguiendo la trayectoria del catéter suturándolo con nylon 2/0.
24. Realiza antisepsia de la piel con alcohol al 70% para eliminar todo resto de sangre, iniciando en el sitio de inserción a la periferia.
25. Coloca apósito transparente.
26. Realiza segregación de desechos peligrosos, se retira barreras de bioseguridad y realiza higiene de manos.
27. Deja constancia escrita sobre procedimiento realizado en el expediente.

ASISTENTE.

28. Realiza higiene de manos, coloca fecha y nombre del médico que colocó el catéter.
29. Deja a paciente cómodo y ordenado.
30. Realiza segregación de desechos sólidos.
31. Aplica el cuidado posterior del equipo.
32. Realiza las anotaciones de enfermería en forma objetiva.

C. PROCEDIMIENTO DE CURACIÓN DE CATÉTER DE VENA CENTRAL.

DEFINICIÓN.

Son los cuidados que se realizan en el sitio de la piel donde se ha insertado un catéter venoso central.

OBJETIVOS.

Prevenir complicaciones infecciosas y mecánicas relacionadas al catéter de vena central.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

- El Catéter Venoso Central, es un factor de riesgo para el desarrollo de infecciones locales y sistémicas.
- La Flora normal de la piel es parte de la protección del ser humano pero cuando acceden o son llevadas por diferentes circunstancias hacia zonas normalmente estériles pueden causar infección.

INDICACIÓN.

Efectuar curación 1 vez por semana y cuando sea necesario

RECURSOS

- ✓ Carro exclusivo para curaciones y colocación de dispositivos intravasculares.
- ✓ Gorro.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Frascos estériles conteniendo:
 - Jabón de clorhexidina al 2%.
 - Agua estéril o Solución Salina Normal 0.9%
 - Alcohol al 70%.
 - Aplicador con solución de Clorhexidina al 2% más alcohol etílico e isopropílico al 70%
- ✓ Equipo estéril conteniendo 5 gasas simples.
- ✓ Paquete de torundas de algodón estériles.
- ✓ Apósito transparente
- ✓ Solución Salina Normal 0.9%.
- ✓ Jeringa de 3cc.
- ✓ Aguja N° 20.
- ✓ Sellos de heparina.
- ✓ Cinta quirúrgica de papel.
- ✓ Tijera.
- ✓ Solución hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) La vigilancia y supervisión de las condiciones del catéter debe ser diaria para hacer intervenciones oportunas de acuerdo a observaciones realizadas.
- b) La primera curación del catéter deberá realizarse a las 24 horas después de colocado
- c) La curación del sitio de inserción si está cubierto con apósito transparente se realizará cada semana y las veces necesarias cuando el apósito este despegado, sucio o mojado.
- d) La curación del sitio de inserción si está cubierto con apósito de gasa y cinta quirúrgica se realizara cada 2 días y las veces necesarias cuando el apósito este despegado, sucio o mojado.
- e) Evaluar diariamente la necesidad del catéter venoso central, cambiarlos cuando sea necesario y no por rutina
- f) Antes de retirar un catéter se debe realizar antisepsia de la piel con dos tiempos con solución de Clorhexidina al 2% más alcohol etílico e isopropílico al 70% desde el sitio de inserción hasta el inicio de los lúmenes haciendo énfasis en los puntos de fijación.
- g) Los sellos de heparina de los lúmenes del catéter de vena central que están en reposo o que no se están utilizando deben cambiarse dos veces por semana, y si es dispositivo sin aguja una vez por semana (lunes).
- h) Los lúmenes deben mantenerse limpios sin residuos de sangre.
- i) Vigilar y reportar signos de infección (calor, dolor, eritema o salida de secreción).
- j) Vigilar signos de Bacteriemia (escalofríos o fiebre) relacionados al uso de catéter central.
- k) Vigilar permeabilidad del catéter
- l) Si el catéter está obstruido utilizar jeringa de 10cc para aspirar y no forzar el paso de soluciones ya que puede romperse y provocar complicaciones.
- m) Proteger la zona del catéter de vena central con plástico a la hora del baño.

- n) Los frascos de las soluciones antisépticas deben estar estériles, identificados, con fecha y cambiarlos todos los días.
- o) Los descartables de infusión para alimentación parenteral deben cambiarse cada 24 horas.
- p) La PVC se medirá en el lumen distal del catéter en todos los pacientes sin alimentación parenteral.
- q) Si el paciente tiene indicado alimentación parenteral ésta se conectará en el lumen distal el cual será de uso exclusivo para ello y la PVC se medirá en el lumen medio.
- r) Los descartables de soluciones endovenosas y escalas para medición de presión venosa central el cambio se hará cada 72 a 96 horas.
- s) No desconectar descartables, set de PVC, alimentaciones parenterales y bombas de infusión para llevar al paciente al baño y/o procedimientos (mantener sistema cerrado).
- t) Si va a abrir un puerto de entrada debe hacerlo con técnica aséptica.
- u) Si se retira el sello de heparina debe cambiarse por uno nuevo
- v) Lavar los lúmenes con 3cc de SSN después de cumplir medicamentos
- w) No se debe cumplir componentes sanguíneos por medio del catéter de vena central (únicamente en pacientes que no tienen accesos periféricos).

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Desinfectar mesa de trabajo con alcohol al 70%.	<i>Elimina microorganismos de la superficie de la mesa.</i>
3. Preparar material y el equipo.	<i>Optimiza tiempo y energía.</i>
4. Identificar al paciente.	<i>Evita errores.</i>
5. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza.</i>
6. Higiene de manos.	
7. Colocar al paciente en posición de decúbito dorsal y si el catéter está cerca del cuello, colocarle la cara al lado contrario o colocarle mascarilla.	<i>Facilita el desarrollo del procedimiento.</i>
8. Verificar que el catéter este permeable.	
9. Higiene de manos.	
10. Colocarse mascarilla.	
11. Higiene de manos.	
12. Retirar suavemente el apósito transparente y gasas de la zona de inserción del catéter.	
13. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>

14. Abrir guantes, paquete de gasas simples para curación de vena central e hisopos con clorhexidina alcohólica.	<i>Se mantiene la técnica aséptica.</i>
15. Colocarse guante en la mano dominante, y con la otra mano se auxiliará para tocar los objetos no estériles.	
16. Tomar una gasa, doblarla en cuatro partes y verterle jabón de clorhexidina e iniciar a limpiar en el sitio de inserción y extendiéndose con movimientos circulares hacia afuera abarcando aproximadamente un área de 8 cm.	<i>Elimina el material orgánico para disminuir la presencia de microorganismos.</i>
17. Tomar otra gasa doblarla en cuatro partes y verterle agua estéril o SSN e iniciar a limpiar en el sitio de inserción y extendiéndose con movimientos circulares hacia afuera abarcando aproximadamente un área de 8 cm.	
18. Tomar otra gasa doblarla en cuatro partes y secar el área haciendo énfasis en sitio de inserción y suturas.	<i>Elimina humedad.</i>
19. Tomar el primer hisopo y realizar antisepsia iniciando y haciendo énfasis en el sitio de inserción, extendiéndose con movimientos circulares hacia afuera, pasando bajo el catéter y terminar bajo el inicio de los lúmenes.	<i>El efecto residual de la clorhexidina disminuye la proliferación de microorganismo.</i>
20. Tomar el segundo hisopo: 1 ^{er} . lado: realizar antisepsia iniciando y haciendo énfasis en el sitio de inserción, extendiéndose con movimientos circulares hacia afuera, pasando sobre el catéter y terminando donde inician los lúmenes, 2 ^{do} . lado: repetir paso realizado anteriormente.	
21. Retirarse el guante.	
Higiene de manos.	
22. Colocar apósito transparente.	<i>Crea una barrera de protección que permite visualizar el sitio de inserción</i>
Higiene de manos.	
23. Tomar una gasa simple aplicar alcohol al 70% y desinfectar cada lumen realizando fricción por 15 segundos.	<i>Disminuye la presencia de microorganismos.</i>
Colocar cinta quirúrgica en el sitio de unión del catéter con los lúmenes de forma que quede	<i>Permite la continuidad en la vigilancia del catéter.</i>

sellado, fechar con día de instalación y de curación y apellidos del profesional que realizó el procedimiento.

Si corresponde cambio del sello de heparina de los lúmenes en reposo, Continuar procedimiento desde paso 25

1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
2. Verificar que el lumen este cerrado.	<i>Evita el retorno venoso</i>
3. Con manos limpias, tomar una gasa, aplicarle alcohol al 70%, desinfectar los lúmenes y al que haya que cambiarle el sello de heparina colocarlo sobre una gasa estéril.	<i>Se desinfecta los lúmenes para disminuir la presencia de microorganismos.</i>
4. Abrir guante estéril y colocar en la cubierta, sellos de heparina, aguja N°20, jeringas y 5 gasas simples.	<i>Mantiene la técnica aséptica.</i>
5. Realizar desinfección con alcohol al 70% a frasco de solución salina normal al 0.9%.	
6. Higiene de manos	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
7. Colocarse guante en mano dominante, servir 3 cc de solución salina normal	<i>Mantener la técnica aséptica.</i>
8. Tomar una gasa estéril y aplicarle alcohol al 70% y realizar desinfección del lumen en el sitio de conexión del sello de heparina y auxiliándose de la gasa donde descansaba el lumen retirar el sello y descartarlo, colocar jeringa con solución salina normal, despinzar el lumen y lavar el lumen con 2.9cc y pinzar nuevamente el lumen.	<i>Evitar la migración de microorganismos al torrente sanguíneo.</i>
	<i>Protege el sitio del sello con el lumen.</i>
9. Retirarse guante.	<i>Norma de desechos sólidos.</i>
10. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
11. Colocar cinta quirúrgica en el sitio de unión del catéter con los lúmenes de forma que quede sellado. Fechar con día de instalación y de curación e iniciales de la persona que realizo la curación.	<i>Medidas de seguridad y control en manejo del dispositivo.</i>
12. Dejar cómodo al paciente	<i>Mantiene al paciente confortable.</i>
13. Retirar equipo , dejar limpio y ordenado	<i>Mantiene áreas de trabajo seguras y libres de contaminación.</i>

14. Higiene de manos

Previene infecciones cruzadas

15. Anotaciones de las acciones de enfermería.

Documenta las acciones y dar continuidad a los cuidados de Enfermería.

X. TOMA DE MUESTRA PARA EXÁMENES.

A. TOMA DE MUESTRAS DE HEMOCULTIVO POR CATÉTER VENOSO CENTRAL.

DEFINICIÓN.

Es la extracción de una muestra de sangre obtenida a través de los lúmenes del catéter venoso central, con técnica aséptica con el fin de cultivarla

OBJETIVO.

Recolectar una muestra de sangre con técnica aséptica para el estudio microbiológico y contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente cuando se sospecha infecciones asociadas a catéter venoso central

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La invasión de microorganismos en la sangre aumenta la morbi-mortalidad, representando una de las más graves causas de infección. El diagnóstico definitivo de la bacteriemia se establece cuando se aísla el microorganismo causal en la sangre del paciente; por lo que la toma de la muestra debe realizarse con técnica aséptica para evitar alteraciones en los resultados.

INDICACION.

Indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Paquete individual estéril conteniendo: 1 compresa, 10 gasas simples y un campo hendido.
- ✓ Paquete de 3 gasas simple estériles.
- ✓ Gabachón estéril.
- ✓ 2 pares de Guantes estériles.
- ✓ 2 Jeringas de 1 cc, 5 cc y 10 cc (de acuerdo a número de muestras a extraer).
- ✓ Sellos de heparina.
- ✓ Aguja dependiendo de lúmenes a utilizar.
- ✓ Bolsa con torundas de algodón estériles.
- ✓ Mascarilla y gorro,
- ✓ Frasco con Alcohol al 70%.
- ✓ Frasco de solución hidroalcohólica.
- ✓ Frasco de solución salina de 250 cc.
- ✓ Frasco de heparina.
- ✓ Cinta quirúrgica de papel.
- ✓ Frascos para hemocultivo.
- ✓ Tijera.

PRECAUCIONES.

- a) Mantener técnica aséptica durante el procedimiento.
- b) Dependiendo del número de muestras a tomar así será el número de jeringas y agujas a agregar en el equipo.
- c) Previo a la extracción de la muestra de sangre verificar que boleta contenga lo siguientes datos: nombre, número de afiliación, diagnóstico del paciente, nombre, número, fecha y hora de extracción de la muestra.
- d) Previo a la extracción de la muestra de sangre identificar frasco con los siguientes datos: nombre y número de afiliación del paciente, nombre, número y hora de extracción de la muestra, con el cuidado de no manchar código de barras
- e) Verificar que la boleta está completa y correctamente rotulada.
- f) Identificar la muestra con datos completos del paciente, fecha y hora de tomada la muestra, nombre y número de la muestra.
- g) Mantener frasco a temperatura ambiente y protegido de la luz.
- h) Interrumpir el paso de soluciones endovenosas previo a la extracción de las muestras de sangre.
- i) Extraer la muestra antes de iniciar la terapia antimicrobiana.
- j) Enviar de inmediato la muestra al laboratorio.
- k) Transportar la muestra en depósito adecuado y seguro.
- l) Extraer muestras en el siguiente orden:
 - Muestra de sangre periférica.
 - Muestras de lúmenes de catéter venoso central.
 - Muestra de sangre periférica.
- m) Si los lúmenes están en reposo se deben lavar con solución salina normal después de la extracción de la muestra.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70 %.	<i>Mantiene área de trabajo limpia.</i>
3. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
4. Reunir material e identificar frascos para hemocultivos.	<i>Ahorra tiempo y asegura la remisión correcta de la muestra.</i>
5. Identificar al paciente.	<i>Genera confianza.</i>
6. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Disminuye la ansiedad.</i>
7. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
8. Colocarse gorro y mascarilla.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
Higiene de manos.	
9. Con manos limpias abrir el paquete de gasas simples, tomar una y verter alcohol al 70% para	

realizar desinfección del lumen incluyendo pinza de control de flujo y 10cm del descartable de la infusión o sello de heparina, colocarlo sobre gasa estéril, y cerrar pinza de flujo.	
10. Higiene de manos.	
11. Realizar desinfección con alcohol al 70% a frasco de SSN, dejarlo cubierto con nueva torunda impregnada con alcohol.	
12. Retirar pestaña de seguridad a los frascos para hemocultivo, realizar desinfección con alcohol al 70% y dejarlo cubierto con nueva torunda impregnada con alcohol.	<i>Disminuye el riesgo de contaminación.</i>
13. Higiene de manos	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
14. Abrir equipo estéril y agregar: jeringas de 5cc y 10cc, agujas estériles según el número de lúmenes con infusión y sellos de heparina según el número de lúmenes no utilizados.	<i>Crea campo de trabajo estéril.</i>
15. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
16. Colocarse gabachón estéril.	
17. Colocarse guante estéril en mano dominante y servir: a) Solución salina normal en jeringa de 10cc.	<i>Mantiene técnica aséptica.</i>
18. Tomar una gasa simple y verter alcohol al 70% y realizar desinfección en el sitio de unión del lumen y descartable o sello de heparina y colocarlo sobre una compresa estéril. Con mano dominante realizar desinfección en cada lumen del catéter incluyendo la pinza de control de flujo y cerrarla: a) Tomar una gasa simple y verter alcohol al 70% para realizar desinfección en el sitio de conexión del catéter con el descartable de la infusión o sello de heparina. b) Repetir el paso anterior utilizando gasa con alcohol al 70% y colocar posteriormente una compresa estéril por debajo de los lúmenes.	<i>Evita el paso de soluciones y medicamentos que alteren la muestra.</i> <i>Asegura la técnica aséptica.</i>
19. Calzarse el otro guante estéril	
20. Colocar campo hendido estéril sobre el catéter dejando los lúmenes visibles.	<i>Aislamiento, el campo de trabajo estéril.</i>
21. Tomar lumen con una gasa simple y desconectar descartable de infusión tomándolo con otra gasa simple e inmediatamente adaptar jeringa de 5cc	

al lumen y proteger el extremo del descartable con aguja y colocarlo sobre campo estéril protegido con la gasa simple.	
22. Abrir pinza de control de flujo, manipulándola con el campo estéril y extraer de 3 a 5 cc de sangre, cerrar pinza de control de flujo y descartar jeringa con sangre.	
23. Adaptar nueva jeringa y extraer 5 cc de sangre, cerrar pinza de control de flujo, desadaptar jeringa con muestra, adaptar jeringa que contiene los 10 cc de SSN y colocarla sobre campo estéril	
24. Colocar aguja a jeringa que contiene la muestra de sangre e inocularla en frasco para hemocultivo	<i>Asegura la calidad de la muestra.</i>
25. Lavar el lumen con los 10 cc de SSN y cerrar pinza de control de flujo	<i>Evita contaminar el descartable.</i>
26. Adaptar sello de heparina o descartable de infusión y graduar flujo de la solución.	<i>Mantiene lúmenes permeables.</i>
27. Realizar segregación de los desechos sólidos	
28. Retirarse guantes	
29. Higiene de manos	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
a. Dejar cómodo y ordenado al paciente.	
b. Enviar muestra de hemocultivo al laboratorio de inmediato (con un máximo de 30min.).	<i>Garantiza la veracidad de los resultados.</i>
c. Dejar área de trabajo limpia y ordenada.	<i>Mantener áreas de trabajo limpias.</i>
30. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Documenta las acciones de Enfermería.</i>

B. TOMA DE MUESTRAS DE HEMOCULTIVO DE VENA PERIFÉRICA.

DEFINICIÓN.

Es la extracción de una muestra de sangre que se obtiene por punción venosa periférica aplicando técnica aséptica, con el fin de cultivarla.

OBJETIVO.

Recolectar una muestra de sangre con técnica aséptica para el estudio microbiológico y contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente.

PRINCIPIOS CIENTÍFICOS.

En la piel existen bacterias residentes y transitorias, las cuales sin la debida antisepsia pueden ingresar al torrente sanguíneo al realizar punción de vena periférica y al extraer sangre pueden contaminar la muestra obteniendo un resultado falso positivo.

INDICACION.

Indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Un par de guantes estériles.
- ✓ Frasco con alcohol al 70%.
- ✓ Solución antiséptica
Solución de clorhexidina al 2% mas alcohol etílico o Isopropílico al 70%
- ✓ Mascarilla.
- ✓ gorro
- ✓ Jeringa de 5 cc.
- ✓ Paquete de torundas o gasa simple estériles (tres).
- ✓ Torniquete.
- ✓ Frascos para hemocultivo.
- ✓ Bolsa con torundas de algodón estériles.
- ✓ Frasco de solución hidroalcohólica.

PRECAUCIONES

- a) Mantener técnica aséptica durante el procedimiento.
- b) Identificar el área a puncionar.
- c) Evitar palpar el sitio seleccionado después de haber realizado asepsia
- d) Si el área a puncionar está sucia se debe lavar con agua y jabón antiséptico previamente.
- e) Utilizar jeringa por punción.
- f) Tomar muestras de diferentes miembros con intervalos de 15 min. o dependiendo de la indicación.
- g) Previo a la extracción de la muestra de sangre verificar que boleta contenga lo siguientes datos: nombre, número de afiliación, diagnóstico del paciente, nombre, número, fecha y hora de extracción de la muestra.
- h) Previo a la extracción de la muestra de sangre identificar frasco con los siguientes datos: nombre y número de afiliación del paciente, nombre, número y hora de extracción de la muestra, con el cuidado de no manchar código de barras.
- i) Mantener frasco a temperatura ambiente y protegido de la luz.
- j) Tomar hemocultivo antes de iniciar la terapia antimicrobiana.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos con agua y jabón.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Colocarse gorro y mascarilla.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
3. Desinfectar mesa de trabajo con alcohol al 70 %.	<i>Mantiene área de trabajo limpia.</i>
4. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
5. Preparar material, identificar frascos para hemocultivos	<i>Ahorra tiempo y energía.</i>
6. Identificar al paciente.	<i>Genera confianza.</i>
7. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Disminuye la ansiedad.</i>
8. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
9. Seleccionar vena adecuada	<i>Facilita la venopunción.</i>
10. Higiene de manos	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
11. Retirar pestaña de seguridad a los frascos para hemocultivo, no descartar, realizar desinfección con alcohol al 70% y dejarlo cubierto con torunda impregnada con alcohol.	<i>Disminuye el riesgo de contaminación.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
13. Abrir guantes estériles y agregar jeringas y torundas estériles.	<i>Se crea campo de trabajo estéril.</i>
14. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
15. Colocar torniquete de 7 a 10 cm. por arriba del sitio de punción.	<i>Facilita la extracción</i>
16. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
17. Calzarse guante estéril en mano dominante.	<i>Asegura la técnica aséptica.</i>
18. Realizar antisepsia en el sitio de punción con torunda o gasa simple con Solución de Clorhexidina + alcohol del centro a la periferia, abarcando un área de 8 a 10 cm. en adulto.	<i>Se prepara meticulosamente la piel de la zona de extracción para disminuir flora residente.</i>
19. Calzarse guante estéril en mano no dominante.	<i>Medida de bioseguridad.</i>
20. Puncionar vena seleccionada sin palpar con los guantes el sitio de punción y extraer la cantidad de sangre necesaria.	<i>Evita contaminar área preparada.</i>
21. Retirar torniquete con mano no dominante.	<i>Restablece flujo sanguíneo.</i>
22. Retirar aguja de la vena y realizar presión con gasa estéril en sitio de venopunción, teniendo cuidado de no, tocar la torunda.	<i>Evita sangrado.</i>

23. Inocular la sangre en el frasco para hemocultivo, previo cambio de aguja removiendo suavemente.

Garantiza el resultado de la muestra.

24. Realizar segregación de desechos sólidos

25. Retirarse guantes.

Medidas de bioseguridad.

26. Higiene de manos.

Previene infecciones cruzadas.

27. Enviar muestra de hemocultivo al laboratorio de inmediato (no exceda de 30min).

La muestra debe mantenerse a temperatura ambiente durante cortos periodos de tiempo para no afectar la posterior recuperación de los microorganismos.

28. Dejar equipo limpio y ordenado.

Mantiene áreas de trabajo limpias.

29. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.

Se documentan las acciones de enfermería.

C. TOMA DE MUESTRAS DE SANGRE DE VENA PERIFÉRICA.

DEFINICIÓN.

Es la extracción de sangre a través de la punción de una vena periférica con técnica aséptica, con el fin de analizarla

OBJETIVO.

Obtener muestras de sangre para análisis de laboratorio, contribuyendo al diagnóstico y tratamiento del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

En la piel existen bacterias residentes y transitorias, las cuales sin la debida antisepsia pueden ingresar al torrente sanguíneo al realizar punción de vena periférica, por lo que es necesario mantener técnica aséptica durante el procedimiento.

INDICACION.

Cumplir indicación médica.

RECURSOS

- ✓ Bandeja conteniendo:
 - Torundas de algodón estériles.
 - Alcohol al 70 %.
 - Agujas #21.
 - Jeringas 5, 10 ó 20 c.c.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Mascarilla quirúrgica.
- ✓ Solución hidroalcoholica.

- ✓ Liga para torniquete.
- ✓ Cinta quirúrgica adhesiva de ser necesario o venda adhesiva
- ✓ Tubos al vacío según tipo de examen.
- ✓ Orden para exámenes.
- ✓ Libro para registro de exámenes.
- ✓ Depósito para colocar tubos con la muestra.
- ✓ Depósito para desechos.

PRECAUCIONES.

- a) Seleccionar preferentemente venas de mayor calibre y superficiales para la punción.
- b) Asegurarse que el tubo sea el indicado para la muestra.
- c) Mezclar suavemente el tubo con anticoagulante de 4 a 5 veces para evitar hemolisis.
- d) No tomar muestras de sangre en miembros con fístulas, parestesias, venas varicosas, esclerosadas o que tengan venoclisis.
- e) No colocar equipo a utilizar en la cama del paciente.
- f) Revisar que los datos del paciente en la boleta de laboratorio y tubos de exámenes estén completos y correctos.
- g) Cerciorarse que el paciente esté en ayunas si es necesario.
- h) Si la extracción se ha realizado con jeringa, vaciar en el tubo suavemente la cantidad de muestra necesaria.
- i) Iniciar depositando muestras en frascos con anticoagulantes y luego las que no necesitan en el siguiente orden: a) celeste, b) morado y c) rojo
- j) En pacientes con trastornos de coagulación hacer presión manual en el sitio de punción por un tiempo de cinco minutos.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos	<i>Evita la transmisión de microorganismos.</i>
2. colocarse mascarilla.	
3. Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70%	
5 Preparar el equipo a utilizar.	<i>Optimiza el tiempo y energí.</i>
4. Rotular tubos con nombre completo y número de afiliación del paciente.	<i>Asegura el procedimiento y disminuye el riesgo de errores.</i>
5. Identificar al paciente.	<i>Genera confianza y disminuye la ansiedad.</i>
6. Identificarse y orientar al paciente sobre el procedimiento.	
7. Higiene de manos.	<i>Las venas de grueso calibre favorecen la canalización y</i>
8. Seleccionar la vena a puncionar.	

	<i>extracción de la muestra evitando traumas.</i>
9. Higiene de manos.	<i>Reduce la transmisión de microorganismos.</i>
10. Abrir paquete de torundas estériles y jeringa con aguja.	<i>Facilita la manipulación del material.</i>
11. Colocar banda de hule.	<i>Incrementa la presión venosa para facilitar la punción.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Previene la transmisión de microorganismos.</i>
13. Calzar guantes limpios.	<i>Medida de bioseguridad.</i>
14. Verter en torunda alcohol al 70% y realizar antisepsia de área del centro a la periferia.	<i>Evita la entrada de microorganismos al torrente sanguíneo.</i>
15. Repetir paso anterior.	
16. Puncionar la vena seleccionada con el bisel de la aguja hacia arriba extrayendo la cantidad requerida de la muestra.	<i>Facilita la extracción de la muestra y evita traumatismos.</i>
17. Soltar banda de hule, retirar aguja, presionar con algodón estéril seco en el sitio de punción y colocar cinta quirúrgica adhesiva de ser necesario.	<i>Reduce la presión venosa y evita el sangrado.</i>
18. Depositar la muestra de sangre suavemente a través de la pared interna del tubo hasta alcanzar el límite establecido.	<i>Se evita la coagulación y hemolisis.</i>
19. Mezclar la muestra con movimientos suaves en los que tienen anticoagulante.	<i>Se evita la coagulación y hemolisis.</i>
20. Descartar desechos bioinfecciosos y corto punzantes de acuerdo a norma.	<i>Previene accidentes laborales por materiales corto punzantes.</i>
21. Retirarse guantes.	
22. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
23. Retirar el equipo y colocarlo en el lugar respectivo	<i>Mantiene orden y limpieza</i>
24. Registrar en libro de exámenes y enviar muestras al laboratorio con sus respectivas boletas.	<i>Se deja evidencia documental de muestras tomadas y enviadas.</i>
25. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
26. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Se documentan las actividades de enfermería.</i>

NOTA:

- Este procedimiento es una actividad del personal de laboratorio clínico, en los centros donde no se cuente con este personal lo hará enfermería.
- En los centros de atención que cuente con sistema al vacío para la obtención de las muestras de sangre no utilizar jeringa.

D. ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN PUNCIÓN LUMBAR.

DEFINICIÓN.

Técnica invasiva que consiste en la introducción de una aguja o trocar en el canal espinal, a nivel lumbar para obtener una muestra de Líquido Cefalorraquídeo

OBJETIVOS.

1. Obtener una muestra para diagnóstico y tratamiento.
2. Medir la presión del LCR en el espacio subaracnoideo.
3. Administración de fármacos.
4. Administración de anestesia (anestesia epidural).
5. Extracción de LCR para reducir la presión intracraneal (PIC).

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El líquido cefalorraquídeo, está compuesto por agua (principal constituyente), proteínas, glucosa, linfocitos, electrolitos y péptidos es una sustancia clara e incolora, circula continuamente a través de las cavidades del encéfalo y de la médula espinal, en el espacio "subaracnoideo". Tiene tres funciones principales

1. Protección Mecánica: Representa un medio que amortigua los impactos recibidos por el cráneo y las vértebras.
2. Protección Química: Provee un ambiente químico óptimo para la transmisión de impulsos a nivel neuronal.
3. Circulación: El LCR permite el intercambio de nutrientes y productos de desecho entre la sangre y el tejido nervioso.

INDICACIÓN.

Indicación Médica.

RECURSOS.

- ✓ Carro de curaciones o mesa de trabajo.
- ✓ Gorro.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Equipo de asepsia.
- ✓ Gabachón estéril.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Torundas estériles.
- ✓ Jeringa de 5 CC.
- ✓ Aguja N° 18.
- ✓ Válvula de 3 vías.
- ✓ Aguja para punción lumbar con mandril: 20G– 22G
- ✓ Alcohol al 70%

- ✓ Solución yodada al 10% ó solución de clorhexidina al 2% + alcohol al 70% (uso en pediatría)
- ✓ Lidocaína al 2%.
- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Cinta quirúrgica adhesiva.
- ✓ Escala de medición de presión de LCR, si es necesario
- ✓ Tijera.
- ✓ Tubos para recoger muestras para cultivo.

PRECAUCIONES.

- a) Ayudar al paciente a conservar la posición, para evitar movimientos bruscos que puedan causar una punción traumática.
- b) Vigilar los cambios en el estado neurológico del paciente.
- c) Mantener al paciente en posición decúbito dorsal por 6 horas después de realizado el procedimiento.
- d) Vigilar y reportar si el paciente presenta cefalea, mareos, vómitos, e inestabilidad al deambular.
- e) Observar frecuentemente el apósito del sitio de punción en busca de hemorragia o salida de líquido cefalorraquídeo.
- f) Reportar al médico si el apósito estuviera húmedo o con presencia de sangre.
- g) Nunca dejar al paciente solo cuando este en posición para el procedimiento.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Colocarse Gorro y mascarilla.	<i>Barrera de bioseguridad evita transmisión de microorganismos.</i>
3. Desinfectar mesa de trabajo con alcohol al 70%.	<i>Elimina microorganismos de la superficie de la mesa.</i>
4. Preparar el equipo y llevarlo a la unidad del paciente.	<i>Maximiza la utilización del tiempo.</i>
5. Identificar al paciente.	<i>Evita errores y da seguridad.</i>
6. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Disminuye la ansiedad y favorece la colaboración del paciente.</i>
7. Aislar al paciente entre biombos o trasladarlo al cuarto de procedimientos	<i>Mantiene la individualidad del paciente.</i>

8. Colocar al paciente en decúbito lateral al borde de la cama con las piernas y la cabeza flexionada en posición fetal, manteniendo los hombros perpendiculares al piso.

Facilita la técnica, permitiendo que los espacios entre las vértebras sean lo más amplios posible.



9. Higiene de manos.

Previene infecciones cruzadas.

10. Descubrir el equipo, servir alcohol al 70% luego solución yodada al 10% para que el médico realice la asepsia.

Mantiene técnica aséptica.

11. Ofrecer al médico Xilocaína al 2% previa desinfección al tapón del frasco con alcohol al 70%.

Evita transmisión de microorganismos.

12. Ayudar al paciente a mantener la posición.

Permite mejor exposición del espacio lumbar.

13. Cuando el médico ha insertado la aguja de punción en la región lumbar y comprobado que está en el espacio subaracnoideo:

Permite valorar si existe hipertensión intracraneana.

a) Proporcionar el manómetro o escala de medición de presión del LCR.(en caso necesario)

Obtener muestra de LCR, para análisis de laboratorio.

b) Médico toma una gasa estéril para manipular la parte no estéril del tubo y deposita la muestra directamente de la aguja.

c) Se reciben tubos con muestra de LCR.

14. Cuando el médico retira la aguja de punción lumbar, y coloca la gasa estéril, colocar cinta quirúrgica adhesiva ejerciendo presión en el sitio de punción.

Evita sangrado o salida de líquido cefalorraquídeo.

15. Identificar tubos.

16. Dejar a paciente limpio y cómodo.

Proporciona seguridad al paciente.

17. Segregar desechos sólidos.

Se cumple norma de segregación de desechos.

18. Cuidado posterior del equipo y dejar área ordenada.

Evita pérdida del instrumental y mantiene limpias áreas de trabajo.

19. Anotar en libro respectivo y enviar muestras de inmediato al laboratorio.

Garantiza seguridad en la identificación de la muestra y resultados confiables de laboratorio.

20. Realizar anotaciones de enfermería.

Documenta acciones realizadas y permite la continuidad del cuidado al paciente.

E. CONTROL DE GLUCOMETRÍA.

DEFINICIÓN.

Es la medición fiable, rápida y cómoda de los niveles de glucosa, por medio de una gota de sangre capilar.

OBJETIVO.

Detectar los niveles de glucosa en sangre, con fines diagnósticos o terapéuticos.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Existe buena correlación entre glicemia medida en sangre capilar mediante glucómetro y la medida en suero o plasma en el laboratorio convencional. La utilización de glucómetros para la determinación de glicemia capilar, tiene la ventaja de proporcionar información rápida y puntual para intervenir oportunamente.

INDICACION.

Según condición de paciente.

RECURSOS.

Bandeja que contenga:

- ✓ Glucómetro.
- ✓ Tiras reactivas.
- ✓ Lancetas o aguja # 26.
- ✓ Alcohol 70%.
- ✓ Torunda de algodón secas estériles.
- ✓ Depósito para desechos peligrosos

PRECAUCIONES

- a) Verificar que el código del glucómetro coincida con el de las tiras y fecha de vencimiento vigente.
- b) Registro de la medición en hoja correspondiente.
- c) Tomar hemoglucotest previo a cumplir insulina según esquema.
- d) Cuando el control del hemoglucotest sea cada hora, alternar el sitio de punción.
- e) Proporcionar los conocimientos necesarios al paciente y familia en el autocuido.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Identificarse con el paciente.	<i>Previene errores.</i>
3. Identificar y orientar al paciente sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza y permite la colaboración del paciente.</i>
4. Introducir la tira reactiva al glucómetro y esperar la señal de aplicación de la gota de sangre.	<i>Garantiza el buen funcionamiento del equipo.</i>
5. Seleccionar la zona de punción. a. zona lateral de la yema de los dedos. b. Lóbulo de la oreja. c. En niños puncionar talón.	<i>Son áreas vascularizadas con llenado capilar.</i>
6. Higiene de manos.	
7. Efectuar antisepsia con torunda con alcohol al 70%.	<i>Disminuye la presencia de microorganismos.</i>
8. Puncionar en la zona elegida y colocar una gota de sangre en el sitio indicado en la tira reactiva.	<i>Garantiza el resultado de la prueba.</i>
	
9. Descartar lanceta o aguja utilizada en depósito correspondiente.	<i>Evita accidentes laborales.</i>
10. Presione la zona de punción con algodón seco.	<i>Evita sangrado post punción.</i>
11. Retirar la tira reactiva, descartándola en depósito respectivo.	<i>Se cumplen Normas de Manejo de Desechos Sólidos.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
13. Anotar resultado y reportar anomalías.	<i>Se registra valoración del estado del paciente y su seguimiento.</i>
14. Dejar limpio y ordenado el equipo.	<i>Mantiene limpias las áreas de trabajo.</i>

NOTA: Este procedimiento es médico. En caso de emergencia lo realizara el personal de Enfermería según valoración del estado y condición del paciente.

F. OBTENCIÓN DE MUESTRA DE ORINA PARA EXAMEN GENERAL O CULTIVO.

DEFINICIÓN.

Es el procedimiento por medio del cual se recolecta muestra de orina para fines diagnósticos, por micción espontánea o a través de una sonda vesical.

OBJETIVOS.

1. Contribuir al diagnóstico y tratamiento.
2. Obtener muestra de orina confiable.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La principal función del sistema urinario es filtrar de la sangre sustancias de desechos y agua. Los componentes que forman la orina son agua, electrolitos (Cl, Na, K,) y los productos generados por la degradación metabólica de las proteínas (urea, creatinina, sulfatos y fosfatos). Los componentes anormales de la orina que indican enfermedad son los cuerpos cetónicos, proteínas, bacterias, sangre, glucosa, pus y cristales.

INDICACION.

Cumplir indicación médica.

RECURSOS:

- ✓ Frasco limpio o estéril según el examen indicado.

En pacientes con sonda vesical agregar:

- ✓ Compresas.
- ✓ Torunda
- ✓ Alcohol al 70%.
- ✓ Jeringas de 10cc.
- ✓ Aguja Nº 23 ó 26.
- ✓ Guantes limpios
- ✓ Mascarilla

EDUCACIÓN AL PACIENTE.

- Realizar higiene de genitales previo a obtención de la muestra.
- Depositar orina hasta la mitad del frasco.

PRECAUCIONES.

- ✓ Revisar frasco que no esté roto (Para evitar derrame de orina).
- ✓ Reportar al médico las características de la orina con anormalidades.
- ✓ Asegurarse que estén correctamente identificadas las órdenes de laboratorio.
- ✓ En caso que se asista al paciente en la recolección de muestra utilizar guantes limpios.
- ✓ Evitar contaminar los bordes del frasco.
- ✓ La muestra para urocultivo debe depositarse en frasco estéril.
- ✓ Rotular correctamente el frasco.
- ✓ Enviar oportunamente la muestra a laboratorio.

Paciente con sonda vesical:

- Si la muestra se obtiene de sonda vesical se toma de la vía para la toma de muestra y no de la bolsa recolectora de orina.
- Realizar antisepsia con alcohol al 70% y aspirar orina con una aguja de pequeño calibre y jeringa estéril.
- Nunca discontinuar el sistema cerrado para recolectar muestras.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo, y llevarlo al lado del paciente.	<i>Ahorra tiempo y evita errores.</i>
3. Identificar al paciente.	
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Asegura la colaboración y disminuye la ansiedad.</i>
5. Paciente que no lo puede realizar por sus propios medios: a) Realizar procedimiento de Aseo Vulvar o Prepucial. b) Dejar caer la primera parte del chorro de orina. c) Recolectar la muestra de orina y tapar frasco.	<i>Se evita contaminación de la muestra. La primera parte de la micción lava el conducto uretral arrastrando bacterias Los microorganismos patógenos son diseminados por medio directo e indirecto.</i>
PACIENTES CON SONDA: a) Colocar el interruptor en modo cerrado en el tubo de la bolsa colectora de 5 a 10 minutos a una distancia de 10 cm del extremo proximal al punto de unión con la sonda. b) Higiene de manos. c) Colocarse mascarilla. d) Lavado de manos. e) Abrir paquete de torundas estériles y jeringas. f) Calzarse Guantes limpios. si se toma cultivo. g) Realizar desinfección en el sitio de punción y la periferia con una gasa simple estéril impregnada con alcohol al 70%. h) Repetir paso anterior. i) Aspirar 10cc de orina	<i>Asegura la obtención de muestra de orina reciente</i> <i>Asegura técnica aséptica.</i> <i>Permite el drenaje de la orina.</i>

- j) Depositar la orina en el frasco según tipo de examen y taparlo.

DESPINZAR EL TUBO.

- a) Descartar desechos y retirarse los guantes
- b) Higiene de manos
- c) Dejar cómodo al paciente.
- d) Higiene de manos.

6. Identificar la muestra y enviar al laboratorio oportunamente.

Evita errores y confusión de muestras. Permite que los resultados sean confiables.

7. Lavado de manos.

Previene infecciones cruzadas

8. Reportar las características de la muestra.

Permite el manejo oportuno del paciente por el médico.

9. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.

Documenta las acciones de Enfermería y se da continuidad al tratamiento del paciente.

G. OBTENCIÓN DE MUESTRA DE HECES.

DEFINICIÓN.

Es el procedimiento por medio del cual se recolecta muestra fecal para fines diagnósticos.

OBJETIVOS.

1. Obtener correctamente una muestra para examen de laboratorio.
2. Contribuir a establecer el diagnóstico clínico.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El Sistema Digestivo está formado por diferentes órganos, entre ellos el Intestino Grueso, que se encarga de la eliminación de los desechos orgánicos, la eliminación se puede ver alterada por la presencia de bacterias virus, parásitos o fármacos que afectan la flora intestinal normal.

INDICACION.

Cumplir indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Biombo.
- ✓ Papel higiénico.
- ✓ Frasco para muestra.
- ✓ Baja lengua.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Cómodo o pañal desechable.

- ✓ Mascarilla

PRECAUCIONES.

- Utilizar frasco limpio y seco.
- Asegurarse que estén correctamente identificadas las órdenes de laboratorio.
- Rotular correctamente el frasco.
- Si el paciente no deambula proporcionarle privacidad para la recolección de la muestra
- Asegurar la tapa del frasco para evitar derrame.
- Enviar inmediatamente muestra al laboratorio.

EDUCACIÓN AL PACIENTE AMBULATORIO.

- Revisar que boleta esté debidamente identificada.
- Orientar al paciente sobre la recolección de la muestra.
- Entregar frasco previamente rotulado y agregar baja lengua o guante limpio.
- Debe realizarse lavado de manos posterior a la toma de la muestra.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Colocar mascarilla.	
3. Preparar el equipo, identificar frasco y llevarlo al lado del paciente.	<i>Ahorra tiempo y evita errores.</i>
4. Identificar al paciente.	
5. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Asegura la colaboración y disminuye la ansiedad.</i>
6. Colocarse guantes limpios.	<i>Medida de Bioseguridad.</i>
7. Destapar frasco, dejando la tapadera hacia arriba.	<i>Evita contaminación cruzada.</i>
8. Recolectar con baja lengua, muestra de heces del cómodo o pañal desechable.	<i>Facilita la obtención de la muestra.</i>
9. Depositar muestra en frasco respectivo y taparlo de inmediato.	<i>Evita contaminación y derrame.</i>
10. Colocar frasco en depósito de envío de muestras al laboratorio.	<i>Evita contaminación.</i>
11. Retirarse guante	
12. Lavado de manos.	<i>Medidas de Bioseguridad.</i>
13. Anotar en libro respectivo y enviarla inmediatamente al laboratorio	<i>Se da seguimiento al recibo de la muestra enviada.</i>
14. Realizar anotaciones en expediente clínico.	<i>Se documentan las acciones de enfermería.</i>

XI. CUIDADOS DE LA VÍA AÉREA DEL PACIENTE.

A. OXIGENOTERAPIA.

DEFINICIÓN.

Procedimiento para suministrar oxígeno al paciente, en concentraciones terapéuticas, a través de las vías respiratorias.

OBJETIVO.

Mejorar la oxigenación del paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El oxígeno es esencial para la vida, todas las células del cuerpo lo necesitan y algunas son más sensibles que otras a su carencia

INDICACION.

Según indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Fuente de oxígeno.
- ✓ Humidificador.
- ✓ Agua destilada.
- ✓ Bigotera o Máscara de Venturi con sus adaptadores, según cada caso.
- ✓ Máscara de reservorio con o sin válvula, según cada caso.
- ✓ Hisopos.
- ✓ Llave ajustable inglesa de 12".
- ✓ Flujómetro o manómetro.

OBSERVACION.

La aplicación de la máscara de reservorio y de Venturi es responsabilidad del personal de terapia respiratoria, en los centros de atención donde no exista este recurso, será responsabilidad de enfermería brindar el apoyo necesario.

PRECAUCIONES.

- a) No fumar en áreas hospitalarias
- b) Si usa cilindro de oxígeno debe sujetarse.
- c) Verificar que el equipo esté limpio y en buenas condiciones.
- d) Proteger las posibles zonas de roce de la mascarilla con gasas para evitar ulceraciones.
- e) Observar que el agua del humidificador esté en el nivel adecuado.
- f) Asegurarse que la solución a utilizar sea agua destilada
- g) Vigilar coloración del paciente.

- h) Vigilar que el paciente mantenga colocada la mascarilla en forma correcta.
- i) Solicitar el nuevo cilindro de oxígeno cuando el manómetro del que está en uso marca la línea de reserva.
- j) Cambiar humidificadores cada 72 horas.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita enfermedades cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo.	<i>Se optimiza tiempo.</i>
3. Identificarse con el paciente.	<i>Genera confianza y seguridad al paciente.</i>
4. Identificar y orientar al paciente sobre el procedimiento.	
5. Colocar agua destilada al humidificador hasta las dos terceras partes y adaptarlo a la fuente de oxígeno y al dispositivo que lo suministra.	<i>El oxígeno tiene que estar tibio y húmedo para no lacerar las mucosas.</i>
6. Verificar que el agua destilada esté burbujeando en el humidificador.	<i>Se comprueba el buen funcionamiento del dispositivo.</i>
7. Verificar que el oxígeno fluya a través del dispositivo y ajustar el aporte según indicación	<i>Asegura el flujo del oxígeno hacia el paciente.</i>
8. Limpiar fosas nasales con papel higiénico o hisopos.	<i>Mantiene la permeabilidad en la vía aérea.</i>
9. Colocar al paciente en posición semifowler.	<i>Favorece la expansión pulmonar.</i>
<u>CÁNULA NASAL:</u>	
10. Colocar las puntas de la cánula en las fosas nasales, sujetarlas sobre los pabellones auriculares y fijarla bajo la barbilla del paciente (Proteger los pabellones auriculares).	<i>Evita el desplazamiento de la cánula.</i>
<u>MASCARILLA</u>	
11. Colocar mascarilla de reservorio o Venturi al paciente, pasando el elástico por atrás de la cabeza y encima de los pabellones auriculares.	<i>Evita el desplazamiento de la mascarilla de Venturi o reservorio.</i>
12. Observar, controlar y reportar los cambios en la frecuencia respiratoria y enviar orden de gasometría según indicación.	<i>Evita complicaciones.</i>
13. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Se documenta sistemáticamente del cuidado de Enfermería.</i>



B. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES BRONQUIALES POR TUBO OROTRAQUEAL.

DEFINICIÓN.

Es la extracción de secreciones del árbol traqueo bronquial, con técnica aséptica, por medio de una sonda con succión.

OBJETIVOS.

1. Mantener vía aérea permeable.
2. Favorecer un adecuado intercambio gaseoso.
3. Obtener muestras con fines diagnósticos.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Las secreciones bronquiales son mecanismo de defensa de la mucosa bronquial, cuando hay un aumento de la producción de estas por patologías pulmonares y el paciente es incapaz de expulsarlas pueden obstruir total o parcialmente la vía aérea, haciéndose necesario extraerlas por medio de succión para favorecer el intercambio gaseoso.

INDICACION.

Pacientes con problemas en el manejo de secreciones bronquiales.

RECURSOS

- ✓ Aparato de aspirar (vacuómetro empotrado o portátil).
- ✓ Tigón estéril largo.
- ✓ Tigón estéril corto.
- ✓ 2 Sondas para aspirar.
- ✓ 2 Paquetes con gasa estéril (tres gasas cada uno).
- ✓ 2 frascos de 250cc de agua destilada.
- ✓ 2 pares de guantes estériles.
- ✓ Bolsa de torundas de algodón estériles.
- ✓ Gorro, mascarilla con visor o lentes protectores.
- ✓ Gabachón no estéril.
- ✓ Tijera exclusiva.
- ✓ Frasco con alcohol al 70%.
- ✓ Solución hidroalcohólica.

EQUIPO PARA ASEO ORAL.

- ✓ Vaso con agua.
- ✓ Baja lenguas forrados de algodón y gasa de un extremo.
- ✓ Solución de Clorhexidina al 0.12%.

PRECAUCIONES.

- a) Verificar el funcionamiento del equipo empotrado o portátil.

- b) Cerciorarse de la presión del aspirador que debe ser entre 80-120 mm Hg en empotrado y de 10 – 15 mm Hg en portátil para adultos y en niños de 40 a 80 mm Hg. en empotrado y de 5 – 10 mm Hg en portátil.
- c) Oxigenar al paciente previo a la aspiración. (en caso de estar ventilado)
- d) No aplicar succión durante la introducción de la sonda, evitando lacerar la mucosa.
- e) No aspirar por más de 10 segundos
- f) Durante el procedimiento observar signos de cianosis y desaturación de oxígeno
- g) El aseo oral con solución de clorhexidina al 0.12 % se deberá realizar como mínimo 3 veces día.
- h) En pacientes con traqueotomía no aspirar nariz y boca si no es necesario.
- i) Utilizar tijera exclusiva para el procedimiento.
- j) Realizar cambio de sistema de tígón cada 24 horas, previa esterilización.
- k) Realizar procedimiento con técnica aséptica
- l) Utilizar sistema de succión por paciente.
- m) En pacientes con soporte ventilatorio verificar que se encuentre inflado el balón con presión igual o arriba de 20cmH₂O.
- n) Mantener al paciente con respaldo a 45°.
- o) Aspirar las veces necesarias.
- p) Aspirar primero nariz y boca con una sonda y con otra sonda aspirar el tubo traqueal.
- q) Reportar al médico características anormales de las secreciones.
- r) Utilizar frasco de agua estéril para nariz y boca, y otro para el tubo traqueal.
- s) Realizar limpieza y desinfección del frasco cada 24 horas.

PROCESO DE LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL SISTEMA DE SUCCIÓN.

- a) Descartar las secreciones.
- b) Lavar frasco con detergente y agua.
- c) Sumergir los frascos y tapones en solución de dicloroisocianurato de sodio a 1000 ppm por 10 minutos.
- d) Retirar la solución desinfectante con abundante agua.
- e) Secar frascos y tapones.
- f) Armar sistema para nuevo uso.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70%, colocar equipo completo y llevarlo cerca del paciente.	
3. Preparar vaso con agua, clorhexidina al 0.12% y baja lenguas para aseo oral (cuando aplique).	<i>Higiene oral.</i>
4. Identificarse con el paciente.	

5. Identificar al paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza y seguridad a paciente.</i>
6. Higiene de manos.	
7. Colocarse gorro, mascarilla, gabachón y lentes protectores.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
8. Higiene de manos.	<i>Se optimiza el tiempo y energía.</i>
9. Realizar desinfección con alcohol al 70% a tijera, frascos de agua estéril y abrirlas.	<i>Disminuye riesgo a infecciones.</i>
10. Abrir empaque de gasa estéril, sonda, guantes estériles utilizando técnica aséptica.	<i>Facilita la utilización de la solución.</i>
11. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
12. Calzarse guantes estériles.	<i>Se crea un campo de trabajo estéril.</i>
13. Tomar gasa estéril y sonda con la mano dominante.	
14. Conectar la sonda al tígón.	
15. Encender la succión con la mano no dominante.	
16. Humedecer la sonda en el agua estéril.	<i>Protege las mucosas.</i>
17. Aspirar fosas nasales, introduciendo la sonda sin ocluir el orificio.	<i>Evita la transferencia de bacterias.</i>
18. Limpiar secreciones de sonda con gasa estéril y aspirar agua.	<i>Evita retorno de secreciones aspiradas y la obstrucción de la sonda.</i>
19. Aspirar cavidad oral, introduciendo la sonda sin ocluir el orificio.	<i>Disminuye la cantidad de microorganismos de la cavidad oral.</i>
20. Limpiar secreciones de sonda con gasa estéril y aspirar agua.	
21. Realizar aseo oral con la mano no dominante y aspirar boca.	<i>Facilita la protección del tígón.</i>
22. Limpiar secreciones de sonda con gasa estéril y aspirar el sobrante del primer frasco de agua y descártelo en los desechos sólidos comunes	
23. Proteja el tígón con la bolsa de la sonda que ya utilizó	<i>Previene contaminación.</i>
24. Cerrar succión.	
25. Desconecte sonda de tígón, retírese guante de mano dominante y descártelo junto con la sonda en los desechos sólidos comunes.	
26. Proteja el tígón con la bolsa de la sonda que ya utilizó.	
27. Retirarse el otro guante	

28. Realizarse higiene de manos.	
29. Pre-oxigenar al paciente.	
30. Realizar higiene de manos.	
31. Abrir segundo paquete de gasa estéril, sonda, guantes estériles y agua con técnica aséptica.	<i>Crea un campo de trabajo estéril.</i>
32. Realizarse higiene de manos.	
33. Calzarse guantes estériles, y colocar la cubierta interna de los guantes como campo estéril sobre el tórax del paciente con mano no dominante.	
34. Tomar gasa estéril y sonda con la mano dominante, esta se conservará estéril durante el procedimiento.	
35. Conectar la sonda al tígón.	
36. Abrir succión con mano no dominante.	
37. Desconecte con la mano no dominante el ventilador del tubo del paciente y colóquelo sobre la cubierta de los guantes que está sobre el tórax.	<i>Facilita la aspiración de las secreciones y disminuye el riesgo de infección cruzada.</i>
38. Introducir la sonda suave y rápido sin ocluir el orificio	<i>Evita lacerar la mucosa traqueo bronquial.</i>
39. Aspirar en forma rotativa las secreciones ocluyendo el interruptor de la sonda, en un tiempo no mayor de 10 segundos.	Se crea presión adecuada que facilite la aspiración.
40. Conecte el ventilador al tubo oro traqueal	Permite oxigenar al paciente.
41. Limpiar sonda con gasa estéril y aspirar agua estéril para lavarla.	
42. Repetir la aspiración las veces necesarias.	Se garantiza que la vía aérea quede libre de secreciones.
43. Limpiar secreciones de sonda con gasa estéril y aspirar el sobrante del segundo frasco de agua y descártelo en los desechos sólidos comunes.	
44. Cerrar succión.	Mantiene las medidas de bioseguridad.
45. Descarte sonda en los desechos sólidos comunes.	
46. Descartar secreciones y lavar frasco con detergente y agua.	
47. Retirarse guantes.	
48. Colocar frasco en equipo.	
49. Higiene de manos.	
50. Realizar anotaciones de Enfermería en expediente clínico, describiendo cantidad, color y consistencia de las secreciones.	Se documentan las acciones de enfermería realizadas y continuidad al cuidado del paciente.

NOTA: Este procedimiento es responsabilidad del personal de Terapia Respiratoria. En los centros de atención donde no exista este recurso, será responsabilidad de enfermería brindar el apoyo necesario.

C. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA.

DEFINICIÓN.

Es la aspiración de secreciones bronquiales a través de la cánula de traqueotomía por medio de una sonda.

OBJETIVOS:

1. Mantener la permeabilidad de la vía aérea.
2. Favorecer un adecuado intercambio gaseoso.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Las secreciones bronquiales son mecanismo de defensa de la mucosa bronquial, en pacientes con dificultad del manejo de secreciones que obstruyen total o parcialmente la vía aérea, es necesario extraerlas manualmente por medio de succión.

INDICACIONES.

- ✓ Obtener muestras para análisis de laboratorio.
- ✓ A todo paciente con mal manejo de secreciones bronquiales.
- ✓ Aspirar las veces necesarias y según indicación médica

RECURSOS.

- ✓ 2 Tubos flexibles (tigón).
- ✓ Gorro, mascarilla con visor o lentes protectores.
- ✓ 2 Sondas para aspirar.
- ✓ 2 Paquetes con gasa estéril (tres gasas cada uno).
- ✓ 2 Frascos con agua destilada de 250 ml o Solución Salina Normal.
- ✓ 2 pares de guantes estériles.
- ✓ Tijera.
- ✓ Jeringa de 5cc.
- ✓ Torundas de gasa.
- ✓ Frasco de alcohol al 70%.
- ✓ Solución hidroalcohólica

PRECAUCIONES.

- a) Cumplir precauciones de aspirado bronquial.
- b) Cerciorarse de fijación de cánula de traqueotomía.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente.	
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza y seguridad al paciente.</i>
4. Colocarse gorro mascarilla con visor o lentes protectores.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
5. Desinfectar mesa auxiliar con alcohol al 70%, Preparar el material completo y llevarlo cerca del paciente.	
6. Preparar vaso con agua y clorhexidina, baja lenguas para aseo oral.	<i>Se optimiza el tiempo y energía.</i>
7. Realizar asepsia con alcohol al 70% a los frascos de agua estéril y tijeras.	<i>Disminuye riesgo a infecciones.</i>
8. Cortar el frasco de agua estéril o Solución Salina Normal.	<i>Facilita la utilización de la solución.</i>
9. Higiene de manos.	
10. Abrir empaque de gasa, sonda, guantes y agua estéril utilizando técnica aséptica.	<i>Crea un campo de trabajo estéril.</i>
11. Higiene de manos.	
12. Calzarse guantes y mantener estéril la mano dominante.	
13. Tomar gasa estéril y sonda con la mano dominante, esta se conservará estéril durante el procedimiento.	<i>Mantiene la esterilidad del material.</i>
14. Conectar la sonda al tígón.	
15. Encender la succión con la mano no dominante.	
16. Humedecer la sonda en el agua estéril.	<i>Protege las mucosas.</i>
17. Aspirar fosas nasales y cavidad oral.	<i>Evita la transferencia de bacterias.</i>
18. Limpiar secreciones de sonda con gasa estéril y aspirar agua.	<i>Evita retorno de secreciones aspiradas y la obstrucción de la sonda.</i>
19. Realizar aseo oral con la mano no dominante y aspirar boca.	<i>Disminuye la cantidad de microorganismos de la cavidad oral.</i>
20. Limpiar secreciones de sonda con gasa estéril, aspirar el sobrante del primer frasco de agua y descartar sonda y frasco en desechos comunes.	
21. Cerrar succión.	<i>Facilita la protección del tígón.</i>
22. Proteger el tígón con la bolsa de la sonda que ya utilizó	<i>Previene contaminación.</i>
23. Retirarse los guantes.	
24. Higiene de manos.	

25. Abrir segundo paquete de gasa estéril, sonda, guantes estériles y agua con técnica aséptica.	<i>Crea un campo de trabajo estéril.</i>
26. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
27. Calzarse guantes estériles, y colocar el empaque de guantes como campo estéril sobre el tórax del paciente, con la mano no dominante.	<i>Se crea un área de trabajo estéril.</i>
28. Tomar gasa estéril y sonda con la mano dominante, esta se conservará estéril durante el procedimiento.	<i>Se mantiene la técnica aséptica.</i>
29. Conectar la sonda al tígón.	
30. Abrir succión con mano no dominante.	
31. Desconecte el ventilador de la traqueotomía del paciente con la mano no dominante y coloque el tubo del ventilador sobre la cubierta de los guantes que está sobre el tórax.	<i>Facilita la aspiración de las secreciones y disminuye el riesgo de infección.</i>
32. Introduce la sonda suave y rápida, de 13 a 15 cm, en adulto y de 4 a 8 cm en niños, sin tocar bordes de la cánula, ni ocluir el orificio de la sonda.	<i>Evita contaminación y lacerar mucosa traqueo bronquial.</i>
33. Aspirar secreciones ocluyendo el interruptor de la sonda.	<i>Crea presión adecuada que facilite la aspiración.</i>
34. Con la mano no dominante, conecte el ventilador a la cánula de traqueotomía para oxigenar al paciente.	<i>Restaura la oxigenación y restablece el intercambio gaseoso.</i>
35. Limpiar la sonda con gasa estéril y aspirar agua estéril para lavarla.	<i>Elimina exceso de secreciones adheridas a la sonda.</i>
36. Repetir la aspiración las veces necesarias.	<i>Asegura la permeabilidad de la vía aérea.</i>
37. Cerrar succión, descartar secreciones y material utilizado.	<i>Evita la proliferación de bacterias y mantiene un ambiente de trabajo limpio.</i>
38. Retirarse los guantes.	
39. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas</i>
40. Hacer anotaciones de Enfermería en expediente clínico, describiendo cantidad, color y consistencia de las secreciones.	<i>Se documentan las acciones de enfermería realizadas y continuidad al cuidado del paciente</i>

NOTA: Este procedimiento es responsabilidad del personal de Terapia Respiratoria. En los centros de atención donde no exista este recurso, será responsabilidad de enfermería brindar el apoyo necesario.

D. CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA.

DEFINICIÓN.

Es el procedimiento mediante el cual se realiza la limpieza de la piel alrededor de la cánula endotraqueal y la endocánula.

OBJETIVOS.

1. Mantener limpia y seca el área.
2. Evitar infecciones de la ostomía que luego pueden migrar a las vías respiratorias inferiores.
3. Mantener la vía respiratoria permeable.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La piel es el órgano de relación con el mundo exterior, está continuamente en contacto con gérmenes diversos y puede ser agredida por numerosos agentes del medio externo e interno, entre ellas las bacterias; sin embargo, la piel normal intacta de las personas sanas es muy resistente a la invasión y sólo se infecta bajo determinadas condiciones. La relativa sequedad de la superficie cutánea normal contribuye a limitar de modo marcado el crecimiento de bacterias, en especial de bacilos gram negativos que requieren alto grado de humedad.

RECURSOS.

- ✓ Vasija estéril.
- ✓ Paquete estéril de curación de traqueostomía (8 gasa simples, 4 hisopos, y 1 yarda de venda de gasa).
- ✓ Paquete de material estéril para cuidados de endocánula (6 gasas simples estériles y 2 hisopos)
- ✓ 2 Pares de guantes estériles.
- ✓ 1 Par de guantes no estériles.
- ✓ Frasco con solución salina normal.
- ✓ Frasco con jabón de Clorhexidina al 4%.
- ✓ Frasco con agua estéril.
- ✓ Frasco de alcohol al 70%.
- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Tijera exclusiva.

PRECAUCIONES.

- a) Realizar técnica aséptica.
- b) Utilizar gorro, mascarillas y guantes estériles.
- c) Verificar que se encuentre inflado el balón.
- d) Mantener al paciente con respaldo a 30°.
- e) Nunca retirar la venda de gasa que fija la cánula, antes de colocar la nueva venda.
- f) Nunca deje sin fijar la cánula de traqueotomía
- g) No permitir que la solución antiséptica penetre en la traqueotomía.

- h) No utilizar gasa ranurada.
- i) Efectuar lavado de cánula en mesa puente de paciente y no en carro de curaciones.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lávese las manos.	
2. Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70%.	<i>Prepara el campo de trabajo.</i>
3. Reunir equipo completo.	
4. Identificar e identificarse con el paciente.	<i>Genera confianza y permite la colaboración del paciente.</i>
5. Orientar al paciente sobre procedimientos	
6. Higiene de manos.	
7. Colocarse gorro y mascarilla.	<i>Barrera de protección.</i>
8. Higiene de manos.	
9. Abrir vasija estéril, aplicar agua estéril y 10cc de jabón de Clorhexidina 4%.	<i>Para lavado de endocánula.</i>
10. Colocarse guantes no estériles	
11. Retirar endocánula y colocarla en vasija con jabón de Clorhexidina.	
12. Retirar curaciones sucias de la traqueostomía.	
13. Retirarse guantes.	
14. Higiene de manos.	
15. Abrir paquete de curación de traqueostomía.	
16. Colocarse guante estéril en mano dominante.	
17. Tomar gasa simple estéril y aplicarle Clorhexidina e iniciar a limpiar en la parte superior del estoma y alrededor.	<i>La acción antiséptica de la Clorhexidina permite la inhibición de microorganismos.</i>
18. Tomar un hisopo y aplicarle Clorhexidina y limpiar la parte estrecha entre la cánula y la piel donde están los puntos.	
19. Tomar otra gasa simple estéril y aplicarle Clorhexidina e iniciar a limpiar la parte superior externa y alrededor de la cánula.	
20. Tomar gasa simple estéril y aplicarle SSN e iniciar a limpiar en la parte superior del estoma y alrededor.	<i>Asegura que se elimine el antiséptico de la mucosa.</i>
21. Tomar un hisopo, aplicarle SSN y limpiar la parte estrecha entre la cánula y la piel donde están los puntos.	
22. Tomar otra gasa simple estéril y aplicarle SSN e iniciar a limpiar la parte superior externa y alrededor de la cánula	

23. Tomar otra gasa simple estéril y seca e iniciar en la parte superior del estoma y alrededor. Luego tomar un hisopo y secar las partes estrechas y con otra torunda secar la parte superior externa de la cánula.	
24. Cálcese el otro guante estéril en mano no dominante y con esta mano colocar gasas simples a ambos lados de la ostomia ayudada por un hisopo.	
25. Soltar venda de gasa que sostiene la cánula y colocar nueva venda de gasa, con el cuidado de no juntar en ningún momento la estéril con la sucia.	<i>Asegura la sujeción de la cánula.</i>
26. Retírese los guantes.	
27. Higiene de manos.	
28. Coloque el paquete de torundas, gasa simple e hisopos en el campo donde está la vasija.	
29. Cálcese guantes estériles e inicie a lavar endocánula por la parte interna y externa, con la ayuda de una torunda y un hisopo.	
30. Retírese guante de la mano no dominante y con ella tome el frasco de SSN, enjuague la endocánula y colóquela en la cánula del paciente.	<i>Garantiza la limpieza y permeabilidad de la cánula.</i>
31. Realice segregación de desechos sólidos hospitalarios.	
32. Retírese guante.	
33. Deje al paciente con su oxigenación indicada, cómodo y ordenado.	<i>Garantiza el aporte de oxígeno de acuerdo a la necesidad del paciente.</i>
34. Realice cuidado posterior del equipo.	
35. Lavase las manos.	
36. Realice anotaciones de enfermería.	<i>Permite la continuidad del cuidado.</i>

E. PROCEDIMIENTO DE CURACION DE ORIFICIO DE CATETER BLANDO

DEFINICION: Son los cuidados adecuados y oportunos que se realizan a diario al orificio de salida de catéter blando para mantenerlo limpio

OBJETIVO: Prevenir infecciones.
Prolongar la vida útil del catéter.

PRINCIPIO CIENTIFICO: El catéter utilizado en la diálisis peritoneal atraviesa la pared abdominal formando un espacio donde las bacterias y los virus pueden reproducirse y causar infecciones

INDICACIONES: Paciente ingresado con catéter blando para diálisis peritoneal.

RECURSOS:

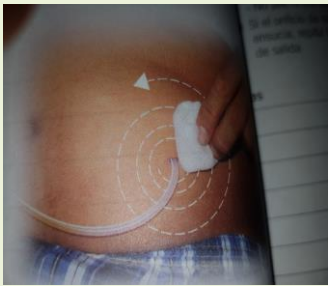
- ✓ Carro de curaciones
- ✓ Gorro,
- ✓ Mascarilla
- ✓ 8 Gasas simples estériles
- ✓ 1 par de guantes estériles.
- ✓ 2 guantes no estériles.
- ✓ Jabón de Clorhexidina al 2%. 0 al 4%
- ✓ Solución salina normal
- ✓ Cinta adhesiva de papel
- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%
- ✓ papel toalla
- ✓ Depósito para el sucio.
- ✓ Tijera.

PRECAUCIONES:

- ✗ No retirar las costras del orificio de salida del catéter
- ✓ No halar el catéter
- ✓ No usar tijeras cerca del catéter blando
- ✓ Evitar humedad en el orificio de salida del catéter blando
- ✓ Efectuar el procedimiento después del baño
- ✓ No utilizar torundas de algodón
- ✓ No utilizar cremas sin indicación medica

PROCEDIMIENTO:

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Realizar lavado de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70%.	<i>Evita contaminación del material estéril.</i>
3. Preparar el equipo a utilizar	<i>Optimiza el tiempo y minimiza el esfuerzo</i>
4. Identificar e Identificarse con el paciente y orientarlo.	<i>Establece empatía con el paciente.</i>
5. Colocarse mascarilla	<i>Previene la transmisión de microorganismos hacia el campo de trabajo.</i>
6. Efectuarse lavado de manos antiséptico.	<i>Es la medida más importante para evitar las infecciones.</i>
7. Calzarse guantes no estériles y retirar gasa luego palpar zona de túnel en busca de signos de infección.	<i>Medida de bioseguridad Permite Identificar cualquier anomalía</i>

8. Retirar guantes y realizar higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
9. Abrir guantes estériles y depositar en ellos gasas simples estéril.	<i>Mantiene esterilidad del material.</i>
10. Calzar guante estéril en mano dominante.	<i>Mantiene la esterilidad del material y equipo.</i>
11. Tomar una gasa simple doblar en cuatro y aplicar jabón de Clorhexidina e iniciar a limpiar del centro a la periferia en forma circular del orificio de salida del catéter y descartar gasa.	<i>Los agentes químicos tienen propiedades bactericidas y bacteriostáticas.</i>
12. Tomar otra gasa simple doblar en cuatro y aplicar jabón de Clorhexidina e iniciar a limpiar el catéter en forma rotativa desde el orificio de salida hasta unos 10 cm del catéter y descartar gasa.	<i>Las bacterias se adhieren al catéter</i>
13. Tomar otra gasa simple doblar en cuatro y aplicar SSN y retirar el jabón de la piel del orificio de salida del catéter en forma circular del centro a la periferia.	<i>Al retirar el jabón, evita irritación en la piel</i> 
14. Tomar otra gasa simple doblar en cuatro y aplicar SSN y retirar el jabón del catéter, en forma rotativa desde el orificio de salida hasta unos 10 cm del catéter y descartar gasa.	
15. Secar la piel del orificio de salida del catéter con gasa estéril en forma circular desde el orificio de salida a la periferia y con otra gasa el catéter.	<i>La humedad favorece el crecimiento bacteriano.</i>
16. Cubrir el orificio con gasa estéril.	<i>Previene la contaminación.</i>
17. Retirar guante y realizar higiene de manos.	
18. Fijar el catéter a la piel con cinta quirúrgica de papel.	<i>Evita traumatismos.</i>
19. Dejar al paciente limpio y ordenado.	
20. Realizar segregación de desechos sólidos.	<i>Mantiene el orden de las áreas.</i>
21. Realizar lavado de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
22. Realizar anotaciones de enfermería.	<i>Documenta las acciones y da continuidad a los cuidados de enfermería.</i>

XII. ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN COLOCACIÓN Y RETIRO DE DISPOSITIVOS.

A. ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN COLOCACIÓN Y RETIRO DE Sonda NASOGÁSTRICA.

1. ASISTENCIA EN LA COLOCACIÓN DE Sonda NASOGASTRICA.

DEFINICIÓN.

Es la asistencia que se proporciona al médico cuando introduce una sonda a través de la nariz hacia la cavidad gástrica del paciente.

OBJETIVOS.

1. Administrar medicamentos y alimentos en forma directa al estómago
2. Contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente.
3. Descomprimir y drenar el tracto digestivo superior.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El sistema digestivo superior puede estar alterado por diferentes trastornos que no permiten la deglución normal de fármacos y dietas de mayor osmolaridad, el sondaje nasogástrico facilita la administración de estos, logrando la dilución de los jugos gástricos o el vaciado en pacientes con alto riesgo de aspiración pulmonar.

INDICACIONES.

- ✓ Toma de muestras del contenido gástrico.
- ✓ Vaciar el contenido gástrico mediante drenaje o aspiración.
- ✓ Lavado gástrico.
- ✓ Administración de alimentación.
- ✓ Administración de medicamentos.

RECURSOS.

- ✓ Mesa de trabajo
- ✓ Sonda nasogástrica calibre y extensión adecuada de acuerdo al paciente (adulto- niño)
- ✓ Jeringa de 50-60 ml.
- ✓ Vaso con agua (para probar la sonda).
- ✓ Lubricante.
- ✓ Papel Toalla.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Cinta umbilical.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ frasco recolector según indicación cuando aplique.

- ✓ Depósito para desechos.
- ✓ Tijera.
- ✓ Plumón (para señalar la posición de la sonda).

PRECAUCIONES.

- a) Elegir el calibre y extensión adecuada de la sonda, de acuerdo al Paciente (adulto o niño)
- b) No forzar la entrada de la sonda.
- c) Retirar prótesis dental si es necesario.
- d) Higiene y cambio de fijación las veces necesarias.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	<i>Evita enfermedades cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo.	<i>Optimiza tiempo y energía física.</i>
3. Identificar al paciente.	<i>Genera confianza y seguridad al paciente.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientar sobre el procedimiento y la necesidad de su colaboración.	
5. Colocar al paciente en posición de semifowler.	<i>Disminuye el reflejo de nausea y facilita la deglución.</i>
6. Orientar y explicar que deglutiendo y respirando por la boca ayuda a la colocación de la sonda (si su condición lo permite).	<i>Permite la cooperación del paciente, disminuye la ansiedad y brinda seguridad.</i>
7. Colocarse guantes limpios.	<i>Medida de bioseguridad.</i>
8. Limpiar las fosas nasales.	<i>Determina la permeabilidad del conducto nasal.</i>
9. Retirarse guantes y realizar higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
10. Colocar papel toalla en el tórax anterior del paciente.	<i>Evita que se ensucie la ropa de cama del paciente ya que la inserción de la sonda puede causar desgarros.</i>
11. Asistir al médico durante el procedimiento.	
12. Ayudar al paciente a mantener la cabeza en posición normal.	<i>La posición anatómica facilita el paso de la sonda.</i>
13. Verificar que sonda está en estómago, usando vaso con agua para constatar que no hallan burbujas/vía aérea, luego sujetarla con cinta umbilical y cinta quirúrgica evitando que quede tensa.	<i>Evita la migración de la sonda.</i>

14. Tapar o conectar (dependiendo de la finalidad de la sonda) a un frasco o bolsa colectora según indicación médica.	Contribuye a lograr el objetivo de la sonda.
15. Dejar confortable al paciente.	Proporciona comodidad al paciente.
16. Dejar limpio y ordenado el equipo.	
17. Higiene de manos.	Previene la transmisión de microorganismos.
18. Elaborar registro de intervención de enfermería.	Documenta las acciones de enfermería.

2. ASISTENCIA EN EL RETIRO DE SONDA NASOGÁSTRICA.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	Evita infecciones.
2. Identificarse con el paciente.	Genera confianza y seguridad al paciente.
3. Identificar y orientar al paciente.	Genera confianza y permite la colaboración.
4. Preparar el equipo y llevarlo al lado del paciente.	Ahorra tiempo y energía.
5. Colocar al paciente en posición de fowler y colocarle papel toalla en tórax anterior.	Disminuye el reflejo de náuseas.
6. Higiene de manos.	
7. Calzarse guantes no estériles.	Mantiene las medidas de bioseguridad
8. Cerrar la sonda y retirar la succión.	Previene la contaminación y derrame de contenido gástrico.
9. Solicitar al paciente que haga una inspiración profunda y una espiración lenta para retiro de sonda.	Disminuye molestias y facilita la extracción.
10. Efectuar higiene de fosas nasales y boca.	Se deja limpio y cómodo al paciente.
11. Lavarse las manos.	Prevenir infecciones cruzadas.
12. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de Enfermería realizadas.	Se documentan las acciones realizadas de enfermería.

B. ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN COLOCACIÓN DE SONDA VESICAL.

DEFINICIÓN.

Es el procedimiento por medio del cual se introduce una sonda a la vejiga urinaria a través de la uretra con técnica aséptica, de manera temporal o permanente con fines diagnósticos y terapéuticos.

OBJETIVOS.

1. Descomprimir la vejiga urinaria.
2. Mantener un control estricto de la diuresis en pacientes que lo ameriten.
3. Realizar irrigación vesical continua o intermitente.
4. Facilitar el post operatorio en pacientes sometidos a cirugía mayor.
5. Realizar vigilancia y monitoreo de la función renal.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El tracto urinario es considerado estéril, las bacterias que no son flora residente ascienden fácilmente por la uretra provocando una infección por lo que la colocación de la sonda debe realizarse con técnica aséptica.

INDICACIONES.

- ✓ Retención urinaria.
- ✓ Necesidad de control de diuresis estricta.
- ✓ Cirugías prolongadas (> de 3 horas) y mantener vacía la vejiga en procedimiento quirúrgico.
- ✓ Hematuria macroscópica.
- ✓ Obtener una muestra de orina estéril para examen de laboratorio, en pacientes con dificultad para dar la muestra.
- ✓ Irrigar la vejiga para procedimientos diagnósticos (radiológicos, histogramas y ultrasonografía).

PRECAUCIONES.

- ✓ Verificar diagnóstico del paciente previo al procedimiento.
- ✓ No utilizar solución salina normal para insuflar el balón.
- ✓ Introducir sonda con suavidad para evitar lesionar tejido.
- ✓ No forzar sonda si al introducirla hay resistencia.
- ✓ En pacientes masculinos cerciorarse que después del procedimiento el prepucio cubra el glande.
- ✓ Utilizar cómodo por paciente.
- ✓ Dejar genitales secos.
- ✓ Si el sistema recolector no viene en doble bolsa, colocarlo en un extremo distal del campo estéril. (No sobre el material estéril)
- ✓ No realizar cambio de sonda por rutina

- ✓ En pacientes defecados y miccionados o muy sucios realizar limpieza genital previo al procedimiento.
- ✓ Delimitar área limpia y estéril.

PACIENTE MUJER:

RECURSOS.

- ✓ Equipo de cateterismo vesical estéril conteniendo: 2 escudilla, 1 pinza, 2 campos corrientes, 2 gasas simples, 6 torundas y 1 curación abdominal.
- ✓ Paquete de 5 torundas de gasa estéril
- ✓ 2 pares de guantes estériles.
- ✓ Un gabachón estéril.
- ✓ Gorro y mascarilla
- ✓ Jeringas de 10 ó 20cc
- ✓ Gel lubricante estéril
- ✓ Sonda foley estéril de calibre adecuado.(Preferible de dos numeraciones de calibre diferente)
- ✓ Bolsa recolectora.
- ✓ Frasco de agua estéril
- ✓ Jabón de Clorhexidina.
- ✓ Solución hidroalcohólica.
- ✓ Cinta quirúrgica adhesiva de papel.
- ✓ Cómodo.
- ✓ Biombo.
- ✓ Sábana Clínica.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
ENFERMERA.	
1. Higiene de manos.	<i>Evitar infecciones cruzadas.</i>
2. Desinfecta mesa de trabajo con alcohol al 70%.	
3. Reúne el material y equipo.	<i>Optimiza tiempo y energía.</i>
4. Identifica a la paciente.	<i>Evita errores en el cuidado, da seguridad y confianza a la paciente y permite su colaboración.</i>
5. Identificarse con la paciente y orientarla sobre el procedimiento.	

6. Aísla a la paciente.	<i>Proporciona privacidad.</i>
7. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
8. Coloca en posición de litotomía.	<i>Esta posición facilita la colocación y retiro del cómodo y favorece el empleo mínimo de esfuerzo.</i>
9. Coloca sábana tirante doblada en 4, debajo de los glúteos y coloca el cómodo	<i>Evita la humedad en la unidad.</i>
10. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
11. Colocarse gorro y mascarilla.	
MÉDICO.	
12. Lavado de manos con jabón antiséptico (clínico)	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
13. Se coloca gorro y mascarilla.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
14. Higiene de manos.	
15. Colocarse gabachón y guantes estériles.	<i>Mantiene técnica aséptica.</i>
ENFERMERA.	
16. Abre primera cubierta del equipo de cateterismo.	
MÉDICO.	
17. Abre segunda cubierta.	
ENFERMERA.	
18. Proporciona jabón antiséptico y agua estéril, jeringa de 10cc sonda, gel lubricante estéril, sistema recolector para orina y 5 torundas estéril.	
MÉDICO.	
19. Ordena el material, comprueba integridad del balón de la sonda, adapta la sonda al sistema recolector sin retirar funda protectora y deposite 10 torundas en la escudilla, carga agua estéril en la jeringa.	<i>Garantiza el proceso, sistema cerrado y técnica aséptica.</i>
a) Con pinza toma torunda con jabón antiséptico y aplica en el orden siguiente:	<i>La acción antiséptica de las soluciones inhibe el crecimiento bacteriano.</i>
b) Con la primera limpiar desde el monte de venus hasta la sínfisis del pubis en sentido	

transversal con respecto al eje longitudinal del cuerpo.

- c) Con la segunda en un muslo desde la ingle hacia afuera sin regresar.
- d) Con la tercera repetir el procedimiento en el otro muslo.
- e) Con la cuarta limpiar labio mayor de arriba hacia abajo en un solo movimiento.
- f) Con la quinta realizar el mismo procedimiento en el otro labio mayor.
- g) Con la sexta y séptima repita el procedimiento en los labios menores.
- h) Con la octava y novena realice limpieza del meato urinario e introito vaginal, en un solo movimiento de arriba hacia abajo haciendo énfasis en el meato urinario.
- i) Con la décima realizar limpieza perianal con movimientos en zig zag de manera descendente hasta la región anal.
- j) Enfermera vierte agua estéril sobre los genitales y medico realiza fricción con una torunda en meato urinario.
- k) Secar el área con curación abdominal.
- l) Proteger meato urinario con gasa simple.
- m) Enfermera retira cómodo y sabana clínica.

MEDICO.

- 20. Se retira guantes y realiza higiene de manos
- 21. Se coloca nuevos guantes estériles
- 22. Coloca campos corrientes estériles uno en parte superior y otro en la parte inferior de los genitales.
- 23. Retira la funda protectora de la sonda y lubrica la punta.
- 24. Con mano no dominante retira gasa simple y separa labios menores.
- 25. Identifica meato urinario e introduce la sonda hasta la vejiga o hasta que salga orina.
- 26. Llena balón con 10 a 15 cc de agua estéril o según capacidad del balón, comprueba

Aísla el campo de trabajo estéril.

Permite proteger las mucosas.

El balón impide la migración de la sonda.

que sonda está bien colocada realizando una leve tracción a la sonda

27. Retira campos.

28. Se retira las barreras de protección y realiza higiene de manos

ENFERMERA.

30. Fija sonda en la cara interna del muslo evitando que quede tensa. fije en cara interna del muslo o en región abdominal inferior con cinta quirúrgica adhesiva de papel,

Previene tensión en el triángulo urogenital.

31. Anota fecha de colocación en la vía de insuflar el balón de la sonda y coloca la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga al mismo lado donde está fijada.

*Permite el control para la vigilancia en los cuidados de la sonda.
El nivel inferior evita el retorno de orina.*

32. Deja paciente limpia y ordenada.

33. Realiza higiene de manos.

34. Realiza cuidado posterior del equipo.

35. Realiza higiene de manos.

36. Realiza anotaciones de enfermería y anotar fecha de colocación en la cuadrícula.

Permite la continuidad del cuidado.

PACIENTE HOMBRE:

RECURSOS.

1- Equipo de cateterismo vesical conteniendo 6 Torundas de gasa, 1 curación abdominal, 2 gasas simples, 1 pinza, 2 escudillas y 2 campos corrientes.

2- Pares de guantes estériles

1- Gabachón estéril.

1- Jeringas de 10cc.

1- Sonda foley estéril de calibre adecuado.

1- Bolsa recolectora de orina.

1- Curación abdominal estéril.

•Jabón antiséptico

• Agua estéril

• Gel lubricante estéril

•Gorro y mascarilla.

•Cinta quirúrgica adhesiva de papel

- Cómodo.
- Biombo.
- Sábana Clínica.

PROCEDIMIENTO:

PASOS	FUNDAMENTOS
ENFERMERA.	
c) Higiene de manos.	<i>Evitar infecciones cruzadas.</i>
d) Desinfecta mesa de trabajo con alcohol al 70%.	
e) Reúne el material y equipo.	<i>Optimiza tiempo y energía.</i>
f) Identifica al paciente.	<i>Evita errores en el cuidado,</i>
g) Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Da seguridad y confianza a la paciente y permite su colaboración.</i>
h) Aísla al paciente. Y lo coloca en posición decúbito dorsal descubre genitales, coloca sabana tirante doblada en 4, debajo de los glúteos y colocar el cómodo.	<i>Proporciona privacidad. Esta posición facilita la colocación y retiro del cómodo y favorece el empleo mínimo de esfuerzo. Evita la humedad en la unidad.</i>
i) Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
j) Colocarse gorro y mascarilla.	
MÉDICO.	
9. Lavado de manos con jabón antiséptico (clínico)	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
10. Se coloca gorro y mascarilla.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
11. Higiene de manos.	
12. Colocarse gabachón y guantes estériles.	<i>Mantiene técnica aséptica.</i>
ENFERMERA.	
13. Abre primera cubierta del equipo de cateterismo.	
MÉDICO.	
14. Abre segunda cubierta.	
ENFERMERA.	

15. Proporciona jabón antiséptico y agua estéril, jeringa de 10cc sonda, gel lubricante estéril, sistema recolector para orina y 1 curación abdominal. MÉDICO.	<i>Garantiza el proceso, sistema cerrado y técnica aséptica.</i>
16. Ordena el material, comprueba integridad del balón de la sonda, adapta la sonda al sistema recolector sin retirar funda protectora y deposita 5 torundas en la escudilla, carga agua bidestilada en la jeringa.	<i>Garantiza el sistema cerrado.</i>
17. Con pinza toma torunda con jabón antiséptico y aplica en el orden siguiente: c) Con la primera limpiar la sínfisis del pubis en sentido transversal con respecto al eje longitudinal del cuerpo. d) sostiene el cuerpo del pene y retrae el prepucio e) Con la segunda y tercera limpie el glande desde el meato hacia afuera del centro a la periferia sin regresar.	<i>La acción antiséptica de las soluciones inhibe el crecimiento bacteriano.</i>
f) Con la cuarta limpia el cuerpo del pene de arriba hacia abajo en un solo movimiento. g) Con la quinta los testículos.	<i>Aísla el campo de trabajo estéril.</i>
h) Enfermera vierte agua estéril sobre los genitales y medico realiza fricción con una torunda en meato urinario. i) Seca el pene y testículos con curación abdominal y colocarlo sobre otra curación abdominal estéril. j) Enfermera retira cómodo y sabana clínica. k) Realiza higiene de manos.	
MEDICO.	
l) Se retira guantes y realiza higiene de manos m) Se coloca nuevos guantes estériles n) Coloca campos corrientes estériles, uno en parte superior y con gasa simple sostiene el pene y coloca campo estéril en la parte inferior.	
o) Retira la funda protectora de la sonda y lubrica la punta.	<i>Proteger las mucosas.</i>
p) Con mano no dominante sostiene el pene.	

q) Identifica meato urinario e introduce la sonda hasta la vejiga o hasta que salga orina.

El balón impide la migración de la sonda.

r) Llena balón con 10 a 15 cc de agua estéril o según capacidad del balón, comprueba que sonda está bien colocada realizando una leve tracción a la sonda

s) Retira campos.

t) Se retira las barreras de protección y realiza higiene de manos

ENFERMERA.

37. Fija sonda en la cara interna del muslo evitando que quede tensa. fije en cara interna del muslo o en región abdominal inferior con cinta quirúrgica adhesiva de papel,

Previene tensión en el triángulo urogenital.

38. Anota fecha de colocación en la vía de insuflar el balón de la sonda y coloca la bolsa recolectora por debajo del nivel de la vejiga al mismo lado donde está fijada.

Permite el control para la vigilancia en los cuidados de la sonda.

El nivel inferior evita el retorno de orina.

39. Deja paciente limpio y ordenado.

40. Realiza higiene de manos.

41. Realiza cuidado posterior del equipo.

42. Realiza higiene de manos.

43. Realiza anotaciones de enfermería y anotar fecha de colocación en la cuadrícula.

Permite la continuidad del cuidado.

C. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN EL MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL EN PERMANENCIA.

DEFINICIÓN.

Es la asistencia que el personal de Enfermería proporciona al paciente con sonda vesical en permanencia, para prevenir infecciones y complicaciones.

OBJETIVO.

Evitar infecciones asociadas a sonda vesical

PRINCIPIO CIENTIFICO.

El tracto urinario es considerado estéril, las bacterias que no son flora residente ascienden fácilmente por la uretra provocando infecciones asociadas a catéter vesical.

INDICACION.

A todo paciente con sonda vesical.

EDUCACIÓN AL PACIENTE Y FAMILIA.

- Cuidados higiénicos
- Ingesta de líquidos abundantes.
- Aseo de genitales dos veces al día
- Nunca desconectar la sonda del sistema colector de orina
- El sistema colector de orina debe mantenerse por debajo del nivel de la cintura del paciente.
- La bolsa colectora no tiene que tener contacto con el suelo.

Vigilar signos de alarma:

- ✓ Fiebre.
- ✓ Dolor.
- ✓ Inflamación del área genital o Salida de secreción.
- ✓ Hematuria.
- ✓ Presencia de grumos en la orina.
- ✓ Ausencia de orina en 2 horas.
- ✓ Disuria.
- ✓ En caso de presentar alguno de estos signos y síntomas consultar de inmediato.

PRECAUCIONES.

- a) Vigilar diariamente la necesidad de la sonda.
- b) Vigilar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- c) Mantener el sistema cerrado en todo momento.
- d) Fijar la sonda tomando en cuenta la rotación diaria.
- e) Verificar fecha de colocación en la cuadrícula y sobre la vía de insuflación de balón.
- f) Vigilar que sistema colector se mantenga abajo del nivel de la vejiga a una altura mínima de 30 cm arriba del piso.
- g) Vigilar y reportar fuga de orina al médico.
- h) Vigilar y reportar indicadores de infección de forma oportuna: grumos, coloración, fiebre, dolor.
- i) La orina del sistema colector no debe sobrepasar las $\frac{3}{4}$ partes de su capacidad y descartarse como mínimo cada 8 horas, con guantes limpios.
- j) En caso de movilizar o trasladar al paciente vaciar sistema colector, fijarla a un lado de la camilla o silla de rueda, manteniéndola siempre por debajo del nivel de la vejiga, de no ser posible cliparla.

- k) Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tracción.
- l) Aseo vulvar o prepucial cada 12 horas estrictamente.
- m) Valorar la aparición de infección uretral comprobando que no hay secreción alrededor de la sonda, en caso de que existiera tomar una muestra para cultivo.
- n) Para descartar la orina utilizar un par de guantes limpios y recipiente individual por cada paciente.
- o) Nunca pinzar sonda pero si es necesario hacerlo en el tubo de drenaje.
- p) Si se produce desconexión de la sonda del tubo de drenaje, debe cambiarse todo el sistema.

NOTA: Si se rompe la bolsa colectora o accidentalmente se desconecta de la sonda, debe ser reemplazado con la siguiente técnica:

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo (bolsa recolectora de orina, paquete de 3 gasas simples estériles, alcohol, guantes estériles, mascarilla).	<i>Optimiza el tiempo.</i>
3. Colocarse mascarilla.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
4. Higiene de manos.	
5. Identificarse con paciente y orientar sobre el procedimiento	<i>Genera confianza y permite colaboración</i>
6. Abrir material estéril.	<i>Mantiene técnica aséptica.</i>
7. Calzarse guante en mano dominante.	
8. Verter alcohol en una gasa simple	<i>La acción mecánica de la fricción desprende</i>
9. Iniciar desinfección 5 cms. arriba de la unión de sonda con la bolsa hasta 5 cms. abajo de esta unión.	<i>La materia orgánica y la acción del antiséptico inhibe el crecimiento bacteriano</i>
10. Tomar otra gasa simple y verter alcohol al 70% y friccionar en la unión de sonda y bolsa recolectora por 15 segundos.	
11. Colocar sobre cubierta interna de guante.	
12. Calzarse guante en mano no dominante.	

13. Desconectar bolsa antigua y colocar nueva bolsa recolectora, aislando unión con una gasa simple estéril.	<i>Evita contaminación de bolsa nueva</i>
14. Retírese guantes y realizar higiene de manos.	
15. Fijar sonda en la cara interna del muslo en paciente femenina y en paciente masculino fijar en cara interna del muslo o en región abdominal inferior con cinta quirúrgica adhesiva de papel, evitando que quede tensa.	<i>La fijación evita lesiones a nivel de trígon vesical o lesiones externas a nivel de piel mucosas</i>
16. Dejar paciente cómodo y unidad en orden.	
17. Realizarse higiene de manos.	
18. Realizar anotaciones de enfermería.	

D. RETIRO DE SONDA VESICAL.

DEFINICIÓN.

Consiste en extraer la sonda vesical de la uretra cuando se necesita cambiarla o cuando ha cumplido los objetivos para los que fue colocada.

OBJETIVOS.

1. Prevenir o minimizar riesgos de infección.
2. Recuperar la fisiología normal del sistema urinario en el paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La expulsión de la orina debe verificarse vía transuretral, sin embargo ante diferentes patologías suele ser necesario que este proceso se efectúe a través de una sonda, por lo cual una vez cumplido el objetivo que origino la colocación deberá retirarse.

INDICACION.

Con indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Jeringa estéril de 10 ml.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Mascarilla quirúrgica.

PRECAUCIONES.

- a) Realizar aseo genital previo al retiro de la sonda.

- b) Vaciar colector de orina previo al retiro.
- c) Antes de retirar la sonda extraer agua destilada del balón
- d) Al extraer la sonda hacerlo suavemente y de forma rotativa, para no dañar la uretra.
- e) Si presenta resistencia o sangrado reportar al médico.
- f) Si el sistema colector tiene presencia de sangre o secreciones purulentas debe descartarse en depósito para desechos bioinfecciosos.
- g) Tomar muestra de secreción para estudio bacteriológico según indicación médica.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	<i>Evita enfermedades cruzadas.</i>
2. Preparar el equipo.	<i>Optimiza tiempo y energía física.</i>
3. Identificarse con el paciente.	<i>Genera confianza y seguridad al paciente.</i>
4. Identificar y orientar al paciente sobre el procedimiento y la necesidad de su colaboración.	
5. Aislar la unidad del paciente con biombos.	<i>Permite guardar la individualidad del paciente.</i>
6. Higiene de manos y colocarse guantes limpios.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
7. Remover la fijación de la sonda.	<i>Evita complicaciones.</i>
8. Higiene de manos.	<i>Evita enfermedades cruzadas.</i>
9. Aseo de genitales.	<i>Barrera mecánica para el personal.</i>
10. Conectar jeringa en la válvula de la sonda y aspirar todo el líquido del balón.	<i>Permite la remoción de la sonda.</i>
11. Indicar a paciente que respire lenta y profundamente.	<i>Disminuye la ansiedad.</i>
12. Extraer con suavidad la sonda transuretral hasta retirarla completamente.	<i>La continuidad de la piel y las mucosas puede romperse por medios mecánicos.</i>
13. Descartar (todo el sistema) en recipiente de desechos comunes o bioinfecciosos si tiene secreción purulenta o sangre.	<i>Se cumple con Norma de eliminación de Desechos.</i>
14. Retirarse los guantes.	
15. Higiene de manos.	<i>Evita enfermedades cruzadas.</i>
16. Realizar nota de enfermería con las intervenciones realizadas y anomalías observadas.	<i>Se documentan las acciones de Enfermería</i>

E. ASISTENCIA DE ENFERMERIA EN COLOCACION DE TUBO DE TORAX.

DEFINICIÓN.

Es la asistencia de enfermería en el procedimiento de colocación de un tubo flexible en la cavidad pleural aplicando técnica aséptica.

OBJETIVO.

Facilitar la realización del procedimiento para ayudar al paciente a recuperar el patrón respiratorio normal, garantizando la seguridad en la atención.

PRINCIPIO CIENTIFICO.

La cavidad torácica es un espacio cerrado y hermético que se halla protegido y delimitado por la parrilla costal, el esternón, los músculos intercostales y el diafragma, revestidos interiormente por la pleura parietal. Cualquier situación que altere la presión negativa normal dentro del espacio pleural debido a la acumulación de aire, líquido o colección sanguínea.

INDICACIÓN.

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Evacuar aire y/o pleural y expandir el pulmón por restablecimiento de la presión intra pleural negativa.

PROCEDIMIENTO PARA PREPARACION DEL SISTEMA:

1. PROCEDIMIENTO DE DRENAJE TORÁCICO CON DESCARTABLE (PLEUROVAC).

PRECAUCIONES.

- a) Si el empaque del sistema de succión esta con polvo limpiar con una toalla desechable húmeda.
- b) Verificar que todas las conexiones se encuentren aseguradas y en condición hermética.
- c) Mantener el pleurovac en mesa de trabajo con tubo largo de la cámara colectora dentro de su empaque hasta el momento que lo entregara al médico para conectarlo al tubo de tórax del paciente
- d) Cuando el drenaje es por gravedad el tubo de succión debe permanecer abierto.
- e) Comprobar cada 8 horas el nivel de agua de la cámara de succión y si es necesario rellenar hasta el nivel indicado con la succión apagada por medio del agujero de ventilación.
- f) Si es necesario rellenar la cámara del cierre hermético lo puede realizar por el diafragma o por el tubo de conexión de la succión.

- g) Señalar el volumen de material drenado en la cámara colectora cada 8 horas anotando fecha y hora.
- h) Al transportar al paciente no pinzar el pleurovac y mantenerlo en todo momento en posición vertical y por debajo del tórax del paciente.
- i) Orientar al paciente a no acostarse en la tubulatura ni dejar que se enrollen.
- j) Reportar al médico cuando el paciente presente disnea dolor torácico o desconexiones en el sistema.
- k) Verificar el correcto funcionamiento del equipo.
- l) Armar el sistema de drenaje torácico previo a la colocación del tubo de tórax
- m) Mantener dos pinzas Kocher forradas en el aparato de drenaje.
- n) El sistema de drenaje torácica debe mantenerse por abajo del nivel del tórax del paciente para facilitar el drenaje.
- o) Verificar que se tome Radiografía de control posterior a la colocación del tubo de tórax y reportarla.
- p) Mantener sistema de drenaje cerrado.

RECURSOS.

- ✓ Mesa de trabajo desinfectada con alcohol al 70%
- ✓ 1 Sistema de drenaje descartable estéril.
- ✓ 1 Par de guantes estériles.
- ✓ Gorro y Mascarilla
- ✓ 1 Litro de agua estéril.
- ✓ Solución Hidroalcohólica.

PROCEDIMIENTO.

PASOS/ACCIONES.	FUNDAMENTOS
a) Lavado de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas. Medidas de bioseguridad. Optimizar tiempo.</i>
b) Colocarse gorro y mascarilla.	
c) Reunir el equipo.	
d) Desinfectar mesa de trabajo con alcohol al 70%.	<i>Disminuir riesgo de infección.</i>
e) Higiene de manos.	
f) Desinfectar con alcohol al 70% frasco de agua estéril y abrirlo.	<i>Armar sistema de forma segura.</i>

<ul style="list-style-type: none"> g) Abrir primer empaque del sistema de drenaje torácico (Pleurovac). h) Higiene de manos. i) Extraer sistema de drenaje con segundo empaque y colocarlo en posición vertical en la mesa de trabajo utilizando el soporte para el suelo. j) Calzarse guante estéril en mano dominante con la que tomara el embudo y lo colocara en la conexión de succión. k) Con mano no dominante tomar frasco con agua estéril y llenar cámara de cierre hermético hasta el nivel de 2 cm (Línea punteada, para ello se necesitan 70cc de agua estéril). l) Retirar embudo. m) Si es necesario succión adicional, colocar embudo en el agujero de ventilación y llenar con agua estéril cámara de control de succión hasta 20cmH₂O (línea punteada, para ello se necesitan 420 cc. de agua estéril o según indicación médica). n) Descartar embudo y retirarse guante. o) Llevar equipo al lado del paciente p) mantenerlo en mesa de trabajo. 	<p><i>Para crear un sistema de válvula unidireccional que permite el drenaje y evita la entrada de aire exterior en la cavidad torácica.</i></p> <p><i>Cuando es necesario evacuar gran cantidad de aire y/o líquido del espacio pleural o se desea una re-expansión pulmonar más rápida.</i></p>
--	---

2. ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN COLOCACIÓN DE TUBO DE TÓRAX.

RECURSOS.

- ✓ Carro de curaciones o mesa de trabajo desinfectada con alcohol al 70%.
- ✓ Equipo estéril de sutura: 2 campos corrientes, gasas simples y torundas.
- ✓ Bolsa de torundas de algodón estériles.
- ✓ Gabachón estéril.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Hoja de bisturí N° 11.
- ✓ Seda 2/0.
- ✓ Jeringa de 5cc.
- ✓ Aguja hipodérmica N° 18
- ✓ Tubo de tórax de diferentes calibres.

- ✓ Gorro.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Solución de clorhexidina.
- ✓ Alcohol al 70%.
- ✓ Xilocaina al 2%.
- ✓ Frasco de solución Hidroalcohólica.
- ✓ Cinta quirúrgica adhesiva.
- ✓ Tijera.
- ✓ Equipo para succión con sistema completo.(aparato de succión torácica o pleurovac)
- ✓ Pinzas Kocher forradas.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
Enfermera: <ul style="list-style-type: none"> a) Lavado de manos. b) Colocarse gorro y mascarilla. c) Desinfectar área de trabajo con alcohol al 70%. d) Identificar al paciente. e) Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento. f) Higiene de manos. g) Colocar al paciente en posición semifowler con el brazo situado encima de la cabeza del lado que se va a colocar el tubo. h) Descubrir área de trabajo del paciente. i) Higiene de manos. j) Abrir primera cubierta del equipo de sutura. Médico realiza: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Lavado de manos. ✓ Colocación de gorro y mascarilla. ✓ Higiene de manos. ✓ Colocación de gabachón, guantes estériles y abre segunda cubierta del equipo de sutura. 	<p>Evita infecciones cruzadas.</p> <p>Crear área de trabajo limpia.</p> <p>Previene errores. Genera confianza y permite la colaboración del paciente.</p> <p>Evita infecciones cruzadas.</p> <p>Facilita la técnica y previene complicaciones.</p> <p>Evitar infecciones.</p> <p>Evitar infecciones cruzadas. Medidas de bioseguridad. Evitar infecciones. Medidas de bioseguridad.</p> <p>Prevenir infecciones del sitio de colocación del tubo.</p> <p>Facilitar la técnica.</p> <p>Facilitar el drenaje.</p>

Enfermera: Sirve soluciones antisépticas, jeringa de 5cc, aguja N° 18, seda 2/0, tubo de tórax y ofrece la xilocaína al médico previa desinfección del tapón del frasco con alcohol al 70%.

Médico: ordena material y realiza antisepsia del área con jabón de clorhexidina del área del centro a la periferia, seguidamente con solución salina de la misma forma, y finaliza con solución de clorhexidina alcohólica, coloca campos corrientes y realiza procedimiento según técnica.

Enfermera: previa higiene de manos retira gasa protectora y entrega tígón con adaptador universal al médico, quien lo sostiene con gasa estéril, lo conecta al tubo de tórax y lo despinza.

k) Enciende succión y fija la presión.

Médico: fija el tubo con seda 2/0, retira restos de sangre del sitio de inserción y del tubo y protege sitio de inserción con gasa simple estéril.

Enfermera:

- l) Higiene de manos.
- m) Fija gasa de sitio de inserción con cinta quirúrgica adhesiva de papel realizando presión.
- n) Coloca gasa simple estéril en unión de tubo de tórax con el tígón y la asegura con cinta quirúrgica adhesiva de papel.
- o) Deja cómodo y ordenado al paciente.
- p) Descarta desechos sólidos hospitalarios.
- q) Realiza cuidado posterior del equipo.
- r) Higiene de manos.
- s) Realiza nota de enfermería.

Evitar la salida del tubo y prevenir infecciones.

Evita infecciones.

Asegurar fijación del tubo de tórax.

Proporcionar comodidad y confort.

Cumplir normas de manejo de desechos sólidos.

Preparar equipo para nuevo uso.
Previene infecciones.

Documentar las acciones de enfermería.

XIII. OTROS PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA.

A. ASISTENCIA DE ENFERMERÍA EN TÉCNICA DE CURACIONES.

DEFINICIÓN.

Es una serie de actividades que se realizan para la limpieza y cuidado de las heridas, aplicando técnica aséptica.

OBJETIVOS.

1. Disminuir los microorganismos patógenos en las lesiones.
2. Fomentar la cicatrización de la herida.
3. Promover el bienestar físico y mental del paciente

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Una herida es cualquier lesión intencionada o no, que rompe la piel, la cual es una barrera protectora natural que envuelve todo el organismo; cualquiera que sea el origen de una herida, la intervención de enfermería tiene el propósito de favorecer el proceso de cicatrización y prevenir complicaciones.

INDICACIONES.

- ✓ Heridas operatorias infectadas.
- ✓ Dehiscencia herida operatoria.
- ✓ Ulceras cutáneas.
- ✓ Heridas traumáticas limpias o infectadas.
- ✓ Lesiones en pacientes con pie Diabético.
- ✓ Otro tipo de lesión.

RECURSOS.

- ✓ Sabana tirante o papel embobinado
- ✓ Carro de curaciones
- ✓ Paquete Torundas de gasa.
- ✓ Compresas estériles.
- ✓ Paquete de gasas simples.
- ✓ Guantes limpios y estériles de diferentes medidas
- ✓ Hisopos individuales.
- ✓ Baja lenguas.
- ✓ Solución Salina Normal o Agua estéril.
- ✓ Gabachón, gorro y mascarilla.

- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%
- ✓ Tijera.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Cinta quirúrgica de papel.
- ✓ Vendas de gasa y elástica.
- ✓ Tubos para cultivo.
- ✓ Biombo cuando sea necesario
- ✓ Deposito con agua jabonosa para pinzas cuando aplique.

PRECAUCIONES.

- a) Verificar la indicación médica en el expediente clínico o en la orden de curación.
- b) Cumplir analgésicos previos a la curación si están indicados.
- c) Limpiar, desinfectar y equipar el carro de curaciones por turno.
- d) Desinfectar área de trabajo antes de cada procedimiento
- e) Utilizar gorro y mascarilla al realizar curaciones en heridas limpias
- f) Utilizar gorro, mascarilla y gabachón al realizar curaciones en heridas infectadas
- g) En heridas limpias cambiar el apósito si está indicado
- h) Tomar cultivo de la lesión previa limpieza con Solución Salina Normal
- i) Las curaciones de heridas limpias deben realizarse primero que las infectadas.
- j) Curar primero la incisión quirúrgica y luego zonas de drenos.
- k) Las soluciones antisépticas deberán rotularse y cambiarse cada 24 horas.
- l) Usar paquetes de torundas y curaciones individuales.
- m) El área de curaciones deberá desinfectarse al inicio y al final del turno y posterior a curación de heridas infectadas.
- n) Efectuar limpieza terminal del cuarto de procedimientos cada ocho días o después de atender a pacientes con heridas infectadas.
- o) Humedecer con solución salina normal el apósito que cubre la herida si es necesario
- p) Realizar curaciones utilizando guantes estériles, mano dominante se conservara estéril y la no dominante será para manipular material no estéril.
- q) Utilizar pinza de anillo en lesiones profundas o cavitadas.

NOTA:

- En el área hospitalaria y de Emergencia la curación es responsabilidad del médico.
- En el área ambulatoria es responsabilidad de enfermería, de ser necesario con asistencia médica.

B. CUIDADOS DE PACIENTES CON SISTEMAS DE DRENAJE.

- a) Los drenos deberán mantenerse fijos a la piel en el orificio de salida.
- b) Evitar tensionar el tubo de drenaje al realizar cambio de posición.
- c) Llevar el control de la cantidad de secreciones drenadas en la hoja de balance hídrico y descartarla posteriormente.

- d) Evaluar y observar el sistema de succión en busca de desconexión o pérdida del vacío.
- e) Elaborar anotaciones de enfermería describiendo las características del líquido drenado (color, consistencia, frecuencia del vaciado) y reportar al médico si es necesario.

C. CUIDADOS DE PACIENTES CON DRENOS BLANDOS.

- a) Evitar contacto del líquido drenado con la piel.
- b) Todo dreno debe de ser manejado con material estéril para prevenir infección del sitio quirúrgico, o de la cavidad que drena.
- c) Verificar la colocación del palillo al dreno.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Lavado de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar material y equipo a utilizar.	<i>Optimiza tiempo durante el procedimiento.</i>
3. Identificar al paciente.	<i>Mantiene la individualidad y evita errores en el procedimiento.</i>
4. Identificarse y orientar al paciente sobre el procedimiento y colocarlo en una posición adecuada para realizar la curación.	<i>Disminuye la ansiedad del paciente y facilita la colaboración durante el procedimiento.</i>
5. Higiene de manos.	<i>Facilita el desarrollo del procedimiento y le brinda comodidad al paciente.</i>
6. Colocarse gorro, mascarilla y gabachón si aplica.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
7. Higiene de manos.	
8. Calzarse guantes no estériles y retirar apósito.	
9. Examinar cuidadosamente la herida, observar la cantidad, tipo, color y olor del exudado.	<i>Permite Identificar cualquier anomalía de la herida e intervención oportuna en el tratamiento.</i>
10. Retirarse los guantes.	
11. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
12. Abrir guantes estériles, paquete de torundas y gasas simples.	
13. Calzarse guante estéril en mano dominante.	<i>Mantiene la esterilidad del material y equipo.</i>
14. Verter jabón de clorhexidina sobre una torunda estéril, limpiar las lesiones del área más limpia a la más sucia.	<i>Si regresa la torunda, contamina la herida al pasar de lo sucio al área limpia.</i>

15. Verter solución salina en una torunda y limpiar en la misma forma.	<i>Al retirar el jabón, evita irritación en la piel adyacente.</i>
16. Secar en la misma forma con torundas estériles.	<i>Evita la proliferación de microorganismos por la humedad.</i>
17. Cubrir herida con apósito estéril.	<i>Previene la contaminación.</i>
18. Retirarse el guante y realizar higiene de manos	<i>Evita proliferación de microorganismos.</i>
19. Fijar apósito con cinta quirúrgica de papel auto adhesiva	<i>Protege la herida.</i>
20. Dejar cómodo y confortable al paciente	
21. Dejar el equipo limpio y ordenado	<i>Mantiene el ambiente libre de contaminación.</i>
22. Higiene de manos.	<i>Evita proliferación de microorganismos.</i>
23. Realizar anotaciones de enfermería.	<i>Documenta anormalidades y procedimiento realizado.</i>

D. BALANCE HÍDRICO.

DEFINICIÓN.

Es la relación cuantificada de los ingresos y egresos de líquidos, que ocurren en el organismo en un tiempo específico, incluyendo pérdidas insensibles.

OBJETIVO.

Registrar la cantidad exacta de líquidos administrados y eliminados por el organismo durante 24 horas o en lapsos menores, según indicación médica

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El estado general del balance de líquidos puede valorarse comparando el volumen de líquidos administrados e ingeridos con el volumen de líquidos excretados. Las diferencias excesivas entre lo ingerido y lo excretado son la causa de trastornos en el balance de los líquidos, por lo que es importante llevar registro exacto de estos.

INDICACION.

Según indicación médica.

RECURSOS.

- ✓ Recipiente graduado para proporcionar líquidos a ingerir.
- ✓ Un cómodo u orinal para recolectar orina.
- ✓ Una copa graduada para medir líquidos excretados.
- ✓ Hoja de balance hídrico en área hospitalaria.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Expediente clínico.
- ✓ Bolígrafo azul o rojo de acuerdo al turno.
- ✓ Lápiz.
- ✓ Solución hidroalcohólica.

PRECAUCIONES.

- a) Si hay sondas o tubos de drenaje mantenerlos permeables.
- b) Reportar al médico si el paciente orina menos de 50 cc/hora.
- c) Los líquidos de succión de tubos de drenaje se medirán, utilizando técnica aséptica en el manejo de los tubos de drenaje.
- d) Reportar características de los líquidos excretados.
- e) Descartar orina en cómodo u orinal por paciente.
- f) A las 6 a.m. cerrar el balance, sumando los totales de los tres turnos.
- g) Evitar derrame de líquidos y contaminación
- h) Actualizar la cantidad de líquidos infundidos por bombas por turno.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Identificarse con el paciente.	<i>Genera confianza.</i>
3. Identificar y orientar al paciente sobre la importancia de medir los líquidos.	<i>Permite confianza y obtiene colaboración por parte del paciente.</i>
4. Realizar recuento de líquidos administrados por vía oral y parenteral en 8 horas o según indicación médica.	<i>Valora el estado general del paciente y previene posibles complicaciones.</i>
5. Anotar la cantidad de líquidos orales, parenterales, derivados sanguíneos, medicamentos con los que queda pendiente para el siguiente turno (usando lápiz) en hoja de balance hídrico.	<i>Permite la continuidad de los registros y los cuidados.</i>
6. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
7. Calzarse guantes limpios.	
8. Realizar medición de líquidos eliminados durante 8 horas (orina, heces, vómitos, líquidos aspirados y sangre).	<i>Se identifican y reportan anomalías en el paciente oportunamente.</i>

9. Descartar líquidos de drenaje y orina contabilizados.	<i>Previene errores en mediciones posteriores.</i>
10. Retirarse los guantes y realizar lavado de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
11. Anotar las características de los líquidos contabilizados en hoja de balance hídrico y enfermería.	<i>Permite la continuidad al tratamiento.</i>
12. Dejar el equipo limpio y ordenado.	<i>Favorece un ambiente limpio y ordenado.</i>
13. Totalizar en cada turno: 2:00 p.m., 10:00 p.m. y 6:00 am. y hacer cierre de BALANCE HÍDRICO A LAS 6:00 AM. Tomando en cuenta 24 horas o según indicación médica.	<i>Permite verificar la totalidad de líquidos ingeridos y excretados y evalúa el funcionamiento renal.</i>

E. TOMA DE ELECTROCARDIOGRAMA.

DEFINICIÓN.

Obtención de la representación gráfica de la actividad eléctrica del corazón a través de un electrocardiógrafo.

OBJETIVO.

Contribuir al diagnóstico y tratamiento.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La actividad eléctrica del corazón, se debe a la duración y secuencia de la despolarización y repolarización, lo cual produce diferencias de voltaje y potencial que son recogidas a nivel superficial; a partir de una serie de terminales o electrodos conectados en la superficie de cuerpo del paciente se obtiene una impresión gráfica de los latidos cardíacos.

INDICACION.

Prescripción médica.

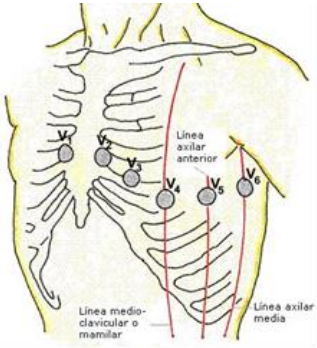
RECURSOS.

- ✓ Electrocardiógrafo.
- ✓ Gel electro conductiva.
- ✓ Rollo de papel para Electrocardiograma, según cada equipo.
- ✓ Toallas de papel desechable.
- ✓ Electrodos.
- ✓ Sábana clínica
- ✓ Algodón con alcohol
- ✓ Solución hidroalcohólica al 70%

PRECAUCIONES.

- a) Mantener al paciente en reposo.
- b) Retirar todos los objetos metálicos que posea el paciente (aritos, anillos, otros).
- c) Seguir las instrucciones del manual para uso del equipo.
- d) Mantener conectado el electrocardiógrafo a la fuente de energía eléctrica.
- e) Verificar que el paciente no tenga contacto con superficies metálicas.
- f) Aislar al paciente con biombos si es necesario.
- g) Evaluar la necesidad de recortar vello del tórax.
- h) Tomar el trazo según indicación médica. (electro normal, D-II largos, círculo torácico).

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Disminuye infecciones cruzadas</i>
2. Preparar el equipo completo y llevarlo al lado del paciente.	<i>Ahorra tiempo y energía física</i>
3. Identificarse con el paciente.	<i>Genera confianza en el paciente.</i>
4. Identificar y Orientar al paciente sobre el procedimiento.	<i>Se obtiene la colaboración del paciente y se pueden evitar errores</i>
5. Limpiar, secar y aplicar gel electro conductiva para la colocación de electrodos	<i>Mejora la conducción de las ondas eléctricas</i>
6. Colocar electrodos en miembros superiores e inferiores	<i>Se obtiene el registro correcto de la actividad del músculo cardíaco.</i>
7. Colocar derivaciones precordiales en el siguiente orden : V1: 4to espacio intercostal, borde esternal derecho. V2: 4to espacio intercostal, borde esternal izquierdo. V3: Colocarla entre V2 y V4. V4: 5to espacio intercostal izquierdo, en la línea media claviclar. V5: 5to espacio intercostal, en la línea axilar anterior izquierda. V6: 5to espacio intercostal, en la línea axilar media izquierda.	
8. Tomar trazo	
9. Retirar los electrodos y limpiar la piel del paciente retirando los restos de gel electro conductivo.	
10. Dejar al paciente cómodo.	<i>Proporciona comodidad al paciente.</i>

11. Remitir resultado del examen a médico tratante previa identificación del trazo con los datos del paciente: nombre, número de registro sexo, edad, fecha, hora y sello de quien realizó el procedimiento	<i>Contribuye al diagnóstico y tratamiento del paciente, evitando confusiones.</i>
12. Registrar en expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Permite documentar las acciones de Enfermería.</i>
13. Lavar con agua y jabón las perillas, secarlas, eliminando todo resto de gel conductor, dejar los cables y electrodos extendidos sobre el aparato.	<i>Permite que el equipo esté preparado para nuevo uso y prolongar su tiempo de vida útil.</i>

F. CUIDADOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LA PREVENCIÓN DE ACCIDENTES.

DEFINICIÓN.

Son los cuidados de enfermería que se proporcionan a los pacientes con el fin de garantizar medidas de seguridad para prevenir accidentes en los centros de atención.

OBJETIVO.

Estandarizar acciones de enfermería de prevención, aplicables a las condiciones de los pacientes atendidos, con el fin que no sufran riesgos innecesarios de accidentes durante su estancia, garantizando un ambiente hospitalario seguro.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

Todo accionar de enfermería tiene como finalidad proteger al paciente de todo agente externo que le cause daño y le aumente su estancia hospitalaria.

INDICACIONES.

Cuidados especiales a grupos de riesgos:

- ✓ Pacientes geriátricos.
- ✓ Pacientes pediátricos.
- ✓ Pacientes psiquiátricos.
- ✓ Pacientes con problemas neurológicos.
- ✓ Pacientes con tratamientos inmunodepresivos.
- ✓ Pacientes con problemas visuales y auditivos.
- ✓ Pacientes con capacidades especiales o discapacidades.
- ✓ Pacientes con problemas para la deambulación.
- ✓ Pacientes en periodo post-operatorio.
- ✓ Pacientes con síndrome metabólico.
- ✓ Pacientes de Ginecología y Obstetricia.

PRECAUCIONES.

- a) El personal de enfermería debe orientar al paciente previo a todo procedimiento que le realizará.
- b) Evaluar condición de pacientes geriátricos, pediátricos, convulsivos, en post-operatorio, entre otros; para mantener camas con barandales y evitar caídas.
- c) Subir barandales de las camas, cada vez que se hayan bajado para cualquier procedimiento.
- d) No dejar solo en el baño o servicio sanitario a pacientes, que por su estado o edad puedan caerse.
- e) Antes de movilizar al paciente en camilla o silla de ruedas, se le debe orientar para que no realice acciones que lo pongan en riesgo.
- f) Solicitar ayuda al momento de movilizar pacientes grandes, obesos o que por su estado necesiten más cuidado durante su movilización.
- g) Cuando se transporta un paciente en camilla o cama deberá llevar arriba los barandales.
- h) Cuidados que se deben tener cuando se transportan pacientes en silla de ruedas:
 - i) Al bajar rampas deberá hacerlo de espaldas y no de frente.
 - j) Para subir pequeños desniveles del piso presionar con un pie el tubo inferior que se encuentra en la parte trasera de la silla, para ayudar a inclinar al paciente hacia la persona que lo moviliza; elevando las ruedas delanteras y subir el desnivel sin dificultad.
- k) Sujetar al paciente cuando sea necesario.
- l) Nunca dejar solo a un paciente adulto mayor y/o desorientado en silla de ruedas.
- m) No dejar al alcance del paciente desorientado y/o adulto mayor, líquidos o sustancias y/o alimentos que no deba ingerir.
- n) Verificar que los pisos de los baños estén limpios y secos.
- o) Ayudar al paciente con dificultad para deambular.
- p) Los objetos personales del paciente deben estar a su alcance.
- q) Ofrecer con frecuencia el orinal y el cómodo al paciente.
- r) Asistir al paciente para ir al sanitario, bañarse, sentarse, entre otras actividades de la vida diaria.
- s) Identificar y sensibilizar a pacientes y familiares con las medidas de seguridad recomendadas.
- t) Instruir al paciente y familiares, cuando existan limitantes o restricciones para la deambulación.
- u) Atender con prioridad al llamado del paciente.
- v) Realizar rondas frecuentemente e identificar necesidades de los pacientes anticipándose a su llamado.
- w) Recordar al paciente la importancia de solicitar ayuda.
- x) Valorar exhaustivamente las medidas de sujeción a pacientes.

XIV. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENIR ULCERAS POR PRESIÓN.

DEFINICIÓN.

Son los cuidados de enfermería que se les proporcionan a los pacientes que no se movilizan por sí mismos.

OBJETIVOS.

1. Mantener integridad de la piel.
2. Favorecer riego sanguíneo.
3. Proporcionar medios de confort al paciente.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La presión hidrostática de los capilares cutáneos reduce el flujo sanguíneo y el drenaje linfático por la isquemia provocada, debido a la presión ejercida en la piel.

INDICACIONES:

- ✓ En pacientes encamados o con dificultad de movilización.
- ✓ En pacientes inconscientes o sedados
- ✓ En pacientes psiquiátricos.

RECURSOS:

- ✓ Crema fría
- ✓ Guantes limpios
- ✓ Dispositivos mecánicos
- ✓ Colchón anti escaras.
- ✓ Hoja de control de cambios de posición.
- ✓ Hoja de valoración de riesgo.

PRECAUCIONES

- a) Hacer uso de mecánica corporal al movilizar al paciente.
- b) Evitar movimientos bruscos al movilizar al paciente.
- c) La sábana debe estar limpia, seca y sin pliegues.
- d) Verificar que al paciente se le cambie de posición cada 2 horas o según el paciente lo amerite.

- e) Solicitar la ayuda a otro recurso para evitar poner en riesgo al paciente y a quien ejecuta el procedimiento.
- f) Al realizar cambios de posición evitar el arrastre.
- g) Evitar el masaje en prominencias óseas.
- h) Verificar si el paciente tiene prótesis óseas.
- i) Realizar cuidados higiénicos cuando el paciente ha miccionado o defecado.
- j) Al realizar cuidados higiénicos no secar con fricción.
- k) Mantener la alineación corporal del paciente.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Preparar y llevar el equipo al lado del paciente.	<i>Ahorra tiempo y energía.</i>
3. Identificar al paciente.	<i>Genera confianza.</i>
4. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento a realizar solicitando su colaboración si la condición se lo permite.	<i>Disminuye la ansiedad.</i>
5. Calzarse guantes limpios.	<i>Medida de bioseguridad.</i>
6. Realizar cambios de posición cada 2 horas.	<i>Reduce el riesgo de lesiones cutáneas.</i>
7. Si el paciente ha defecado o miccionado, realizar aseo con agua y jabón dejando la piel seca	<i>La humedad y la materia fecal poseen componentes que irritan la piel</i>
8. Aplicar cremas realizando masajes en un área extensa alrededor de las prominencias óseas y sitios de presión.	<i>Evitar la resequedad de la piel y el masaje mejora la circulación.</i>
9. Colocar dispositivos mecánicos en áreas de presión	<i>Evitar la compresión de prominencias óseas.</i>
10. Mantener confortable al paciente.	<i>Genera comodidad.</i>
11. Retirarse guantes.	
12. Higiene de manos.	<i>Disminuye la fricción entre el paciente y la cama, facilitando la tracción.</i>

13. Realizar anotación en escala de Braden.	<i>Permite hacer correcta valoración del riesgo de ulcera de presión.</i>
14. Registra en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Documentar las acciones de Enfermería.</i>

PACIENTE CONSCIENTE.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente.	<i>Previene errores en el cuidado.</i>
3. Identificarse con el paciente y orientarlo sobre el procedimiento.	<i>Genera confianza y permite la colaboración del paciente.</i>
4. Bajar el respaldo y ajustar la altura de la cama.	<i>Contribuye a la mecánica corporal.</i>
5. Colocar el carro camilla paralelo a la cama.	<i>Proporciona seguridad al paciente evitando accidentes.</i>
6. Colocarse al lado del carro camilla y sostenerlo contra la cama.	
7. Explicarle al paciente que se movilice hacia el carro camilla deslizando primero sus hombros, luego flexionar los miembros inferiores, movilizar las caderas y por último las piernas hasta ubicarse en el carro camilla.	<i>Hacer uso de las capacidades del paciente.</i>
8. Cubrir al paciente, protegerlo y subir barandales.	<i>Mantener la individualidad del paciente y protegerlo de accidentes.</i>
9. Realizar el mismo procedimiento al trasladarlo a la cama.	
10. Higiene de manos.	<i>Medidas de bioseguridad.</i>
11. Registrar las intervenciones de enfermería en el expediente clínico.	<i>Garantizar la continuidad de los cuidados.</i>

PACIENTE ESTÁ IMPOSIBILITADO:

PASOS	FUNDAMENTOS
12. Aflojar sábana clínica o colocársela, tratando de centrar el peso del paciente en ella	<i>Facilita la movilización</i>

13. Indicar al paciente que cruce los brazos sobre el tórax, si le es posible.	<i>Evitar que los brazos queden bajo el cuerpo del paciente previniendo traumatismos de miembros superiores.</i>
14. Se colocarán 2 o más personas a cada lado de la cama del paciente y sujetaran la sabana clínica.	<i>Establecer un balance en la distribución del peso del paciente</i>
15. Cuento hasta tres en voz alta, inclínese hacia atrás y usando su cuerpo de contrapeso, deslice el paciente hasta el borde de la cama.	<i>Evitar esfuerzos innecesarios y facilita la movilización del paciente.</i>
16. El colaborador sostiene al paciente con la sábana clínica, mientras la otra persona coloca el carro camilla paralelo a la altura de la cama.	<i>Evita caída del paciente</i>
17. Se colocan uno o más recursos, al lado del carro camilla, sosteniéndolo contra la cama.	
18. Tomar la sábana clínica de los extremos y al contar hasta tres, levantar y pasar suavemente al paciente de la cama al carro camilla.	<i>Las fuerzas del cuerpo sincronizadas aumentan y vencen la resistencia del peso por levantar.</i>
19. Sostener la cabeza del paciente durante el traslado y ponga en línea recta el cuerpo en la camilla.	<i>Mantener la alineación corporal y la comodidad del paciente.</i>
20. Cubrir al paciente y subir barandales del carro camilla.	<i>Mantener la privacidad y evitar accidentes al paciente.</i>
21. Conduce el carro camilla de tal forma, que los pies del paciente vayan hacia adelante.	<i>Favorece la orientación espacial del paciente.</i>
22. Colocarse a la cabecera del paciente para manejar el carro camilla.	<i>Visualiza las condiciones del paciente, Mantiene el control y dirección del carro camilla.</i>
23. Realizar el paso 11 y 12, al trasladar el paciente del carro camilla a la cama.	
24. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
25. Registrar las intervenciones de Enfermería.	<i>Dar continuidad al cuidado de Enfermería.</i>

XV. SATISFACCION DE LAS NECESIDADES FISIOLÓGICAS DEL PACIENTE.

A. ASISTENCIA EN LA ALIMENTACIÓN DE PACIENTES.

DEFINICIÓN.

Es la administración adecuada de la dieta del paciente, de acuerdo con las necesidades de este y su patología.

OBJETIVO.

Proporcionar la dieta indicada, para mejorar el estado nutricional del paciente y favorecer su recuperación.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La alimentación es una de las necesidades básicas del ser humano. Los alimentos son las sustancias orgánicas (de origen animal y vegetal) e inorgánicas que ingiere el individuo y que aportan los nutrientes necesarios para el buen funcionamiento del organismo.

INDICACIÓN.

Pacientes con dieta indicada.

RECURSOS.

- ✓ Mesa puente.
- ✓ Bandeja de alimentos.
- ✓ Utensilios de comida incluyendo servilletas.

PRECAUCIONES.

- a) Colocar respaldo a 45° o sentar al paciente si no está contraindicado
- b) Verificar que se realice higiene de manos al paciente previo a los tiempos de alimentación
- c) Comprobar que la dieta sea la indicada.
- d) No forzar al paciente a la ingesta de alimentos.
- e) Reportar intolerancia a los alimentos.
- f) Proporcionar alimentos a temperatura adecuada.
- g) Procurar que no se efectúen tratamientos desagradables en las horas de alimentación.
- h) Si el paciente utiliza prótesis dental, apoyarlo para que la utilice, de acuerdo a su condición, para facilitarle la trituración de los alimentos.
- i) Sugerir consistencia de la dieta según estado del paciente.
- j) Verificar que previo a servir la dieta se realice limpieza y desinfección de mesa puente.
- k) Evitar uso de mesa de alimentos para colocar expedientes y escribir notas de médicos y de enfermería.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Higiene de manos.	<i>Evita infecciones cruzadas.</i>
2. Identificar al paciente.	<i>Genera confianza y permite la colaboración del paciente.</i>
3. Identificarse y orientar al paciente sobre el procedimiento.	
4. Colocar al paciente en posición adecuada de acuerdo a su condición.	<i>Evita accidentes por aspiración.</i>
5. Verificar que la dieta sea la indicada	<i>Se cumple indicación médica.</i>
6. Acercarle la mesa de alimentos, previamente limpia y desinfectada.	<i>Brinda comodidad al paciente y previene accidentes y contaminación con microorganismos del ambiente hospitalario.</i>
7. Colocar servilleta en tórax de paciente.	<i>Mantiene la higiene.</i>
8. Observar la condición del paciente y determinar si este puede ingerir los alimentos por sí solo.	<i>Evita complicaciones.</i>
9. Asistir la dieta.	<i>Contribuye a la satisfacción de necesidades fisiológicas.</i>
10. Al terminar de ingerir los alimentos, descartar bandeja con restos alimenticios.	<i>Se mantiene limpieza y orden.</i>
11. Orientar y ofrecer al paciente equipo de aseo bucal, lavado de manos y ayudarlo si es necesario.	<i>Se contribuye con la higiene personal.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
13. Elaborar nota de enfermería sobre la tolerancia a la dieta.	<i>Se documentan las acciones de enfermería.</i>

B. COLOCACION Y RETIRO DEL URINAL.

DEFINICIÓN.

Es la colocación de un urinal para eliminación de orina, medición y con fines diagnósticos.

OBJETIVOS.

1. Ayudar al paciente a satisfacer la necesidad fisiológica de micción.
2. Facilitar la recolección del producto de la evacuación urinaria.
3. Conocer las características de la orina eliminada
4. Proporcionar comodidad e higiene.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

La vejiga es un órgano muscular hueco inervado por el sistema nervioso, el cual se estimula al acumularse orina, produciendo el deseo de orinar. Por lo que se debe atender con prioridad la eliminación vesical para dar comodidad y evitar el dolor que ocasiona la distensión de la vejiga.

INDICACIONES.

- ✓ Pacientes con dificultad para deambular
- ✓ Pacientes con balance hídrico
- ✓ Recolección de orina para fines diagnósticos (recolección de orina de 24 horas)

RECURSOS.

- ✓ Urinal.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Copa medidora (si es necesario).
- ✓ Solución Hidroalcohólica al 70%.



PRECAUCIONES.

- a) El urinal debe estar limpio, seco y en buen estado.
- b) Nunca olvidar que ha dejado al paciente con el urinal.
- c) Calzarse guante si el paciente está imposibilitado para colocarse el urinal.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Atender el llamado del paciente.	<i>Se satisface la necesidad de eliminación del paciente.</i>
2. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
3. Llevar el urinal a la unidad del paciente.	<i>Se propicia el trato con calidez al paciente.</i>
4. Orientar al paciente que se coloque el urinal entre las piernas de forma inclinada e introduzca el pene y lo cubre con la sábana. (En pacientes imposibilitados el personal de enfermería colocara el urinal utilizando guantes limpios.)	<i>Se evita derrame de orina y mantiene la individualidad del paciente.</i>
5. Retira el urinal y observa características de la orina.	<i>Para reportar anomalías detectadas.</i>
6. Si tiene balance hídrico, mide la orina y la descarta.	<i>Se registra y controla los líquidos eliminados.</i>
7. Si la orina se recolecta con fines diagnóstico en 24 horas, debe depositarla	<i>Se evitan errores durante la recolección y se contribuye a un diagnóstico oportuno.</i>

en el recipiente correspondiente inmediatamente después de ser evacuada.	
8. Coloca el urinal contaminado en el área asignada para su limpieza y cuidado posterior.	<i>Se mantiene el entorno del paciente limpio y seguro.</i>
9. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
10. Verificar que se le realice lavado de manos al paciente.	
11. Dejar confortable al paciente.	<i>Asegura el descanso del paciente.</i>
12. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
13. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.	<i>Se documentan las acciones de enfermería.</i>

C. COLOCACIÓN Y RETIRO DEL CÓMODO.

DEFINICIÓN.

Es la colocación de un dispositivo llamado cómodo ("pato" popularmente hablando) para favorecer los procesos de evacuación intestinal o vesical cuando el (la) paciente no pueda deambular.

OBJETIVOS.

1. Facilitar la evacuación en el paciente encamado.
2. Proporcionar comodidad e higiene.
3. Evaluar las características de los elementos excretados.

PRINCIPIO CIENTÍFICO.

El peristaltismo del intestino mueve los productos de desecho hacia el recto donde se encuentran terminaciones nerviosas las cuales son estimuladas cuando llegan materias fecales, produciendo deseos de defecar. Por lo cual se deberá proporcionar el cómodo para facilitar la evacuación de manera oportuna.

INDICACIONES.

- ✓ Post-operatorio inmediato.
- ✓ Pacientes en reposo absoluto.
- ✓ Pacientes con dificultad para deambular o cirugía o algún procedimiento en miembros superiores que le imposibilite la colocación del cómodo
- ✓ Recolección asistida de muestras para laboratorio.
- ✓ Administración de tratamientos especiales (duchas, enemas)

RECURSOS.

- ✓ Cómodo.
- ✓ Papel higiénico.
- ✓ Guantes limpios.
- ✓ Biombo.



PRECAUCIONES

- a) El cómodo debe estar limpio, seco y en buen estado.
- b) No dejar solo al paciente si su condición no lo permite.
- c) Nunca olvide que ha dejado al paciente con el cómodo.
- d) Solicitar ayuda según condición del paciente.
- e) Colocar el respaldo de la cama en posición de 45 grados, si la condición del paciente lo permite.
- f) Atender de inmediato el llamado del paciente para cualquier necesidad.

PROCEDIMIENTO.

PASOS	FUNDAMENTOS
1. Atender el llamado del paciente	<i>Se satisface oportunamente la necesidad de evacuación de excretas</i>
2. Higiene de manos.	<i>Previene infecciones cruzadas.</i>
3. Identificarse con el paciente.	<i>Genera confianza al paciente.</i>
4. Orientar al paciente sobre el procedimiento.	
5. Llevar el cómodo a la unidad del paciente, calzarse guante (si es necesario).	<i>Cumple con la técnica apropiada</i>
6. Proporcionar privacidad al paciente.	<i>Mantiene la individualidad del paciente</i>
7. Colocar el cómodo haciendo que los glúteos descansen sobre los bordes anchos del mismo.	<i>Evita derrames y proporciona comodidad al paciente.</i>
8. Dejar sólo al paciente mientras evacúa, si su condición lo permite, dejando el papel higiénico a su alcance.	<i>Permite privacidad al paciente</i>
9. Completada la evacuación, retirar el cómodo: a. Verificar que el paciente quede limpio y si está imposibilitado realizar limpieza de región anal. b. Si es orina y tiene balance hídrico, la mide y la descarta.(paciente femenino)	<i>Proporciona limpieza y comodidad al paciente.</i>

- c. Si la orina es con fines diagnósticos, la recolecta en 24 horas y la deposita en el recipiente correspondiente. (paciente femenina).
- d. Para la eliminación de lo excretado, tapar el cómodo y llevarlo al cuarto séptico, observando las características; en caso de balance hídrico para las heces se realiza un cálculo aproximado de la cantidad de la misma.

Se minimiza la contaminación del ambiente

10. Retirarse guante.

Se cumple con la técnica apropiada y se descarta en el recipiente de desechos bio infecciosos.

11. Verificar que se le efectúe lavado de manos al paciente con agua y jabón.

Previene infecciones cruzadas.

12. Higiene de manos.

13. Registrar en el expediente clínico las intervenciones de enfermería realizadas.

Se documentan las acciones de enfermería.

DISPOSICIONES GENERALES.

Las disposiciones no contempladas en el presente manual, serán consideradas por Subdirección de Salud a través de Regulación Técnica en Salud.

La revisión del manual de oficio se realizará cada 5 años y a solicitud del servicio de enfermería las veces que se considere necesario.

OBSERVANCIA.

La vigilancia del cumplimiento de los contenidos del Manual de Procedimientos de Enfermería del ISSS corresponde a la Coordinación Institucional de Enfermería, Dirección y Subdirección del Centro de Atención y a Subdirección de Salud a través de Unidades, Departamentos y Secciones afines.

INFRACCIONES Y SANCIONES.

El incumplimiento del presente documento normativo, en ámbito de su competencia, será sancionado según la normativa legal correspondiente.

VIGENCIA DEL MANUAL.

El Manual de Procedimientos de Enfermería del ISSS, entrará en vigencia a partir de la fecha de autorización por Autoridades Institucionales y sustituye al manual de procedimientos de enfermería año 2006.

San Salvador, Enero del 2017.

Mg. Milagro Cecilia Hernández de Nerio

Coordinadora Institucional de Enfermería.

Dra. Ana Guadalupe Argueta Barahona.

Jefe Sección Regulación Técnica en Salud.

Dr. Jonathan David Hernández Somoza.

Jefe Departamento Planificación Estratégica en Salud.

Dra. Danneth Quijano de Flores

Jefa de División Políticas y Estrategias de Salud

Dr. Ricardo Federico Flores Salazar.

Subdirector de Salud.

GLOSARIO

ADYUVANTE Sustancia empleada conjuntamente en con otra para poder potenciar su acción.

CERTIFICADO DE INCAPACIDAD TEMPORAL: Es el documento extendido por los médicos del ISSS, que hace constar que un cotizante no está en la condición requerida para el desempeño de su trabajo debido a enfermedad, accidente o maternidad. Indica el diagnóstico médico y el tiempo de incapacidad para el trabajo que se le determina al consultante y le sirve a este para gestionar su licencia de trabajo y solicitar el pago de subsidio en el ISSS.

CONSENTIMIENTO INFORMADO: Documento escrito, firmado por el paciente en pleno goce de sus facultades físicas y mentales o su representante legal, mediante el cual se acepta o deniega, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico con fines de diagnóstico, terapéuticos o de rehabilitación.

DESHIDRATACIÓN: Pérdida excesiva de agua por los tejidos corporales. La deshidratación se acompaña de alteración del equilibrio de electrolitos esenciales, sobre todo sodio, potasio y cloro.

DESINFECCIÓN Proceso para destruir organismos patógenos o convertirlos en inertes.

DESINFECTAR Eliminar organismos patógenos.

DOCUMENTOS DE OTORGAMIENTO DE DERECHO DE ATENCIÓN DEL PACIENTE:

- ✓ Tarjeta de afiliación (Niños 0-12 años, Extranjeros, Beneficiario de empleado).
- ✓ Documento Único de Identidad a todo trabajador activo.
- ✓ Carnet de Minoridad a trabajador activo menor de 18 años y a beneficiario.
- ✓ Constancia de Derechos para Citas Subsecuentes (Certificado de Cesantía).
- ✓ Constancia de Derecho para la Atención Médica de Emergencia para Pacientes en Calidad de Cesantes.
- ✓ Carta de 12 Semanas (pacientes de obstetricia).

EMERGENCIA: Es todo problema médico quirúrgico agudo que pone en peligro la vida, un órgano o una función y que requiere atención inmediata.

ENFERMERA CIRCULAR: Personal de Enfermería encargado de la asistencia de procedimientos en el acto médico.

EXPEDIENTE MULTIPLE: Documento conocido como FALSO, utilizado como control y suple la falta del Expediente Clínico en el Archivo.

HOJA DE REFERENCIA Y RETORNO: Es el conjunto de actividades técnicas y administrativas para garantizar la calidad de atención del derechohabiente durante el paso por los diferentes niveles de atención dentro de la red de servicios de salud del ISSS.

El formulario consta de original y duplicado. El original se entrega al paciente, el duplicado se archiva en el centro de atención que entrega la referencia.

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS: Es la descripción precisa, concisa y clara del material, equipo, condiciones, actividades y requerimientos para obtener un producto o un servicio de calidad definida; contiene la secuencia lógica y cronológica de las operaciones de un determinado fin y es de aplicación obligatoria.

NORMAS: Conjunto de pautas o reglas explícitas que regulan las actividades realizadas por el personal de salud con el propósito de proteger y recuperar la salud de las personas y su ambiente.

Las normas poseen las siguientes características: Aplicación obligatoria, aplicables en todos los casos, aseguran la calidad y equidad en el proceso de prestación de los servicios, se basan en conocimiento actualizado, factibilidad de implementación y adecuadas a la realidad asistencial de la institución.

PÉRDIDA INSENSIBLE DE AGUA: Se refiere al líquido que pierde el cuerpo humano por vías difíciles de cuantificar y que el paciente pasa de forma inadvertida. Estas vías son el sudor y la exhalación.

PRINCIPIO: Es un hecho probado o un grupo de hechos tan relacionados entre sí que formulen una ley o una teoría generalmente admitida, o una ley moral aceptada por la mayoría de la sociedad.

PRINCIPIOS DE ENFERMERIA: Los principios fundamentales de Enfermería son la base que fundamenta la práctica de todo profesional de enfermería, como herramienta esencial para desempeñar el cuidado con calidad y calidez.

SIGNOS VITALES Medidas correspondientes a la frecuencia del pulso, la frecuencia respiratoria y la temperatura corporal.

URGENCIA: Es la aparición fortuita de un problema médico de causa diversa y gravedad variable que genera la necesidad de atención de salud en un lapso breve, según su nivel de gravedad.

BIBLIOGRAFIA.

1. CONSEJO SUPERIOR DE SALUD PÚBLICA, JUNTA DE VIGILANCIA DE LA PROFESIÓN DE ENFERMERÍA, Ministerio de Salud. Código de Ética para Profesionales de Enfermería de El Salvador 2º Edición, 2013, 29 págs.
2. LEY DE CREACIÓN DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD. Código de Salud, Editorial Jurídica Salvadoreña, 13ª Edición, Actualizada con sus Reformas 2009, 271 págs.
3. ESCUELA TÉCNICA PARA LA SALUD, INSTITUTO TECNOLÓGICO. Manual de Procedimientos, Modulo II, Fundamentos de enfermería. 2013. 200 págs.
4. USAID, ISSS, MINSAL. Material técnico para Habilidades Obstétricas Neonatales, Planificación familiar Y Prevención de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria, El Salvador Centro América. 305 págs. 2011
5. SILVIA I. ACOSTA-GNAS. Manual de control de infecciones y Epidemiología Hospitalaria, Organización Panamericana de la salud. /Organización Mundial de salud 2012 página 312.
6. PAMELA LYNN. Enfermería Clínica de Taylor, Cuidados Básicos del Paciente, Vol. II, 3º Ed. Pag.311-1006
7. MINISTERIO DE SALUD Y ASISTENCIA SOCIAL. Manual de Procedimientos de Enfermería. Dirección de Regulación Unidad de Enfermería. Tomo I, 2008 129 Págs.
8. INSTITUTO ESPECIALIZADO DE EDUCACION SUPERIOR (IEPROES). Manual de Procedimientos de Fundamentos de Enfermería I, 2011,191 Págs. y tomo II 2008, 179 págs.
9. UNIVERSIDAD SALVADOREÑA ALBERTO MASFERRER, FACULTAD DE MEDICINA, CARRERA DE ENFERMERIA. Manual de Procedimientos de Enfermería, 2013, 332, págs.
10. COMITÉ NACIONAL DE ENFERMERIA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA, ISSS. Folleto de Procedimiento de Inserción de Catéter Venoso Periférico. Publicación actualizada, Junio 2013.
11. COMITÉ DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE INFECCIONES ASOCIADAS A LA ATENCIÓN SANITARIA, HOSPITAL GENERAL, ISSS. Guía para la Preparación y Administración de Medicamentos Endovenosos. Publicación actualizada. Enero 2013
12. "Norma para el Expediente Clínico en el ISSS", 2ª Edición, Marzo 2009.
13. "Normas para la Prevención y Control de Infecciones Nosocomiales en el ISSS", Diciembre 2004.
14. "Norma para el Manejo de los Desechos Peligrosos en el ISSS", Marzo-2007.
15. MARINER, Tommy, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería, 3º edición. Mosby/Dogma Libros, Madrid, España. 1994.
16. MARINER, Tommy, Ann. Administración y Liderazgo en Enfermería, 5º edición. Mosby/Dogma Libros, Madrid, España.523 págs.
17. OCEANO, MOSBY. Diccionario de Medicina ,1568págs.
18. Alfaro-Lefevre, Rosalinda. Aplicación del proceso de enfermería, guía práctica. Tercera edición. Madrid. Editorial Mosby / Doyma. 1996.
19. Banner, P. Práctica progresiva en enfermería. México, D.F. Editorial Grijalva. 1987.
20. Cruz-Corona, V. Calidad de la enseñanza en el posgrado y su acreditación internacional. Asociación Universitaria Iberoamericana de posgrado, España. 2003.

21. Enfermeras universitarias al servicio de la comunidad. Revista UNAM-HOY, año 3, No. 12, mayo-junio de 1994. UNAM. pp. 55-60.
22. Iyer, P. Proceso y diagnóstico de enfermería. Tercera edición. México. Editorial Interamericana McGraw-Hill. 1997
23. M.Schwirian, RN, PhD Patricia. Chapter 1: Professions and the Professionalization of Nursing. A Works in Procees. Estados Unidos Lippincot. Tercera edición. 1998. pp.3-30. Traducido por Lic. Virginia López Casados.
24. Ministerio de Sanidad y Consumo 20934 Real Decreto 1231/2001, de 8 de noviembre, por el que se aprueban los Estatutos generales de la Organización Colegial de Enfermería de España, del Consejo General y de Ordenación de la actividad profesional de enfermería.
25. Reunión Regional de los Observatorios de Recursos Humanos en Salud. Llamado de Acción de Toronto. 2006-2015, Hacia una década de recursos humanos en salud para las Américas. Organización Panamericana de la Salud. Ontario, Canadá. 4-7 de octubre 2005.
26. Subsecretaría de Innovación y Calidad, Comisión Interinstitucional de Enfermería. Perfiles de Enfermería. Secretaría de Salud. México. 2005. pp. 9-18.
27. Zulay Contreras, M. Ensayo. Desarrollo e implementación de la gestión clínica de profesionales en enfermería. ISSN 1409-1992/2005/26/1/5-12, Colegio de Enfermeras de Costa Rica. Costa Rica. 2005. pp.3.

Referencias electrónicas.

28. <http://www.ceneval.edu.mx/>.
29. <http://www.ocenf.org/HUELVA/codigodeontologico.html>.
30. <http://www.salud.gob.mx/unidades/cie>.



DEPARTAMENTO DE PLANIFICACIÓN ESTRATÉGICA EN SALUD
SECCIÓN REGULACIÓN TÉCNICA EN SALUD.
ENERO 2017