

INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL
COORDINACION DE NORMAS Y PROGRAMAS DE
ENFERMERIA DE IPS

ELABORADO POR:

DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE ENFERMERIA
HOSPITAL CENTRAL

VALIDADO POR:

DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE ENFERMERIA
AREA CENTRAL

DEPARTAMENTO DE COORDINACION DE ENFERMERIA
AREA INTERIOR

MANUAL DE PROTOCOLOS
Y PROCEDIMIENTOS
GENERALES DE
ENFERMERIA

JULIO/2012

COORDINACION CIENTIFICA DPTO DE COORD. DE ENFERMERIA HC

- Lic. Mirtha de Jesús Alfonso.

SUPERVISION DE EDUCACION DE ENFERMERIA

- Lic. Maria Ester Varela

COMITÉ CIENTIFICO Y DE REDACCION

- Lic. Cristina Olivero
- Lic. Maribel Mareco

COLABORADORES

- Lic. Marina Vera de Corbalan
- Lic. Gloria Leiva de Aquino
- Lic. Celina Rolon

RESPONSABLE:

- Lic. Gladis González de Paredes
- Jefa de Normas y Programas de Enfermería IPS

REVISADO POR

- Coordinación de Prevención y Control de Infecciones Asociadas a la Atención de la Salud
- Departamento de Fiscalización de la Gestión Medica

Esta edición del Manual de Protocolos y Procedimientos de Enfermería representa la consolidación de un estilo y de un instrumento de trabajo del I.P.S.

INDICE

1. INGRESO, TRASLADOS Y ALTAS	6
1.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL USUARIO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN	6
1.2. VALORACION DE ENFERMERIA	7
1.2.1. TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL USUARIO	7
1.2.2. TRASLADO DEL USUARIO A ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DIAGNOSTICOS	8
1.2.3. TRASLADO DEL USUARIO A OTRO CENTRO HOSPITALARIO	8
1.2.4. RECEPCION DEL USUARIO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS	10
1.3. ALTA DEL USUARIO	10
1.3.1. ALTA VOLUNTARIA	11
1.4. CUIDADOS POST-MORTEM	11
2. HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL	13
2.1. HIGIENE DEL USUARIO ENCAMADO	13
2.1.1. HIGIENE GENITAL MASCULINO	14
2.1.2. HIGIENE GENITAL FEMENINO	14
2.1.3. LAVADO DE CABEZA	14
2.1.4. HIGIENE Y CUIDADO BUCAL	15
2.2. HIGIENE Y DESINFECCION DE LA UNIDAD	16
2.3. LIMPIEZA Y DESINFECCION DEL COMANDO DE ENFERMERIA	17
2.4. LIMPIEZA Y DESINFECCION DE EQUIPOS	17
3. ALIMENTACION E HIDRATACION	18
3.1. ALIMENTACION ORAL-CUIDADOS BASICOS	18
3.2. ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA NASO GASTRICA	18
3.3. ALIMENTACION ENTERAL POR GASTROSTOMIA Y YEYUNOSTOMIA	19
3.4. NUTRICION PARENTERAL	20
3.5. SONDAJE NASOGASTRICO	21
4. OXIGENACION	23
4.1. NORMAS GENERALES EN EL MANEJO DE LA OXIGENOTERAPIA	23
4.1.1. ADMINSTRACION DE OXIGENO MEDIANTE MASCARILLA	24
4.1.2. ADMINSTRACION DE OXIGENO MEDIANTE CANULAS NASALES	25
4.1.3. ADMINSTRACION DE OXIGENO A TRAVES DE TRAQUEOSTOMIA	25
4.2. CUIDADOS RESPIRATORIOS	26
4.2.1. TOS ASISTIDA	26
4.2.2. DRENAJE POSTURAL	27

4.2.3. ESPIROMETRO INCENTIVA.....	28
4.3. ASPIRACION DE SECRECIONES OROFARINGEAS Y NASOFARINGEAS.....	29
4.4. ASPIRACION DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMIA	31
4.5. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA TRAQUEOSTOMIA	33
5. PROCEDIMIENTOS DE ELIMINACION	35
5.1. MEDICION DE LA DIURESIS	35
5.2. COLOCACION Y RETIRADA DEL ORINAL MASCULINO	35
5.3. COLOCACION Y RETIRADA DEL ORINAL FEMENINO.....	36
5.4. SONDAJE VESICAL MASCULINO	37
5.5. SONDAJE VESICAL FEMENINO.....	39
5.6. SONDAJE VESICAL EVACUADOR MASCULINO	41
5.7. SONDAJE VESICAL EVACUADOR FEMENINO.....	43
5.8. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL	45
5.9. SONDAJE RECTAL	47
5.10. ENEMA EVACUADOR	48
5.11. EXTRACCION DE FECALOMAS	49
5.12.CUIDADOS DE OSTOMIAS.....	50
5.13. DRENAJE PLEURAL	51
5.15. RETIRADA DEL TUBO PLEURAL	53
6. MOVILIZACION.....	54
6.1. POSICION DECUBITO LATERAL (DERECHO/IZQUIERDO)	54
6.2. POSICION DECUBITO PRONO.....	55
6.3. POSICION DE FOWLER.....	56
6.4. POSICION DE TRENDELEMBURG	56
7. SEGURIDAD DEL USUARIO	57
7.1. PROTOCOLO 1: IDENTIFICACION CORRECTA DE LOS USUARIOS	57
7.2. PROTOCOLO 2: PREVENCION DE ULCERA POR PRESION.....	57
7.3. PROTOCOLO 3: PREVENCION DE ERRORES EN LA MEDICACION	57
7.4. PROTOCOLO 4: IDENTIFICACION Y MANEJO DE DROGAS DE ALTO RIESGO	57
7.5. PROTOCOLO 5: TRASPASOS DE USUARIOS (COMUNICACION EFECTIVA).....	57
7.6. PROTOCOLO 6: TRASCRIPTACION DE LA INDICACION MEDICA.....	57
7.7. PROTOCOLO 7: ATENCION LIMPIA SIN INFECCIONES.....	57
7.8. PROTOCOLO 8: PREVENCION DE CAIDAS EN HOSPITALIZACIONES	57
7.9. PROTOCOLO 9: TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE USUARIOS.....	57
8. REQUERIMIENTOS DIAGNOSTICOS	58

8.1. TOMA DE FRECUENCIA CARDIACA RADIAL	58
8.2. PRESION ARTERIAL	59
8.3. TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA.....	59
8.4. TOMA DE TEMPERATURA AXILAR.....	60
8.5. PRESION VENOSA CENTRAL (PVC)	61
8.6. GLUCEMIA BASAL (HEMOGLUCOTEST).....	61
8.7. OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA ANALISIS	62
8.8. OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA CULTIVO-MUESTRAS DEL TRACTO URINARIO	62
8.9. OBTENCION DE ORINA PARA UROCULTIVO EN EL USUARIO CON SONDA VESICAL.....	63
8.10. RECOGIDA DE ORINA DE 24 HORAS	63
8.11. RECOGIDA DE MUESTRAS PARA COPROCULTIVO	64
8.12. REALIZACION DE ELECTROCARDIOGRAMA	65
8.13. PUNCION LUMBAR	66
8.14. EXTRACCION DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO.....	67
9. REQUERIMIENTOS TERAPEUTICOS.....	69
9.1. INSTALACION DE CATETER PERIFERICO.....	69
9.2. CAMBIO O REEMPLAZO DE CATETER VASCULAR	70
9.3. PREPARACION DE SOLUCIONES PARENTERALES	71
9.4. TRANSCRIPCION SANGUINEA Y HEMODERIVADOS	72
9.5. INSERCIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL.....	73
9.6. CURACION DE HERIDAS.....	74
9.7. ADMINISTRACION DE MEDICACION INTRAMUSCULAR.....	75
9.8. ADMINISTRACION DE MEDICACION SUBCUTANEA	75
9.9. ADMINISTRACION DE MEDICACION EN BOLO	76
9.10. ADMINISTRACION DE MEDICACION ORAL	77
9.11. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA RECTAL.....	78
9.12. ADMINISTRACION DE MEDICACION VIA OTICA.....	78
9.13. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR INHALACION	79
9.14. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA TOPICA.....	79
10. OTROS CUIDADOS	81
10.1. RCP BASICO	81
10.2. CARRO DE EMERGENCIAS	84
BIBLIOGRAFIA.....	86

1. INGRESO, TRASLADOS Y ALTAS

1.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL USUARIO EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

• **Definición:** Acogida del usuario y su familia en una unidad de hospitalización.

• **Objetivos:**

- Lograr la integración del usuario y familia en la unidad de enfermería para recuperar su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado y humano.

- Reducir la ansiedad del usuario y familia, proporcionándole seguridad y ambiente terapéutico.

- Proporcionar la información necesaria por el usuario y su familia normas institucionales y del servicio (Trípticos, charlas, entrevistas)

- Establecer las intervenciones **de las** enfermeras en base a la detección de los problemas y necesidades del usuario para la planificación de los cuidados de enfermería.

- Valorar el estado del usuario al ingreso.

• **Equipo:**

- Material de higiene.

- Dispositivos de ayuda a la eliminación: orinal masculino o femenino.

- Lencería de hospital.

- Habitación asignada limpia y preparada (cama, mesita, silla/sillón y armario)

• **Material:**

- Utensilios personales: utensilios de higiene y alimentación.

- Hoja de valoración de enfermería.

- Documentación clínica.

• **Procedimiento:**

- Acomodar al usuario y familia en la habitación.

- La enfermera recibirá al usuario, presentándose ella y al resto del equipo. Presentar al compañero de habitación si su estado lo permite.

- El usuario tendrá asignado una enfermera responsable de sus cuidados.

- El usuario llegará con la historia clínica. La enfermera comprobará datos y contenido de la misma (órdenes médicas, restricciones, pruebas diagnósticas, **tipos de precauciones para prevenir infecciones** etc.)

- Realizar valoración de enfermería al ingreso y registrarlo.

Solicitar al usuario una lista de los medicamentos que toma diariamente, con sus dosis y horarios habituales (Reconciliación de la medicación)

- Indagar sobre las costumbres y creencias del usuario

Preguntar al usuario, de internaciones anteriores en los últimos 6 meses en la Institución o en cualquier Institución Pública o privada de manera a poner en práctica algunos protocolos de control de infecciones.

- Identificar posibles alergias

- Elaborar el proceso de atención de Enfermería.

- Verificar la medicación prescrita y cumplir las indicaciones médicas.

- Facilitar información requerida por el usuario y familia.

- Proporcionar al usuario lencerías de camas.
- Realizar los procedimientos de higiene.
- Colocar al usuario la pulsera de identificación. Explicar el motivo y modo de utilización por el personal
- Asegurarse antes de salir de la habitación de que el usuario no necesita nada y que se encuentra cómodo.
- Registrar en hoja de enfermería este procedimiento.

• **Observaciones:**

Se pueden presentar 3 tipos de ingreso:

- Urgente: proviene del servicio de urgencias.
- Programado: proviene del servicio de admisión.
- Traslado intrahospitalario: procedente de otra unidad de hospitalización.
- Proporcionar un clima de aceptación y acogida.
- Evitar interrumpir al usuario cuando esté hablando.
- Dirigirse al usuario por su nombre, indicando el nuestro.
- Adaptar nuestro lenguaje al nivel de comprensión del usuario y familia.
- Observar conductas no verbales del usuario y familia.

1.2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA

1.2.1. *TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL USUARIO*

• **Definición:**

Ubicar al usuario en otra unidad del hospital diferente a la actual.

• **Objetivo:**

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería al usuario durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el usuario.

• **Equipo:**

- Medio de transporte adecuado: silla de ruedas, cama, camilla, cuna, incubadora, etc.

• **Material:**

- Resumen de traslado.
- Historia clínica.
- Bolsa con los enseres personales.
- Medicación.

• **Procedimiento:**

- Comprobar la identidad del usuario a trasladar.
- Informar al usuario y familia la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación garantizándoles la continuidad de los cuidados.
- Valorar estado general del usuario para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- Llamar al lugar de recepción para comprobar que todo esté preparado para recibirle. En caso de que el usuario deba cumplir con algunas precauciones de aislamiento por estar infectado o colonizado por algún germen bacteriano Ej. Bacterias multiresistentes debe comentar de esta condición a la

sala donde se trasladara de manera a seguir con las mismas precauciones de aislamiento de la sala de donde procede.

- Comprobar el buen estado del sitio de la hidratación, cerrar sondajes, drenajes y el confort del usuario
- Preparar la medicación necesaria ante el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería las pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados, así como la evaluación del plan de cuidados ejecutado y los problemas de enfermería en curso y todo lo realizado.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del usuario.
- Higiene y Cambio de ropa del usuario para el traslado
- Se trasladará al usuario acompañado de personal de enfermería si precisa.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el usuario. Limpieza de unidad.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

• **Observaciones:**

- Controlar en el traslado: las medidas de seguridad, **cuidar el pudor** y la comodidad del usuario, la vestimenta adecuada y los dispositivos terapéuticos.
- Las posibles complicaciones que pueden presentarse son: enfriamiento, pérdida de intimidad, caídas accidentales, movilización de los drenajes, sondas y catéteres y dolor por movilización.

1.2.2. TRASLADO DEL USUARIO A ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DIAGNOSTICOS

• **Definición:**

Enviar al usuario a otro servicio u otro centro sanitario donde se le realizarán pruebas complementarias o diagnosticas.

• **Objetivo:**

Realizar el traslado del usuario para la ejecución de las pruebas complementarias o diagnosticas, en condiciones de seguridad y comodidad evitando complicaciones.

• **Equipo:**

- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora, etc.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

• **Material:**

- Orden para la prueba solicitada.
- Historia clínica del usuario.
- Pedido de ambulancia, si precisa.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.
- Ropa limpia para el usuario y cuidar el pudor del paciente cubriendo sus zonas íntimas.
- Tarjeta de aislamiento si lo precisa

- **Procedimiento:**

- Verificar los datos de identificación del usuario con los de la prueba solicitada.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Informar usuario y familia.
- Solicitar la colaboración del usuario.
- Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba.
- Comprobar la correcta preparación del confort del usuario.
- Preparar al usuario para su traslado: revisar sueros y garantizar su ritmo de perfusión, posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si es necesario.
- Adjuntar documentación según protocolo de la prueba.
- Se trasladará al usuario acompañado por el personal de enfermería, si precisa., previa confirmación con el servicio para evitar esperas innecesarias
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora y respuesta del usuario .

1.2. 3. TRASLADO DEL USUARIO A OTRO CENTRO HOSPITALARIO

- **Definición:**

Enviar al usuario desde su lugar original a otro centro hospitalario.

- **Objetivo:**

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el usuario.

- **Equipo:**

- Medio de transporte adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.), hasta el vehículo de traslado.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

- **Material:**

- Orden de ambulancia.
- Elementos personales del usuario.
- Informe médico y de enfermería del traslado.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.
- Ropa limpia para el usuario
- Tarjeta de aislamiento que precisa

- **Procedimiento:**

- Comprobar la identidad del usuario a trasladar.
- El médico informará al usuario y familia sobre la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación, garantizándoles la continuidad de los cuidados.
- Solicitar la ambulancia, si precisa.
- Valorar estado general del usuario para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.

- Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del usuario.
- Preparar medicación necesaria para el traslado.
- Disponer de la historia clínica y anotar en los registros de enfermería todo el procedimiento.
- Entregar el informe de enfermería e historia Clínica al personal que acompaña al traslado.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del usuario.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el usuario. Limpieza de unidad
- **Observaciones:**
 - Controlar en el traslado: las medidas de seguridad, la comodidad del usuario, la vestimenta adecuada y los dispositivos terapéuticos.
 - Las posibles complicaciones que pueden presentarse son: enfriamiento, pérdida de intimidad, caídas accidentales, movilización de los drenajes, sondas y catéteres y dolor por movilización.

1.2.4. RECEPCIÓN DEL USUARIO DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- **Definición:**

Acogida que realiza la enfermera al recibir al usuario tras pruebas Complementarias, para valorar su estado general.
- **Objetivo:**

Recibir al usuario garantizando la continuidad de los cuidados.
- **Equipo:**

Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.
- **Material:**
 - Historia clínica completa del usuario.
 - Material oxigenoterapia, sueroterapia, aspiración, drenaje, si precisa.
 - Registros de enfermería.
- **Procedimiento:**
 - La enfermera responsable de los cuidados recibirá al usuario.
 - Verificar datos de identificación del usuario.
 - Acompañar al usuario hasta la habitación.
 - Disponer de soportes, conexiones, etc. para los dispositivos y elementos terapéuticos, revisar sueros, catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si precisa.
 - Comprobar las condiciones de los catéteres, drenajes, apósitos, etc.
 - Revisar historia clínica ajustando tratamientos y cuidados.
 - Realizar valoración del usuario comparándola con la del ingreso para adecuar los cuidados a la situación actual.
 - Controlar, medir y anotar el débito de los drenajes, si los hubiera.
 - Si las condiciones del usuario lo permite facilitar el acceso moderado de los familiares.

- Registrar en la hoja de enfermería la **condición** situación actual del usuario.
- Si se trata de un paciente colonizado o infectado, recibirlo con las barreras de protección correspondiente.

1.3. ALTA DEL USUARIO

• **Definición:**

Finalización de la estancia del usuario y su familia en un centro hospitalario.

• **Objetivos:**

- Asegurarse que el usuario y familia poseen los conocimientos y habilidades para el auto cuidado y que pueden controlar la situación en el domicilio (tratamiento farmacológico, dieta, controles, cuidados especiales).

• **Equipo:**

- Medio de transporte adecuado a las necesidades del usuario (silla de ruedas, camilla, etc.), si precisa, hasta el vehículo de traslado.

• **Material:**

- Informe médico y de enfermería al alta.
- Medicación
- Pedido de ambulancia, si precisa.

• **Procedimiento:**

- Valoración de necesidades de cuidados de enfermería.
- Preparación del alta del usuario.
- El médico Informará al usuario y familia con suficiente antelación del alta, el día previsto y la hora.

-Si es portador de una bacteria multiresistente deberá orientar a la familia sobre medidas de higiene a ser tenidas en cuenta.

- Orientar al familiar para trámite de ambulancia si el estado del usuario lo precisa.

- Registro, documentación e informe de enfermería al alta.

- Asegurarse que el usuario ha comprendido todas las recomendaciones e instrucciones.

- Traslado del usuario según el medio de transporte que necesite
- Recogida de los materiales y equipos biomédicos y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza para preparar la habitación para nuevo ingreso. Limpieza terminal en caso de paciente infectado o colonizado

1.3.1. *ALTA VOLUNTARIA*

- Cerciorarse que el usuario comprende los riesgos de la decisión y que firme el consentimiento informado. Si no quiere firmar se deja reflejado en la historia. Esto no puede darse o es voluntario el retiro o se escapa sin aviso, pero debe firmar

- Si es menor o incapaz firma su tutor o familiar responsable No pueden firmar el alta voluntaria personas sin capacidad jurídica. Firman sus tutores.
- Si el ingreso es judicial, el alta la da el juez. la da el medico quizás firma también el juez esto no se bien.

1.4. CUIDADOS POST-MORTEM

- **Definición:**

Atención del cuerpo fallecido de una persona en un hospital.

- **Objetivos:**

- Garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia.
- Ayudar a los familiares en los primeros momentos a afrontar el proceso de muerte, para poder desarrollar un duelo funcional.
- Preparar el cadáver para su traslado a la morgue.

- **Equipo:**

- Equipo de lencerías de camas
- Carro de curación.

- **Material:**

- Equipos de higiene.
- Guantes.
- Mascarilla.
- Pulseras identificativas del usuario.

- **Procedimiento:**

- La persona responsable de todas las intervenciones será la enfermera a cargo del usuario en el momento de la defunción.
- Comenzar los cuidados post-mortem después de la confirmación médica.
- El médico Informará cuanto antes a la familia, verificando previamente su identificación y parentesco.
- Consultar a la familia sus creencias y prácticas religiosas habituales y actuar en consecuencia.
- Preservar la intimidad de la familia:

* Separar del compañero de habitación con cortina o biombo.

* Permitir a la familia permanecer con el fallecido lo necesario.

* Si el fallecido está sólo, recoger las pertenencias en una bolsa y avisar a la familia.

* Mantener un ambiente tranquilo y permitir la expresión de sentimientos.

- Garantizar una imagen limpia y aseada del fallecido:
- Desconectar y retirar todos los equipos.
- Higiene del fallecido según precise. No taponar los orificios.
- Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios.
- Cerrar ojos y mantener mandíbula cerrada.
- Colocar prótesis si es posible.
- Mantener una posición digna del fallecido.
- Envolver en una sábana

- Mantener el cuerpo alineado.
 - Poner etiqueta identificativa.
 - Orientar a familiares sobre los trámites necesarios.
 - El certificado de defunción será confeccionado por el médico de guardia.
 - Retirar los materiales y equipos biomédicos y avisar al servicio de limpieza
- La enfermera registrará en la evolución de enfermería: últimas medidas realizadas, reanimación etc para evitar la muerte no, causa del fallecimiento, hora y fecha.

2- HIGIENE Y CUIDADOS DE LA PIEL

2.1. HIGIENE DEL USUARIO ENCAMADO

• **Definición:**

Aseo del usuario que no puede levantarse de la cama.

• **Objetivos:**

- Higiene.
- Protección de la piel.
- Activación de la circulación.
- Confort.

• **Material:**

- Palanganas con agua caliente ($\pm 37^{\circ} \text{C}$):
- Esponjilla jabonosa.
- Crema hidratante.
- Colonia.
- Una toalla de baño y otra para la cara.
- Ropa de cama.
- Pijama o camisón.
- Peine.
- Bata

• **Procedimiento:**

- Informe al usuario, si está consciente, y colóquelo en la postura adecuada, dependiendo de la patología.
 - Seguidamente, desnúdele y cúbralo parcialmente con una sábana.
 - Comience lavando con agua la cara, a continuación con agua y jabón líquido el cuello, orejas, brazos y axilas, por este orden.
 - Acerque la palangana al borde de la cama y permita que el usuario se lave las manos.
 - En las mujeres, incida de manera especial en la zona submamaria.
 - Hay que atender de manera especial a los espacios inguinales, interdigitales y zona digital.
 - Vuelva al usuario de lado y lave la parte posterior del cuello, hombros, espalda, muslos y nalgas.
 - Enjuague y seque perfectamente la piel.
 - Frote la espalda con loción o crema hidratante.
 - Ponga colonia y peine al usuario.
 - Vista al usuario con el pijama o camisón.
- **Observaciones:**
- Fatigar lo menos posible al usuario.
 - Comprobar la temperatura del agua.
 - Cierre puertas y ventanas, usar biombos o separadores.
 - Respetar, en todo lo posible, la intimidad del usuario.
 - Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
 - Registre todo el procedimiento y las observaciones encontradas.

2.1.1. HIGIENE GENITAL MASCULINO

- **Definición:**

Higiene de los genitales masculinos.

- **Procedimiento:**

- Coloque al usuario en decúbito supino.
- Coloque la palangana con agua tibia.
- Lave los genitales externos, pene y testículos.
- Baje el prepucio y lave el glande.
- Seque suavemente y suba de nuevo el prepucio, para evitar edema de glande.

- **Observaciones:**

- Evitar el edema de glande.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del usuario.
- Evitar la humedad en la zona genital.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Registre las incidencias si ha observado cualquier alteración de piel o mucosas.

2.1.2. HIGIENE GENITAL FEMENINO

- **Definición:**

Higiene de los genitales femeninos.

- **Objetivos:**

- Higiene de los genitales.
- Evitar infecciones urinarias.
- Evitar ulceraciones.

2.1.3. LAVADO DE CABEZA

- **Definición:**

Aseo del cabello del usuario encamado que no puede hacerlo por sí mismo.

- **Objetivos:**

- Higiene de la cabeza.
- Prevención de parásitos.

- **Material:**

- Jarras con agua caliente ($\pm 37^{\circ}\text{C}$).
- Champú PH neutro o de tratamiento.
- Palangana
- Toallas
- Peine
- Secador pelo
- Bolitas de algodón

- **Procedimiento:**

- Póngase una bata.

- Pida al usuario, si es posible, su colaboración.
 - Retire el cabezal de la cama.
 - Coloque la palangana sobre una silla en el lateral.
 - desnude al usuario de cintura para arriba y cúbralo con una toalla.
 - Póngale las torundas de algodón en los oídos.
 - Vierta poco a poco agua en la cabeza.
 - Ponga el champú y friccione bien el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
 - Enjuague y escurra el pelo y vuelva a repetir la operación de lavado.
 - Seque el pelo con la toalla.
 - Peine el cabello.
 - Séquelo con el secador de pelo si es posible.
- **Observaciones:**
 - Evite que se moje la cama.
 - No fatigar al usuario.
 - Comprobar la temperatura del agua.
 - Respetar, en todo lo posible, la intimidad del usuario.
 - Cierre puertas y ventanas.
 - Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- **Registros:**
 - Registre las incidencias ¿??y si ha observado alguna alteración en el cuero cabelludo.

2.1.4. HIGIENE Y CUIDADO BUCAL

- **Definición:**

Higiene de la cavidad bucal.
- **Objetivos:**
 - Evitar y prevenir infecciones.
 - Mantener la boca limpia.
 - Evitar la sequedad y grietas de los labios y la lengua.
- **Material:**
 - Toalla.
 - Guantes.
 - Palangana
 - Gasas estériles.
 - Pinza de Kocher o similar.
 - Antiséptico bucal.
 - Vaselina.
 - Vaso para prótesis dentales.
- **Procedimiento:**
 - Humedezca las gasas con solución antiséptica bucal.
 - Limpie con ellas el interior de la boca: paladar, cara interna de los carrillos, encías, lengua y dientes; cambiando las gasas con frecuencia.
 - Seque la cara del usuario con una toalla.

- Póngale vaselina en los labios.
- **Observaciones:**
 - Evite dañar las mucosas y tejido gingival.
 - No provoque náuseas.
 - Deje al usuario en posición correcta.
 - Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- **Registros:**
 - Registre las incidencias si ha observado alguna anomalía en las mucosas.

2.2. HIGIENE Y DESINFECCIÓN DE LA UNIDAD^{1,2,3}

Higiene Hospitalaria:

reducción al máximo la carga microbiana de las superficies ambientales

- **Objetivo:**
 - Prevención y Control de infecciones
- **Material:**
 - 2 baldes
 - Detergente o jabón de coco
 - 2 Rejilla o trapos
 - **guantes gruesos de goma de uso domestico, limpio y seco.**
 - Esponja de metal
 - **Hipoclorito de sodio, a ser diluido según normas de la Institución**

La limpieza de la unidad incluye:

- Paredes
- Mampara
- Cama
- Colchones
- Piso
- **Observaciones:**

Deberá ser realizado por la asistente de limpieza

 - Monitor
 - mesas
 - colchones
 - atriles
 - Cilindro de oxígeno y aire
 - Saturo metro

¹ PROTOCOLO: Limpieza y desinfección hospitalaria. Pág. 65-70

MANUAL DE CONTROL DE INFECCION INSTITUTO DE PREVISION SOCIAL AÑO 2005

² NORMA DE PROCEDIMIENTOS Y METODOS DE ESTERILIZACION Y DESINFECCION IPS

Servicio de Infectología y Servicio de Esterilización Hospital Central Año 2006

³ LIMPIEZA, DESINFECCION Y ESTERILIZACION-Beatriz Tejerina Pacheco

- Porta sueros
- Cable de monitor
- Bomba de infusión
- Chatas, gallos
- Camas,

Deberá ser realizado por personal de enfermería.

AJUSTARA A LAS NORMAS INSTITUCIONALES

• **Procedimiento:**

- Limpiar primero las paredes con detergente, comenzando de arriba hacia abajo en forma descendente sin volver hacia arriba.
- De la misma forma las paredes y la mampara.
- Luego proceder a limpiar el colchón, 1ro. con detergente, enjuagar después , volver a enjuagar con la dilución de hipoclorito de sodio, dejar secar. - Usar virulana si fuese necesario.
- Limpiar la cama de la misma forma que el colchón.
- Limpiar el piso con Hipoclorito de Sodio diluido según protocolo de la institución.

• **Observaciones:**

- No utilizar hipoclorito de sodio mas de lo indicado. El exceso de Hipoclorito de Sodio produce irritación de los ojos, cefaleas, nauseas, vómitos tanto al personal que limpia como a los demás.
- A mayor concentración de Hipoclorito de Sodio no se consigue mayor desinfección. Es un gasto innecesario.

2.3. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL COMANDO La mesada donde se preparan los medicamentos y el escritorio debe ser limpiada con detergente y luego con dilución de Hipoclorito de Sodio o Alcohol al 70%.

Realizar la limpieza una vez en cada turno y antes de entregar la guardia.

2.4. LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DE EQUIPOS

Todos los equipos biomédicos deben ser procesados según el protocolo de Control de infecciones. .

3- ALIMENTACIÓN E HIDRATACION

3.1. ALIMENTACION ORAL - CUIDADOS BÁSICOS

• **Definición:**

Preparación y ayuda del usuario para su alimentación.

• **Objetivo:**

Proporcionar al usuario la dieta prescrita y conseguir un buen estado nutricional

• **Material:**

- Bandeja de comida
- Mesa para alimento
- Material para lavado de manos e higiene de la boca.

• **Procedimiento:**

- Coloque al usuario en posición cómoda para comer.
- Proporciónese el material para el lavado de manos.
- Mantenga una buena iluminación en la habitación.
- Revise la bandeja de comida y compruebe que la dieta recibida coincide con la solicitada.

- Ayude al usuario a comer.
- Una vez finalizada la comida, compruebe lo que ha comido el usuario.
- Retire la bandeja.
- Proporciónese el material necesario para el lavado de manos y la higiene bucal.
- Coloque al usuario en posición cómoda.

• **Observaciones:**

- Verifique que la dieta servida coincide con la prescrita.
- Revise que la bandeja está completa.

- **Procure el tiempo necesario para la ingesta de alimentos.**

-En caso de paciente infectado o colonizado por GMR cumplir normas de la Institución

• **Registros:**

- Indique cualquier **incidente** ocurrido, si el usuario no ha comido o ha comido mal y por qué.

3.2. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA NASO GÁSTRICA

• **Definición:**

Es la técnica que nos permitirá la nutrición e hidratación del usuario, además de la administración de medicación por vía oral.

• **Objetivo:**

Nutrir e hidratar al usuario que no puede hacerlo por vía oral.

• **Material:**

- Bolsa o jeringa de alimentación.

- Vaso con agua.
- Servilleta desechable.
- Guantes desechables.

• **Procedimiento:**

- Lávese las manos y colóquese los guantes desechables.
- Informe al usuario del procedimiento.
- Coloque al usuario en posición sentado.
- Retirar el tapón.
- Conectar la jeringa vacía a la sonda.
- Aspirar comprobando si hay residuo
- Si no hay residuo, administrar la dieta muy lentamente o por medio de goteo al ritmo indicado
- Una vez introducida la dieta, administrar agua para el lavado.
- Tapar la sonda
- Retire el tapón de la sonda
- Conecte la jeringa vacía, y aspire la sonda, comprobando la ubicación y midiendo el residuo.
- Conecte la bolsa o jeringa con la dieta.
- Introduzca el alimento lentamente, si es por jeringa o gradúe el ritmo de goteo, si es por bolsa.
- Al término de la alimentación lavar la sonda con agua y volver a tapar.

• **Observaciones:**

- Antes de administrar la alimentación, compruebe la correcta colocación de la sonda.
- Mantenga al usuario sentado o incorporado en la cama hasta una hora después de la administración de la dieta.
- Administre la dieta lentamente para evitar intolerancias y diarrea.
- Evite la existencia de grumos en la dieta y la introducción de aire.
- Administre la dieta a temperatura ambiente.
- Suspenda la administración si hay náuseas y vómitos.

• **Registros:**

Anote tipo de dieta administrada y cantidad de la misma, así como cualquier tipo de incidencia ocurrida durante su administración

3.3. ALIMENTACION ENTERAL POR GASTROSTOMIA Y YEYUNOSTOMÍA

• **Definición:**

Nutrición e hidratación del usuario por vía gástrica o intestinal directa

• **Objetivo:**

Proporcionar los nutrientes necesarios en usuario que no puede ser alimentado por vía oral, accediendo por vía gástrica o intestinal directa.

• **Material:**

- Sonda de alimentación enteral
- Bomba de perfusión
- Dieta prescrita

- Jeringa de 50 c.c.
- Vaso con agua
- Informar al usuario del procedimiento
- Comprobar que la dieta corresponde a la prescripción
- Purgar el sistema y conectarlo a la bomba tras comprobar su correcto funcionamiento

• **Observaciones:**

- Si al aspirar se comprueba que existe residuo más del 50% de lo administrado, y volver a introducirlo, añadiendo de la nueva dieta hasta completar la cantidad prescrita.

• **Registros:**

- Anotar hora de administración, tipo de dieta, cantidad y si hay retención y cantidad

3.4. NUTRICION PARENTERAL

• **Definición:**

Es el procedimiento mediante el cual suministramos por vía intravenosa, sustancias nutrientes para lograr o mantener un buen estado metabólico y energético.

• **Objetivo:**

Nutrir e hidratar a un usuario que no puede hacerlo por otro sistema.

• **Material:**

- Material para la canalización de vía venosa
- Bolsa de nutrición parenteral
- Sistema de perfusión
- Filtro antibacteriano
- Bomba de perfusión
- Guantes, mascarilla, bata y campo estéril
- Gasas, esparadrapo hipo alérgico
- Antiséptico

• **Procedimiento:**

- Comprobar el funcionamiento correcto de la bomba de perfusión.
- Elegir el sistema adecuado a la bomba de perfusión que vayamos a utilizar.
- Proteger la bolsa de la luz, si no lo estuviera.
- Si no hay vía Central canalizada, solicitar la instalación de la vía correspondiente.
- Conectar el sistema a la bolsa de N.P. y purgarlo.
- Conectar al catéter del usuario
- Iniciar perfusión
- Aislar las conexiones con gasas estériles.
- Controlar el ritmo de la perfusión, el cual debe ser constante y continuo.
- En caso de interrupción, sustituir por glucosa 10% y comunicar al médico.

• **Observaciones:**

- Administración por prescripción médica
- Cambiar el sistema de perfusión cada 24h.
- Control de constantes vitales y determinaciones analíticas según prescripción médica.

- Mantener la N.P. en el refrigerador hasta su utilización
- Antes de su administración debe estar a temperatura ambiente.

- Mantener conectada a la red eléctrica la bomba de perfusión siempre que sea posible para que no se agoten las baterías. Mantener la individualidad de la vía del catéter que está siendo utilizado para nutrición parenteral, a excepción de los lípidos que se pueden conectar en Y con aguja a la línea principal, estos se deben administrar en 24 horas y desechar el equipo.)

Categoría II

-Reservar la vía distal para administrar la nutrición parenteral cuando se utiliza un catéter de dos o tres luces) *Categoría IB*

-No utilizar buretrol, ni equipos tipo multiuso, ni llaves de tres vías en la línea utilizada para administrar nutrición parenteral.(*Categoría II*

- No utilizar la luz del catéter de nutrición parenteral para la administración de medicamentos, **ni** realizar medidas de Presión Venosa Central o toma de muestras sanguíneas.

- Utilizar bomba de infusión para administrar la nutrición parenteral (aminoácidos y dextrosa), cambie los equipos cada 48 horas, en paciente pediátrico y neonatal cada 24 horas.) *Categoría II*

- Un frasco o bolsa de nutrición parenteral u otra solución no debe permanecer instalado por más de 24 horas. Mantener refrigerada a 4°C la mezcla que no se esté administrando. Retirla del refrigerador 15 minutos antes de su infusión. *Categoría II*

- No reinstalar una solución que haya sido discontinuada o retirada. *Categoría II*

- Retirar el catéter utilizado para administrar nutrición parenteral sólo por orden del Servicio de Soporte Metabólico y Nutricional

- Observar la mezcla parenteral que se está administrando en busca de precipitaciones y turbidez

• **Registros:**

- Anotar fecha y hora del comienzo de la perfusión y finalización de la misma.
- Indicar ritmo de la perfusión en la hoja de registro de enfermería

3.5. SONDAJE NASOGASTRICO

• **Definición:**

Es el procedimiento mediante el cual introducimos una sonda a través del orificio nasal, hasta el estómago.

• **Objetivo:**

- Eliminación de secreciones gástricas.
- Eliminación de gas acumulado.
- Administración de medicación.
- Nutrición del usuario.

• **Material:**

- Sonda nasogástrica adecuada.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes desechables.
- Jeringa de alimentación.
- Cinta adhesiva antialérgico o sistema de fijación prefabricado.
- Gasas.
- Bolsa colectora.
- Tapón de sonda.
- Estetoscopio.

• **Procedimiento:**

- El material específico dependerá de la necesidad del sondaje.
- Debemos asegurar que la totalidad del material se lleve en el carro o bandeja auxiliar
- Sitúese a la derecha del usuario si se es diestro.
- Identifique al usuario.
- Explíquelo como puede colaborar.
- Coloque al usuario en decúbito supino, recostado en la cama y ésta en un ángulo de 45°.
- Mida la distancia de la porción de la sonda que será introducida, extendiéndola desde la punta de la nariz del usuario hacia el lóbulo de la oreja y de ahí hacia la parte baja del esternón.
- Marque la sonda.

- Introduzca la sonda por uno de los orificios nasales.
- Progrese lentamente la sonda.
- Verifique que la sonda se encuentra en cavidad faríngea y no enrollada en la boca.
- A partir de este momento, pida al usuario su colaboración deglutindo saliva o bien un sorbo de agua, así irá conduciendo el trayecto de la sonda.
- Deje de introducir la sonda al llegar a la señal establecida.
- Inyectar 20 cc de aire por la sonda, al mismo tiempo que se ausculta el epigastrio, si la sonda está correctamente colocada, oiremos un ruido característico.
- Fije la sonda con cinta adhesiva antialérgico a la nariz de forma longitudinal para evitar escoriaciones o use algún sistema prefabricado para tal fin.
- Coloque bolsa, aspiración o tapón en la zona proximal, según el objetivo del procedimiento.

• **Observaciones:**

- Utilice la sonda adecuada para cada caso.
- No es necesario emplear una técnica estéril.
- Asegúrese de que el usuario no posee prótesis dentarias.
- En caso de que la sonda pasara a tráquea, el usuario tose y aparecen signos de hipoxia. Retire la sonda rápidamente.

• **Mantenimiento:**

- Limpieza diaria de la fosa nasal ocupada por la sonda con suero fisiológico.
- Cambie la fijación de la sonda tantas veces como sea necesario.
- Retire cada día unos cinco o seis centímetros la sonda y volver a introducirla para evitar posibles erosiones en la mucosa gástrica.
- Vigile la permeabilidad y limpieza de la sonda.
- Cambie la sonda cada ocho días como máximo (si la sonda es de silicona, se puede prolongar más días).
- Para evitar la entrada de aire al estómago, lo cual podría causar distensión, mantener tapado el extremo proximal de la sonda todo el tiempo, excepto al revisar la posición de la sonda, cuando alimento a través de ésta, o se efectúe irrigación. Registrar:
 - Hora de colocación de la sonda.
 - Modelo y calibre de la sonda.
 - Motivo del sondaje.
 - Aspecto y cantidad del contenido evacuado.

4- OXIGENACIÓN

4.1. NORMAS GENERALES EN EL MANEJO DE LA OXÍGENOTERAPIA

• **Definición:**

Uso terapéutico del oxígeno que realiza la enfermera para la correcta administración del mismo, a una concentración o presión mayor de la de la atmósfera ambiental, y el control de su eficacia.

• **Objetivo:**

- Administrar al usuario la concentración de oxígeno necesaria y prescrita para mejorar su estado respiratorio.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio.

• **Material:**

- Mascarilla de oxígeno de concentración variable.
- Cánulas nasales.
- Guantes no estériles.
- Humificador.
- Contar con material de aspiración de secreciones.
- Registros de enfermería.

• **Equipos:**

- Toma de oxígeno de pared o bala de oxígeno.
- Flujómetro.
- Tubo de oxígeno.
- Ver equipo del procedimiento de aspiración de secreciones.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario.
- Informar al usuario y familia de la necesidad de administrar oxígeno
- Conectar humidificador y comprobar el nivel de agua.
- Conectar el sistema a utilizar y comprobar que el oxígeno fluye.
- Ajustar la concentración de oxígeno prescrito.
- Colocar al usuario en la postura más adecuada, semi-fowler si es posible.
 - Colocarse los guantes desechables.
 - Aspirar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si precisa.
 - Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración de oxígeno prescrita y el cumplimiento de las medidas de seguridad (por ejemplo, no fumar...)
 - Comprobar la eficacia y efectividad de la oxigenoterapia, valorando color de piel y mucosas, frecuencia respiratoria y valores de la gasometría.
 - Vigilar la aparición de signos de toxicidad por oxígeno y de erosiones de la piel en las zonas de fricción de los dispositivos de oxígeno.
 - Mantener el dispositivo de aporte de oxígeno (mascarilla, gafas nasales, etc.) limpio.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora de inicio, volumen, incidencias y respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- En usuarios con obstrucción crónica del flujo aéreo es fundamental un sistema de oxígeno de flujo bajo.
- A flujos bajos de oxígeno (< 4lpm) es innecesaria la utilización de humidificadores.
- El control de saturación de oxígeno es una técnica útil para el control de la eficacia de la oxigenoterapia.
- El dispositivo de humidificación y de administración de oxígeno se ha de cambiar cada 24 horas.
- Vigilar que el usuario no se quite la mascarilla, gafas, etc. nada más que el tiempo necesario.
- Si el usuario puede deambular, facilitarle un prolongador.
- La eficacia de la administración de oxígeno debe valorarse más en cuanto al efecto sobre la oxigenación tisular, que en los valores de los gases arteriales.

4.1.1. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO MEDIANTE MASCARILLA

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de una mascarilla.

• **Objetivo:**

- Mejorar el estado respiratorio del usuario.
- Prevenir lesiones en el usuario debidas a un déficit ventilatorio.

• **Material:**

- Ver material del manejo de la oxigenoterapia
- Registros de enfermería.

• **Equipo:**

Ver equipo del manejo de la oxigenoterapia.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia.
- Elegir el tamaño correcto de mascarilla para el usuario.
- Poner la mascarilla sobre la nariz y boca del usuario, ajustarla evitando una presión excesiva.
- Evitar fugas de oxígeno hacia los ojos para evitar la posible aparición de conjuntivitis.
- Limpiar la mascarilla, con agua caliente jabonosa, enjuagar y secar las mascarillas, cada 24 hs o cuando precise.
- Secar la mascarilla con toallitas.
- Vigilar las áreas de presión (boca, pómulos y orejas). Evitar lesiones en la piel protegiendo con gasas las orejas.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, concentración de oxígeno, volumen, incidencias y respuesta del usuario.

4.1.2. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO MEDIANTE CÁNULAS NASALES

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de cánulas nasales.

• **Objetivo:**

- Mejorar el estado respiratorio del usuario.
- Prevenir lesiones en el usuario debidas a un déficit ventilatorio.

• **Equipo:**

Contar con el equipo adecuado del manejo de la oxigenoterapia.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia.
- Comprobar la salida de oxígeno por los orificio de las cánulas nasales
- Introducir las cánulas en los orificios nasales del usuario, ajustándolos y fijándolos de una forma cómoda.
- Comprobar que el usuario respire por la nariz y no por la boca.
- Evitar acodaduras que impidan el flujo de oxígeno.
- Vigilar las áreas de presión (orejas y nariz).
- Limpiar y humedecer la nariz del usuario, si precisa.
- Enseñar al usuario y familia a humedecer periódicamente la nariz.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- Con las cánulas nasales máximo se puede administrar 2lpm.

4.1.3. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO A TRAVÉS DE TRAQUEOSTOMÍA

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a un usuario con traqueostomía.

• **Objetivo:**

- Mejorar el estado respiratorio del usuario.
- Prevenir lesiones en el usuario debidas a un déficit ventilatorio.

• **Material:**

- Contar con material del manejo de la oxigenoterapia.
- Contar con material del procedimiento aspiración de secreciones.
- Conexión de oxígeno para traqueostomía.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia.
- Comprobar y ajustar la concentración de oxígeno.
- Aspirar las secreciones del usuario cuando precise.
- Ajustar la conexión a la traqueostomía.
- Conectar el flujo de oxígeno según prescripción médica.
- Limpiar la mascarilla de oxígeno de la traqueostomía.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del usuario.

4.2. CUIDADOS RESPIRATORIOS

• **Definición:**

Conjunto de medidas que adopta la enfermera para ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio. Estas medidas pueden ser: tos asistida, Espirómetros incentiva, drenaje postural, drenaje por percusión, drenaje por vibración y respiración diafragmática.

• **Objetivo:**

- Mantener permeables y libres de secreciones las vías respiratorias del usuario.
- Facilitar la expectoración.
- Prevenir infecciones respiratorias.
- Potenciar el uso de la musculatura respiratoria.
- Mejorar el bienestar y facilitar la respiración.
- Educar al usuario y familia sobre cómo movilizar y eliminar las secreciones

• **Procedimiento:**

- Definir un plan de ejercicios de fisioterapia respiratoria tras la valoración del usuario.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Informar al usuario y familia del procedimiento a seguir.
- Aplicar el plan de ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Observar la tolerancia del usuario a los ejercicios de fisioterapia respiratoria y su comodidad.
- Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos..
- Auscultar los segmentos pulmonares afectados para comprobar la efectividad de la técnica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- La fisioterapia respiratoria está contraindicada en: usuarios con cianosis o disnea producida por la fisioterapia, incremento del dolor o molestias, usuarios con hemorragia prolongada y tiempos de coagulación aumentados, obesidad y usuarios con predisposición a las fracturas patológicas.
- Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos, concurso de soplar pelotas de ping-pong, etc.)

4.2.1. TOS ASISTIDA

• **Definición:**

Ejercicios respiratorios que provocan el estímulo de la tos.

• **Objetivo:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio.

- Provocar la expectoración del usuario a través del estímulo de la tos.

- Educar al usuario y familia en la adquisición de habilidades para la realización de la técnica de tos asistida.

• **Material:**

- Toallitas de papel desechables.

- Bolsa de desechos.

- Registros de enfermería.

• **Equipo:**

- Una almohada.

• **Procedimiento:**

- Informar al usuario del procedimiento a seguir.

- Solicitar la colaboración del usuario y familia.

- Colocar al usuario en posición sentado y con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante, los hombros dirigidos hacia dentro y los brazos descansando sobre una almohada en el abdomen, si el estado general del usuario lo permite.

- Indicar al usuario que realice una inspiración profunda por la nariz, seguida de una espiración brusca por la boca.

- Repetir 3 veces y a la tercera deberá toser.

- Repetir de 3-6 veces todo el proceso hasta conseguir la estimulación de la tos y con ello la expectoración.

- Colocar al usuario en la posición más adecuada.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- Si el usuario está recién intervenido: inmovilizar la zona de la incisión antes de toser. Enseñar cómo debe colocar las manos por encima y por debajo de la incisión quirúrgica.

- Para favorecer la tos, administrar la analgesia prescrita antes de iniciar los ejercicios respiratorios.

- Tener en cuenta que disminuye el reflejo tusígeno si el usuario está en tratamiento con codeína.

- Aumentar la ingesta de líquidos para fluidificar las secreciones si no existe contraindicación.

4.2.2. DRENAJE POSTURAL

• **Definición:**

Movilización del usuario, programada y planificada según el segmento pulmonar a drenar.

• **Objetivo:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio.
- Favorecer que las secreciones pulmonares se drenen pasivamente hacia los bronquios principales y tráquea.
- Enseñar al usuario y familia las posiciones del drenaje postural.

• **Material:**

- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

• **Equipo:**

- Almohadas.

• **Procedimiento:**

- Informar al usuario del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del usuario y familia.
- Realizar previamente, el procedimiento de tos asistida.
- Colocar al usuario en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar, se debe colocar en la posición más alta con el bronquio principal a drenar lo más vertical posible.
- Mantener en la posición de 5-10 minutos.
- Aplicar los procedimientos de percusión o vibración, si las secreciones son muy espesas.
- Auscultar al usuario para comprobar el estado del segmento drenado.
- Realizar el procedimiento 2 veces al día.
- Colocar al usuario en la posición más adecuada.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- No realizar el drenaje postural tras las comidas.
- La posición de Trendelenburg está contraindicada en: HTA, insuficiencia cardíaca, arritmias, patología intracraneal y distensión abdominal.

4.2.3. ESPIRÓMETRO INCENTIVA

• **Definición:**

Dispositivo mecánico que ayuda al usuario a mantener el máximo esfuerzo inspiratorio.

Técnica que utiliza un incentivo visual (dos o tres bolas que se elevan cuando el usuario inspira o expira) que condiciona el logro de un esfuerzo inspiratorio máximo.

• **Objetivo:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio.
- Prevenir el desarrollo de atelectasias y neumonías.
- Mejorar la ventilación pulmonar.
- Educar al usuario y familia en la realización de los ejercicios respiratorios y a usar el inspirómetro.

• **Material:**

- Un Espirómetro.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del usuario.
- Informar al usuario del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del usuario y familia.
- Colocar al usuario en posición sentado o semi-fowler.
- Enseñar al usuario a usar el Espirómetro:
 - 1º Sujetar el Espirómetro verticalmente y Exhalar lentamente.
 - 2º Ponerse la pieza bucal en la boca, entre los dientes.
 - 3º Cerrar los labios alrededor de la pieza bucal.
 - 4º Inspirar sólo a través de la boca, inspiración lenta y profunda.(si tiene dificultad para respirar sólo por la boca, utilizar una pinza para la nariz)
 - 5º Contener la respiración 3-5 segundos.
 - 6º Conseguir que se eleve el marcador (bola) al inspirar y aguantar el máximo tiempo
 - 7º Retirar la pieza bucal y expulsar el aire por la boca o nariz lentamente.
- Repetir de 4-5 veces por hora, descansando las horas nocturnas.
- Incentivar la tos tras el uso del Espirómetro.
- Limpiar la boquilla con agua y dejar secar.
- Colocar al usuario en la posición más adecuada.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- El Espirómetro incentivado está contraindicado en: hemorragias pulmonares.
- Interrumpir el uso del inspirómetro, si aparece vértigo o mareo.

4.3. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARÍNGEAS Y NASOFARÍNGEAS

• **Definición:**

Extracción de secreciones de las vías respiratorias, cuando el enfermo no puede expulsarlas. por sí mismo, mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea. oral y traqueal del usuario.

• **Objetivo:**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del usuario.
- Conseguir la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria.
- Prevenir infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones.
- Facilitar la toma de muestras.

• **Material:**

- Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
- Recipiente para las secreciones.
- Guantes.
- Gasas.
- Mascarilla.
- Solución de lavado: agua l.
- Toallitas de papel desechables.
- Mascarilla de oxígeno.
- Lubricante estéril.
- Registros de enfermería.

• **Equipo:**

- Aspirador de vacío
- Contenedor con agua para limpieza de tubuladuras..
- Toma de oxígeno.
- Flujómetro
- Vacuómetro.
- Tubo conector.
- Resucitador manual.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Informar al usuario del procedimiento a seguir.
- Conectar el aspirador y el equipo de aspiración. Comprobar su correcto funcionamiento.
- Elegir calibre de la sonda adecuado. El diámetro ha de ser igual a la mitad de la vía aérea (adultos: 12-18 F; niños: 6-12 F y lactantes 5-6 F)
- Seleccionar la presión adecuada en el vacuómetro: adultos 115-150 mmHg, niños 95-115 mmHg y lactantes 50-95 mmHg
- Colocar al usuario en la posición semi-fowler. Si la aspiración se va a realizar vía oral, situar al usuario con la cabeza ladeada; si es vía nasal, poner el cuello del usuario en leve hiper extensión; si el usuario está inconsciente, colocarlo en decúbito lateral.

- Colocar una toalla cubriendo la almohada o bajo la barbilla del usuario.
- Pre-oxigenar al usuario si precisa (seguir normas generales en el manejo de la oxígeno terapia)
- Colocarse mascarilla, guantes., y lentes protectores si existe la posibilidad de salpicaduras
- Medir la distancia a introducir, entre el puente nasal y lóbulo de la oreja (aproximadamente unos 13 cm).
- Lubricar la sonda en la aspiración nasofaríngea. II
- En caso de secreciones secas y tapones mucosos, instilar suero fisiológico 0,9% e hiperinsuflar previo al procedimiento de aspiración.
- Introducir la sonda sin aspiración por la boca o la nariz y realizar una aspiración intermitente al extraer la sonda. Esta maniobra no debe exceder los 10 segundos.
- En la aspiración orofaríngea, insertar la sonda en el lateral de la orofarínge.
- Limpiar la sonda con gasas y aspirar agua.
- Repetir las aspiraciones las veces que sea necesario.
- Desechar la sonda y los guantes tras la aspiración.
- Dejar descansar al usuario entre aspiración y aspiración.
- Animar al usuario para que respire profundamente y realice el procedimiento de tos asistida.
- Colocar al usuario en la posición más adecuada.
- Recoger el material.
- Retirarse guantes y mascarilla.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y la respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- Evitar realizar aspiración de secreciones tras las comidas.
- Utilizar una sonda nueva cada vez que se realice la maniobra de aspiración.
- Observar signos de dificultad respiratoria o cardiaca.
- Dejar equipo repuesto tras cada aspiración.
- Las complicaciones a corto plazo o inmediatas que pueden surgir son: broncoespasmo, hipoxemia, bradicardia, traumatismo traqueal bronquial, ansiedad, hipotensión, hipertensión y aumento de la presión intracraneal. A largo plazo puede ocurrir infección respiratoria.
- Registro del procedimiento: fecha de comienzo y motivo
- Registro de valoración de la eficacia de la aspiración y características de las secreciones.
- Higiene adecuada de los dispositivos de aspiración.
- Equipo de aspiración repuesto tras aspiración.

4.4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA

• **Definición:**

Introducción de una sonda estéril a través de la cánula de traqueostomía del usuario, conectada al aspirador.

• **Objetivo:**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del usuario.
- Conseguir la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones.

• **Material:**

- Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
- Recipiente para las secreciones.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Solución de lavado: agua
- Toallitas de papel desechables.
- Mascarilla de oxígeno.
- Lubricante estéril.
- Registros de enfermería.

• **Equipo:**

- Aspirador de vacío.
- Toma de oxígeno.
- Flujometro.
- Vacuómetro.
- Tubo conector.

• **Procedimiento:**

- Seguir procedimiento aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas; con técnica estéril.
- Colocar usuario en semi-fowler.
- Introducir la sonda de aspiración sin aspirar, como máximo 1 cm más de la longitud de la cánula de traqueostomía.
- Instilar de 3-5 c.c. de suero fisiológico, si las secreciones son muy espesas, para humidificarlas y estimular la tos.
- Aspirar secreciones al retirar la sonda con movimientos suaves y ligera rotación.
- Desechar sonda, mascarilla, guantes y bata.
- Dejar al usuario en posición adecuada.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- Técnica estéril.
- La aspiración repetida puede dañar la mucosa y producir ulceración y hemorragias.
- Está contraindicado el uso de la aspiración como rutina.
- Registro del procedimiento: fecha de comienzo y motivo
- Registro de valoración de la eficacia de la aspiración y características de las secreciones.
- Higiene adecuada de los dispositivos de aspiración.
- Equipo de aspiración repuesto tras aspiración.

4.5. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA TRAQUEOSTOMÍA

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al usuario portador de traqueostomía.

• **Objetivo:**

- Mantener la vía aérea (estoma laríngeo) permeable.
- Prevenir las infecciones respiratorias.
- Mantener la piel circundante del estoma en condiciones óptimas.
- Educar al usuario y familia en el manejo de su traqueostomía.

• **Material:**

- Ver material del procedimiento aspiración de secreciones por traqueostomía.

- Cánula de traqueotomía del número adecuado.
- Guantes estériles.
- 1 Jeringa de 5 c.c. estéril.
- Suero fisiológico (1 ampolla de 10ml)
- Gasas estériles.
- Lubricante estéril (cánulas con balón hinchable).
- Solución antiséptica.
- Registros de enfermería.

• **Equipo:**

- Ver equipo del procedimiento aspiración de secreciones traqueostomía.
- Toalla..

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material.
- Preservar la intimidad del usuario.
- Informar al usuario del procedimiento a seguir.
- Establecer un sistema de comunicación, como levantar un dedo, para manifestar dolor o molestias.

- Colocar al usuario en posición de semi-fowler o Fowler.
- Colocarse los guantes estériles.
- Realizar procedimiento de aspiración de secreciones, si precisa.
- Retirar la cánula sucia.
- Retirar el material sucio.
- Realizar higiene de la zona que rodea al estoma con suero fisiológico, la limpieza se realizará de dentro hacia fuera.
 - Secar y aplicar antiséptico.
 - Preparar campo estéril.
 - Colocarse guantes estériles.
 - Si la cánula lleva balón, comprobar el estado del mismo, para verificar que no está pinchado. Así mismo lubricar el balón antes de insertar la cánula.
 - Insertar la cánula limpia, manteniendo la porción curva hacia abajo.
 - Si sólo se retira la cánula interna, fijar con una mano la cánula de traqueotomía y con la mano dominante retirar cánula interna y sustituirla por una limpia estéril.
 - El cambio de cánula según protocolo de control de infecciones..
 - Alrededor de la cánula colocar apósitos de gasa estéril para proteger estoma y evitar que las secreciones maceren la piel.
 - Proteger y vigilar el estado de la piel que roza con la cinta para prevenir lesiones.
 - Desechar sonda, mascarilla y guantes.
 - Dejar al usuario en posición adecuada..
 - Recoger el material.
 - Retirarse los guantes.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del usuario.
- **Observaciones:**
 - Técnica estéril.
 - En las laringectomías parciales el cambio de cánula debe ser rápido y cuidadoso para evitar desplazamientos de la tráquea.
 - El usuario al irse de alta debe conocer: los cuidados de la cánula, estoma, recomendaciones en cuanto a la higiene personal, sexualidad, cuidados de urgencia y los métodos de rehabilitación del habla.
 - Registro del procedimiento.
 - Registrado aspecto de la piel alrededor del estoma laríngeo.
 - Registrado el cambio.
 - Ausencia de lesiones en la zona del periestomal.
 - Higiene adecuada de la estoma.

5- PROCEDIMIENTOS DE ELIMINACIÓN

5.1. MEDICION DE LA DIURESIS

• **Definición:**

- Controlar la cantidad de orina eliminada en un tiempo determinado.
- Observar las características de la misma.

• **Objetivos:**

- Realizar balance hídrico.
- Detectar alteraciones en la eliminación de orina.

• **Material:**

- Guantes desechables.
- Chata o gallo, individual, en ningún caso compartir con otros usuarios
- Frasco de plástico graduado.
- Hoja de control de diuresis.

• **Procedimiento:**

- Informe al usuario de que no miccione en el sanitario.
- Recoja la orina y viértala en el frasco graduado.
- Realice la medición.
- Deseche el contenido.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

• **Observaciones:**

- Prescripción facultativa.
- Asegúrese de que todo el personal de enfermería y usuario estén informados.
- Registre la cantidad y las características de la orina.

5.2. COLOCACIÓN Y RETIRADA ORINAL MASCULINO

• **Definición:**

Es la acción de colocar el orinal a un usuario.

• **Objetivos:**

- Ayuda al usuario en el proceso de eliminación de orina

• **Material:**

- Orinal.
- Guantes.
- Papel higiénico.

• **Procedimiento:**

- Elección del orinal.
- Identifique el orinal con el nombre y el número de cama del usuario.
- Transporte el orinal a la habitación del usuario.
- Proteja la intimidad del usuario.
- Coloque la zalea debajo del usuario, entre la cintura y las rodillas.

• **Ejecución:**

- Para el usuario que no puede ayudar en la colocación del orinal, hágalo por él.

- Ponga el orinal en su posición.
- Informe al usuario que el orinal está en su sitio.
- Ayúdelo sosteniendo el orinal si es necesario.
- Conserve al usuario cubierto y evite la exposición.
- Si ha dejado solo al usuario, controle frecuentemente.
- Si la persona está débil o confusa, permanezca cerca en caso de que necesite ayuda.
- Permita al usuario limpiarse por si mismo, ofreciéndole agua, jabón, toalla, para el aseo de las manos.
- En caso de que él no lo pueda realizar, es necesario el aseo de la zona.
- Nos aseguraremos que el usuario quede en posición cómoda y correcta.
- Limpieza y almacenamiento adecuado del material utilizado.
- **Observaciones:**
 - Indicación médica de reposo en cama.
 - Valórese el grado de movilidad del usuario.
 - Evaluar el estado de la piel.
 - Observar las características de la orina y comunique al enfermero/a cualquier incidencia.
 - Registrar el procedimiento e incidencias ocurridas durante la realización del mismo.

5.3. COLOCACION Y RETIRADA LA CHATA

- **Definición:**

Es la acción de colocar una chata al usuario.
- **Objetivos:**

Ayuda al usuario en el proceso de eliminación, tanto urinaria como rectal.
- **Equipos:**
- **Material:**
 - Chata
 - Guantes.
 - Papel higiénico.
 - Jabón.
 - Agua.
 - Toalla.
- **Procedimiento:**
 - Elección de chata.
 - Identifique la chata con el nombre y número de cama del usuario.
 - Transporte la chata a la habitación del usuario.
 - Proteja la intimidad del usuario.
 - Coloque la zalea debajo del usuario, entre la cintura y las rodillas.
- **Ejecución:**
 - Si el usuario ayuda en la colocación de la chata, pídale que se coloque en decúbito supino con las rodillas flexionadas y apoyando ambos talones sobre

la cama, que levante las caderas y colabore en la colocación apropiada. Se puede colocar almohadas en la zona lumbosacra para mayor comodidad.

- Si el usuario está débil ayúdelo.
- Si el usuario no puede colaborar, haga girar al usuario en decúbito lateral, ponga la chata contra las nalgas y sosténgala en su sitio a medida que la persona se da la vuelta, quedando sobre ésta.
- Si la persona está débil o confusa, permanezca cerca acentuando la vigilancia.
- Permita al usuario limpiarse por sí mismo, ofreciéndole agua, jabón y toalla para el aseo de las manos.
- En caso de que él no lo pueda realizar, es necesario el aseo de la zona perianal/genital (en la mujer siempre limpiar el periné de delante hacia atrás).
- Asegurarse que el usuario quede en posición cómoda y correcta.
- Limpieza y almacenamiento adecuado del material utilizado.

• **Observaciones:**

- Indicación médica de reposo en cama.
- Valórese el grado de movilidad del usuario.
- Evaluar el estado de la piel de nalgas y zona perianal.
- Observar las características de la deposición u orina y comunique al médico cualquier incidencia.
- Registrar el procedimiento y cualquier incidencia ocurrida durante la realización del mismo.

5.4. SONDAJE VESICAL, MASCULINO

• **Definición:**

La instalación debe realizarse, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga urinaria.

• **Objetivos:**

- Facilitar la evacuación de orina.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Controlar la diuresis.
- Irrigar la vejiga.
- Cuantificar el volumen de orina residual.
- Prevenir la distensión de la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.
- Permitir la cicatrización de las vías urinarias.

• **Material:**

- Sonda vesical (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril.
- Jeringa de 10 ml con agua.
- Bolsa colectora de orina con sistema cerrado y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico estéril.
- Chata.

- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.

• **Procedimiento:**

- Asegurar que sólo las personas adecuadamente entrenadas, estén a cargo de la responsabilidad que implica este procedimiento. (Categoría IB).

-Previo a la inserción del catéter se debe realizar una correcta higiene perineal, con agua y jabón

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
 - Colocarlos en la bandeja para transportarlos a la habitación del usuario.
 - Advertirle que puede sentir alguna molestia.
 - Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
 - Aislar al usuario para mantener su intimidad.
 - Colocar al usuario en posición adecuada (decúbito supino con las piernas extendidas y separadas) y ponerle la zalea debajo de los glúteos.
 - Coloque la bolsa de orina en el soporte.
 - **Realizar la correcta higiene de manos inmediatamente antes y después de la inserción o manipulación del catéter o de su sitio de inserción. .**

- Previo a la inserción del catéter se debe realizar una correcta higiene perineal, con agua y jabón

- Coloque el campo estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
 - **Lavese las manos y** póngase los guantes estériles y compruebe el funcionamiento adecuado del globo de la sonda.
 - Lubrique la sonda.
 - Sujete el pene en posición vertical con la mano no dominante, decalotar el prepucio y ejercer una suave tracción para enderezar la uretra.
 - Tomar la sonda con la otra mano, no contaminada e introducirla por el meato urinario.
 - Cuando se hayan introducido unos 6-8 cm de sonda, colocar el pene en posición horizontal para favorecer el paso de la sonda por la uretra prostática.
 - No forzar nunca la inserción si no se puede superar la obstrucción haciéndola girar suavemente.
 - Una vez que empiece a fluir la orina, introducir la sonda 2-3 cm más e inflar lentamente el balón de la sonda tirar suavemente de la sonda hasta notar una leve resistencia, que indica la llegada del globo a la unión vesicouretral.
 - Conéctela a la bolsa colectora y coloque el prepucio de nuevo en su lugar.
 - Luego de la inserción del catéter urinario, fijarlo por arriba del muslo (nunca debe estar por debajo del paciente) para prevenir movimiento y tracción uretral. (Categoría IB).

- Colocar al usuario en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

• **Observaciones:**

- Mantener el sistema de drenaje cerrado
- La sonda o catéter urinario debe retirarse lo antes posible
 - No realizar sondaje vesical sin prescripción médica. –
 - En pacientes quirúrgicos con indicación de cateterización, remover el mismo en el post operatorio tan pronto como sea posible, preferentemente dentro de las 24 horas; a menos que exista una indicación apropiada para continuar su uso.
 - Comprobar la identidad del usuario.
 - El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
 - La bolsa nunca debe reposar o apoyarse en el piso.
 - No está recomendado el cambio de rutina o a intervalos determinados del catéter vesical o de la bolsa de drenaje. Esta indicación sólo debe llevarse adelante si existen hallazgos clínicos tales como infección, obstrucción o cuando el sistema cerrado se encuentra comprometido. (Categoría II).
 - No inflar el balón de la sonda sin verificar que ésta se encuentra en vejiga.
 - En un usuario con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 cc., pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 cc. Más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
 - Controlar la diuresis.
 - Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.
 - Lávese las manos antes y después de tocar la sonda, bolsa o tubo.
 - Higiene meticulosa de los genitales del usuario y de la sonda al menos una vez al día.
 - Evite acodamientos.
 - Vacíe la sonda siempre antes del 50% del llenado.
 - Vaciar la bolsa colectora regularmente, utilizando un recipiente individual y limpio para cada paciente, evitar salpicaduras y prevenir el contacto del pico-tapa del recipiente colector no estéril.
 - Para retirar la sonda, se extraerá el agua del globo y se sacará la sonda con suavidad y se limpiará y secará el meato urinario,
 - El desecho de diuresis se debe realizar con guantes de procedimiento y en recipiente individual para cada usuario.

- Antes de cada traslado del usuario se debe vaciar la bolsa colectora de orina y pinzarlo para evitar reflujos.
- Una vez efectuado el procedimiento se registrará:
 - Fecha y Hora de colocación de la sonda.
 - Calibre de la sonda.
 - Motivo del sondaje.
 - Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

5.5. SONDAJE VESICAL FEMENINO

• **Definición:**

Instalación, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga urinaria.

• **Objetivos:**

- Facilitar la evacuación de la vejiga urinaria.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Controlar la diuresis.
- Irrigar la vejiga.
- Cuantificar el volumen de orina residual.
- Prevenir la distensión de la pelvis o heridas abdominales por la vejiga distendida.

- Permitir la cicatrización de las vías urinarias.

• **Material:**

- Sonda vesical (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril.
- Jeringa de 10 ml. con agua destilada.
- Bolsa colectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico estéril.
- Zalea.
- Chata.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Bandeja para transportar el material.

• **Procedimiento:**

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la bandeja para transportarlos a la habitación del usuario.
- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar al usuario para mantener su intimidad.
- Colocar al usuario en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la zalea debajo de los glúteos.
- Coloque la bolsa de orina en el soporte.

- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.
 - Coloque el campo estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
 - Póngase los guantes estériles y compruebe el funcionamiento adecuado del globo de la sonda.
 - Lubrique la sonda.
 - Separar los labios de la vulva de la usuario. Esto permitirá visualizar el meato uretral
 - La mano que ha separado los labios se considera contaminada y no debe utilizarse para introducir la sonda.
 - Introducir la sonda suavemente en el orificio uretral unos 5-7 cm, sin forzar la introducción.
 - Si se introduce la sonda en vagina, se desechará, se desinfectará de nuevo la zona y se usará otra sonda.
 - Mantener la sonda sujeta cuando empieza a fluir la orina.
 - Introducir la sonda 2-3 cm más e inflar lentamente el balón, tirar suavemente de la sonda hasta notar una leve resistencia, que indica la llegada del globo a la unión vesicouretral.
 - Conectar la sonda a la bolsa colectora de orina, si no lo hizo con anterioridad.
 - Una vez finalizado el procedimiento:
 - Colocar a la usuario en posición adecuada.
 - Recogida y orden del material utilizado.
- **Observaciones:**
- No realizar sondaje vesical sin prescripción médica.
 - Comprobar la identidad del usuario.
 - El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
 - La bolsa nunca debe tocar el suelo.
 - No inflar el balón de la sonda sin verificar que ésta se encuentra en vejiga.
 - En un usuario con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 CC, pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 CC más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
 - Controlar la diuresis.
 - Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.
 - Lávese las manos antes y después de tocar la sonda, bolsa o tubo,
 - Higiene meticulosa de los genitales del usuario y de la sonda al menos una vez al día.

- Mantenga el sistema cerrado.
- Evite acodamientos.
- Para retirar la sonda, se extraerá el agua del globo y se sacará la sonda con suavidad. Limpiar y secar el meato urinario.
- El desecho de diuresis se debe realizar con guantes de procedimiento y en recipiente individual para cada usuario.
- Antes de cada traslado del usuario se debe vaciar la bolsa colectora de orina y pinzarlo para evitar reflujos.
- Una vez efectuado el procedimiento se anotará en la hoja de enfermería y se firmará por el responsable:
 - Fecha y Hora de colocación de la sonda.
 - Calibre de la sonda.
 - Motivo del sondaje.
 - Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

5.6. SONDAJE VESICAL EVACUADOR MASCULINO

• **Definición:**

Instalación, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga, con objetivo específico.

• **Objetivos:**

- Facilitar la evacuación de orina.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Cuantificar el volumen de orina residual.

• **Material:**

- Sonda vesical (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril.
- Bolsa colectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico estéril.
- Zalea.
- Chata.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Bandeja para transportar el material.

• **Procedimiento:**

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la bandeja para transportarlos a la habitación del usuario.
- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar al usuario para mantener su intimidad.
- Colocar al usuario en posición adecuada (decúbito supino con las piernas extendidas y separadas) y ponerle la zalea debajo de los glúteos.

• **Ejecución:**

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.

- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.
- Coloque el campo estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
- Lubrique la sonda.
- Sujete el pene en posición vertical con la mano no dominante, decalotar el prepucio y ejercer una suave tracción para enderezar la uretra.
- Tomar la sonda con la otra mano, no contaminada, e introducirla por el meato urinario.
- Cuando se hayan introducido unos 6-8 cm de sonda, colocar el pene en posición horizontal para favorecer el paso por la uretra prostática.
- No forzar nunca la inserción si no se puede superar la obstrucción haciéndola girar suavemente.
- Una vez que empiece a fluir la orina, introducir la sonda 2-3 cm más conéctela a la bolsa colectora y coloque el prepucio de nuevo en su lugar.
- Una vez cumplido el objetivo del sondaje, retirar la sonda.
- Una vez finalizado el procedimiento:
 - Colocar al usuario en posición adecuada.
 - Recogida y orden del material utilizado.

• **Observaciones:**

- No realizar sondaje vesical sin prescripción médica.
- Comprobar la identidad del usuario.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- En un usuario con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 CC, pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 CC más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo

• **Registros:**

- Una vez efectuado el procedimiento se registrará:
 - Fecha y Hora de realización del sondaje.
 - Calibre de la sonda.
 - Motivo del sondaje.
 - Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

5.7. SONDAJE VESICAL EVACUADOR FEMENINO

• **Definición:**

Instalación, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga, con un objetivo específico.

• **Objetivos:**

- Facilitar la evacuación de orina.
- Obtener una muestra de orina, sin contaminación externa.
- Cuantificar el volumen de orina residual.

• **Material:**

- Sonda vesical (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril.
- Bolsa colectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico estéril.
- Zalea.
- Chata.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Bandeja para transportar el material.

• **Procedimiento:**

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la bandeja para transportarlos a la habitación del usuario.
- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar al usuario para mantener su intimidad.
- Colocar al usuario en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la zalea debajo de los glúteos.

• **Ejecución:**

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.
- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.
- Coloque el campo estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
- Póngase los guantes estériles.
- Lubrique la sonda.
- Separar los labios de la vulva del usuario con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante; esto permitirá visualizar el meato urinario. La mano que ha separado los labios se considera contaminada y no debe utilizarse para introducir la sonda.
- Introducir la sonda suavemente en el orificio uretral unos 5-7 cm, sin forzar la introducción.
- Si se introduce la sonda en vagina, se desechará se desinfectará de nuevo y se usará otra sonda.
- Mantener la sonda sujeta cuando empieza a fluir la orina.
- Introducir la sonda 2-3 cm más.
- Conectar la sonda a la bolsa colectora de orina, si no lo hizo con anterioridad.

- Una vez cumplido el objetivo del sondaje, retirar la sonda.
- Colocar al usuario en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

• **Observaciones:**

- No realizar sondaje vesical sin prescripción médica.
- Comprobar la identidad del usuario.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- En un usuario con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 CC, pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 CC más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Mantener la bolsa colectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Fecha y Hora de realización del sondaje.
- Modelo y calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

5.8. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

• **Definición:**

Procedimiento mediante el cual mantenemos una sonda vesical en condiciones óptimas.

• **Objetivo:**

Realizar los cuidados necesarios para prevenir la infección causada por el sondaje y mantener la permeabilidad del circuito.

• **Material:**

- Guantes
 - Jabón neutro.
 - Agua tibia
 - Toalla.
 - Zalea.
 - Chata.
 - Bandeja para transportar el material.
- Si se ha comprobado que hay obstrucción de la sonda, se empleará:
- Jeringa de 50 CC.
 - Suero fisiológico.
 - Recipiente para verter líquido extraído.

• **Procedimiento:**

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.

- Contar con todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la bandeja para transportarlos a la habitación.
- Explicar al usuario el desarrollo, la finalidad del procedimiento y pedirle su colaboración.

- Aislar al usuario para mantener su intimidad.
- Colocar al usuario en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la zalea debajo de los glúteos.

• **Ejecución:**

- Lavado de genitales con la técnica habitual y prestando especial cuidado en la limpieza de la sonda, eliminando restos acumulados.

- A menos que se prevea obstrucción urinaria (por ejemplo sangramiento después de cirugía prostática o cirugía de vejiga) no se recomienda la irrigación vesical

- Después de colocarnos los guantes, introduciremos lentamente con la jeringa unos 30cc de suero fisiológico a través de la sonda y trataremos de extraerlos haciendo succión con la jeringa, también muy lentamente.

- Si con esta maniobra, no logramos desobstruir la sonda, se repetirá hasta conseguirlo.

• **Observaciones:**

- La bolsa colectora de orina no debe tocar el suelo.
- Controlar la diuresis.
- Mantener la bolsa colectora de orina siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o si es posible usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Lávese las manos antes y después de tocar la bolsa.
- La higiene de genitales y sonda se debe hacer al menos una vez al día.

- Mantenga el CUP en un sistema de drenaje con circuito cerrado.
- Solo se podrá desconectar el circuito, con técnica aséptica, para cambio de la bolsa recolectora cuando esto se requiera y por el tiempo que demora el cambio.

- La toma de muestra para exámenes de orina se realizará por punción del catéter alrededor de 1 cm previo a la bifurcación, con técnica aséptica, sin desconectar el circuito, previa limpieza y desinfección del catéter con alcohol de 70°.

- La bolsa colectora bajo el nivel de la vejiga en todo momento: para los traslados y cambios de cama, campeé el circuito lo más próximo al meato y por el mínimo tiempo posible (sólo para evitar el reflujo).

- El vaciamiento de la bolsa recolectora se realizará utilizando un receptáculo limpio, seco y desinfectado con cloro.

- Una adecuada fijación del CUP que impida su movimiento
- Evite aperturas innecesarias.
- Evite acodamientos.
- Registra el procedimiento realizado.

• **Riesgo de Infección:**

- Fricción y trauma en meato.
- Contaminación de orificio de drenaje de bolsa colectora.
- Desconexión de la sonda y el tubo colector.
- Reflujo de orina contaminada.
- Acomodamiento de tubo colector.
- Acumulo de exudado, heces, incrustaciones alrededor del catéter.
- Mecanismo de Infección Urinaria:
 - Contaminación directa al momento de instalar la sonda o durante el mantenimiento del catéter urinario
 - Contaminación intraluminal o perisonda.
- Principios para disminuir bacteriuria:
 - Mantener el sistema de drenaje cerrado.
 - Retirar la sonda lo antes posible.
- Recomendaciones para disminuir riesgo de infección por sonda urinaria:
 - Inserción correcta en condiciones asépticas.
 - Evitar contacto de la boquilla de drenaje de la bolsa con superficies contaminadas.
 - La manipulación de la bolsa recolectora deberá ser realizada con técnica aséptica
 - Si el colector se desconecta de la sonda, limpiarlo con antiséptico antes de reconectarlo.
 - La válvula de desagüe de la bolsa recolectora no debe tocar los bordes del receptáculo ni quedar sumergida en la orina y luego de vaciada se debe desinfectar con alcohol de 70° y dejar inserta en su estuche.
 - Los guantes de procedimiento deben ser cambiados entre cada paciente.
 - El receptáculo utilizado para la medición de la orina debe ser lavado y desinfectado con cloro entre cada paciente.
- No comparta envases para medir diuresis.
- Evite elevar la bolsa colectora.
- Si debe elevarla, clámpela primero.
- Vacíe de orina el tubo colector antes de movilizar al usuario.
- Vacíe bolsa colectora al menos c/ 8 hs. o mas a menudo según la necesidad.
 - Para vaciamiento de la bolsa recolectora debe asegurarse las precauciones estándar consistentes en lavado de manos antes y después del procedimiento y uso de guantes de procedimiento.
- Higiene perineal diaria y siguiendo a cada deposición.
- Cambiar todo el sistema si se obstruye o se observa depósito incrustados.
 - Lavado de manos y uso de guantes disminuye contaminación cruzada y posibles brotes

5.9. SONDAJE RECTAL

• **Definición:**

Es el procedimiento mediante el cual introducimos una sonda rectal a través del ano hacia el recto.

• **Objetivos:**

- Eliminación de gases.
- Aplicación de enemas.
- Evacuación de heces líquidas.

• **Material:**

- Sonda rectal de calibre variable, según necesidad.
- Gasas.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes.
- Zalea.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Bandeja.

• **Procedimiento:**

- Elija la sonda rectal con el calibre adecuado.
- Coloque todo el material en la bandeja y transpórtelo a la habitación del usuario.

- Calzarse los guantes de procedimientos
- Colocar al usuario en decúbito lateral con las rodillas flexionadas
- Coloque la zalea debajo del usuario, entre la cadera y las rodillas.
- No destapar al usuario innecesariamente.
- Advierta al usuario que se relaje y respire profundamente

- Introduzca un dedo, previamente lubricado, en el recto para comprobar la existencia de cualquier dificultad que no nos permita realizar el procedimiento.

- Introduzca muy lentamente la sonda, previamente lubricada, en el recto.

Al terminar el procedimiento:

- Retirar la sonda.
- Lavar la zona perianal, si el usuario no fuera autosuficiente para ello.
- Ofrecer lo necesario para el aseo de las manos.
- Se cambiarán las sábanas de la cama en caso necesario
- Colocar al usuario en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

• **Observaciones:**

- Prescripción médica.
- Evitar el traumatismo del ano y mucosa rectal.
- Detener el proceso si hay dolor.
- Conservar la intimidad del usuario.
- No dejar la sonda colocada más de 20 minutos.
- Registrar el procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

5.10. ENEMA EVACUADOR

• **Definición:**

Es el procedimiento por el que se introduce un líquido en el colon a través del recto.

• **Objetivos:**

Producir una evacuación del contenido del tracto intestinal o para administrar algún medicamento

• **Material:**

- Guantes.
- Bata.
- Sonda rectal, recipiente con tubo irrigador o enema preparado, pinza de cierre, conexión para tubo y sonda, o equipo completo desechable.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Bandeja. .
- Chata.
- Papel higiénico.
- Soporte para suero.
- Bolsa de plástico para desechos.

• **Procedimiento:**

- Elija el calibre adecuado de la sonda rectal (si no usa el equipo completo, donde este es estándar).
- Elija los guantes adecuados.
- Prepare el tipo de enema prescrito a una temperatura aproximada de 37 grados centígrados.
- Coloque todo el material descrito en la bandeja y transpórtelo a la habitación del usuario.
- Coloque la thalla o zalea debajo del usuario, entre la cintura y la rodilla.
- Coloque al usuario en decúbito lateral con ambas piernas flexionadas
- Conecte el recipiente con el tubo irrigador a la sonda recta (si no usa el equipo completo desechable).
- Cuelgue el recipiente a una altura máxima de unos 40 cm. por encima del recto.
- Expulse el aire que contenga el tubo y la sonda.
- Introduzca la sonda en el recto unos 5 o 10 cm, previamente lubricada, y muy suavemente.
- Advierta al usuario que se relaje y respire profundamente.
- Despince el tubo y haga fluir el líquido lentamente. Regule la velocidad del flujo según la tolerancia del usuario.
- Indique al usuario que retenga el líquido de 10 a 15 minutos.
- Una vez terminada la administración del enema cierre el tubo y retire suavemente la sonda, desechándola en la bolsa de plástico.
- En usuarios encamados, colóqueles la chata, póngales a su alcance el papel higiénico. Si fuera necesario permanezca junto al usuario.

- Advierta que no tire de la cisterna hasta que hayamos evaluado las deposiciones.

- Limpie y seque al usuario ofreciéndole lo necesario para el lavado de manos.

- Asegúrese de que el usuario quede en posición cómoda y correcta y ordene o cambie la ropa de la cama si fuera necesario.

- Retire el equipo de la habitación.

- Limpie y desinfecte o deseche el material utilizado.

- **Observaciones:**

- Comunique al enfermero/a los resultados del procedimiento, indicándole la hora, tipo, cantidad de enema, resultado y aspecto de la evacuación así como las reacciones del usuario.

- Registrar realización del proceso e incidencias del mismo.

5.11. EXTRACCIÓN DE FECALOMAS

- **Definición:**

Es el conjunto de acciones realizadas para evacuar los fecalomas y facilitar la defecación.

- **Objetivos:**

Se pretenden deshacer las impactaciones fecales, a nivel de la ampolla rectal, con el fin de facilitar la evacuación intestinal del usuario.

- **Material:**

- Guantes.

- Bata.

- Bandeja.

- Lubricante hidrosoluble.

- Gasas.

- Bolsa de plástico para desechos.

- Chatas.

- Papel higiénico.

- Zalea.

- **Procedimiento:**

- Coloque la zalea debajo del usuario entre la cintura y las rodillas.

- Coloque al usuario en decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas.

- No destape innecesariamente al usuario.

- Mantenga, dentro de lo posible, la intimidad del usuario.

- Advierta al usuario que se relaje y respire profundamente.

- Introduzca el dedo índice en el recto unos 5-10 cm, previamente lubricado, suavemente.

- Una vez terminada la extracción de los fecalomas deséchelos en la bolsa de plástico.

- Limpie y seque al usuario. :

- Colocar al usuario en posición cómoda.

- Recogida y orden del material.

• **Observaciones:**

- Prescripción médica.
- Evite traumatismos del ano y de la mucosa rectal
- Detenga el procedimiento si hay dolor.
- Registrar el procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

5.12. CUIDADOS DE OSTOMIAS.

• **Definición:**

Todas las acciones que se realizan para cuidar el afloramiento a piel de un segmento de intestino, tanto delgado como grueso que mediante cirugía, se practica a algunos usuarios para resolver determinados problemas. Cualquiera que sea el tipo de ostomía, el control voluntario de la evacuación de los residuos no es posible, por tanto será necesario llevar un dispositivo para su recogida.

• **Objetivos:**

- Valoración y protección del estoma, permitiendo que éste cumpla su función excretora.

- Adecuación de unos materiales que personalicen la técnica y la incentivación, en cada momento, del autocuidado.

• **Material:**

- Guantes.
- Suero fisiológico para irrigación,
- Jabón neutro.
- Bolsas y placas adhesivas.
- Medidor de estoma. Gasas.
- Pinzas.
- Tijeras.

• **Procedimiento:**

Preparación del usuario:

- Se coloca al usuario en decúbito supino, con la cama elevada para que el usuario vea la técnica, se familiarice con ella y perciba su estoma.

Procedimiento:

- Las primeras curaciones deben ser lo más asépticas posibles. Más tarde cuando la estoma cicatrice a la pared abdominal y concrete su flora bacteriana, las curaciones serán con agua, jabones neutros y soluciones fisiológicas.

- La bolsa ha de ser utilizada por el usuario debe tener la misma medida del estoma.

- Debe ser de color rojo vinoso, no debe presentar signos de isquemia. Un buen signo de salud del estoma es la presencia de moco mezclado con las heces.

- Irrigaremos el estoma con suero fisiológico. Lo secaremos con gasas.

- Mediremos el estoma para tener referencias de su tamaño y forma para adaptarle las placas adhesivas.

- Es aconsejable el uso de sistemas dobles, placa adhesiva y bolsa por separado, con lo cual evitamos el despegar constantemente el sistema para vaciar la bolsa.

- Verifique que el usuario ha captado el sentido de los cuidados que se le prestan.

- Recogida y orden del material.

- **Observaciones:**

Es muy importante evitar las irritaciones de la piel circundante a la estoma, para ello:

- Ajustar perfectamente la placa adhesiva a la estoma, para evitar que entren en contacto la piel con las heces, sobre todo en ileostomías, donde éstas son más líquidas e irritantes.

- Evitar los arrancamientos sucesivos de los dispositivos colectores, despegar siempre con sumo cuidado del borde superior al inferior, sujetando con la mano la piel de abdomen.

- Usar películas protectoras.

- Usar dispositivos de doble sistema.

- No seque la piel con secador u otro método similar.

- Si hay vello alrededor del estoma, córtelo con una tijera, nunca con maquinilla.

- Advertir reacciones alérgicas a los adhesivos y si aparecen cambiar el sistema colector.

- Es aconsejable realizar una educación sanitaria adecuada en cuanto a lo que se refiere a una alimentación correcta, para evitar gases, malos olores, etc., pero sin dejar de ser lo suficientemente rica y variada.

- El usuario debe hacerse responsable, una vez instruido, del cuidado de su estoma con una técnica efectiva que se asemeje a los cuidados en su aseo personal,

- **Registros:**

- Registrar la realización de proceso y las incidencias del mismo.

5.13. DRENAJE PLEURAL

- **Definición:**

Vaciado de líquido o aire de la cavidad torácica mediante la introducción de un tubo en la misma.

- **Objetivo:**

Eliminar líquido o aire de la cavidad pleural, para restaurar la función pulmonar.

- **Material:**

- Catéteres torácicos de diversos calibres.

- Bisturí.

- Guantes estériles.

- Antiséptico.

- Porta-agujas.

- Frasco o sistema de drenaje .
- Tubos de látex.
- Agua bidestilada, si precisa.
- Campos estériles.
- Aguja IM.
- Jeringas.
- Pinzas sin dientes.
- Hilo de Seda.
- Apósito o cinta adhesiva.
- Gasas estériles.

• **Procedimiento:**

- Informar al usuario sobre del procedimiento a realizar
- Colóque al usuario en la posición indicada por el médico.
- El médico debe conectar el catéter al usuario, así como los tubos de látex y el frasco, evitando acodamientos.
- Proteja la zona de inserción con un apósito estéril .
- Si lleva aspiración, conecte el frasco o Pleurevac a un sistema de vacío, vigilando el grado de aspiración.
- Mida el contenido cada 24h. Anotando en el frasco el día y la hora.
- Cambie el apósito cada 48h. Y siempre que sea preciso, evitando que haya humedad en el mismo.
- Coloque al usuario en posición cómoda tras realizarle la prueba.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

• **Observaciones:**

- Observe la aparición de: sudoración, disnea, cianosis y taquicardia.
- Controle la velocidad de salida del líquido y las características del mismo.
- Vigile la fijación del catéter para evitar movilizaciones.
- Controle frecuentemente los signos vitales, durante una hora después de colocado el catéter.
- Controle cualquier alteración de las características del mismo.
- Anote en el frasco: nivel, día y hora.
- Evite acodamientos del tubo.
- Controle los niveles de agua bidestilada en las cámaras del drenaje pleural.

En caso de traslado del usuario a estudios u otros se debe pinza el catéter y colocarlo sobre la camilla entre las piernas del usuario..

- Anote la realización de la técnica.
- Registre los controles
- Anote cualquier incidencia producida

5.14. RETIRADA DEL TUBO PLEURAL

• **Definición:**

Retirada del tubo pleural tras haber completado su objetivo

• **Objetivo:**

Retirar el dispositivo por haberse resuelto el problema que provocó su inserción.

• **Material:**

- Guantes.
- Vaselina estéril.
- Hoja de bisturi o tijera.
- Gasas estériles.
- Apósito estéril.
- Pinzas de clampar

• **Procedimiento:**

- Preparación del material necesario
- Colocación adecuada del usuario
- Indicar al usuario que debe inspirar profundamente durante la retirada del tubo.
- Colaborar con el médico en la retirada del tubo
- Colocar apósito compresivo.

• **Observaciones:**

- Ajustarse a la técnica de ejecución
- Observar al usuario con posterioridad al procedimiento por la posibilidad de aparición de neumotórax.
- Anotar la realización del procedimiento y si ha ocurrido alguna incidencia durante el mismo.
- Anotar cualquier observación relativa al estado del usuario tras la retirada del tubo.

6- MOVILIZACIÓN

6.1. POSICIÓN DECÚBITO LATERAL (DERECHO/IZQUIERDO)

• **Definición:**

Colocar al usuario en decúbito lateral derecho o izquierdo

• **Objetivos:**

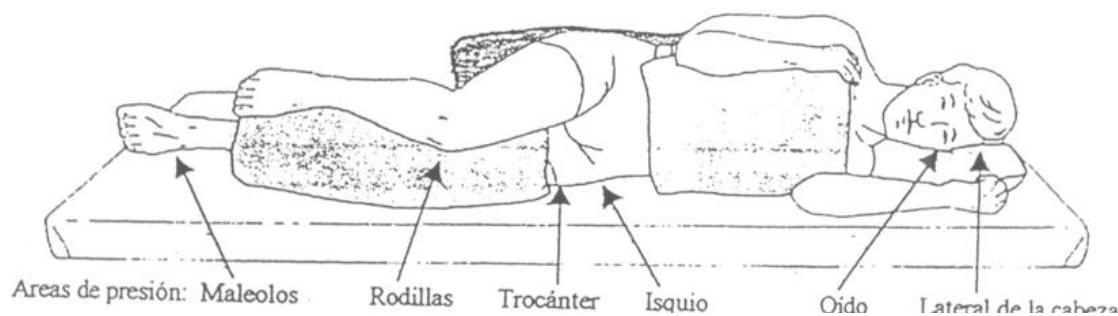
- Proporcionar confort y bienestar necesario.
- Evitar complicaciones.
- Cambios posturales.

• **Material:**

- Almohadas.
- Barandillas.
- Zalea.

• **Procedimiento:**

- Retirar las barandillas si las hubiera.
 - Asegurar una buena mecánica corporal: colóquese tan cerca de la cama como sea posible, espalda recta y piernas ligeramente flexionadas.
 - Tomar firmemente la sábana colocada bajo el enfermo y tirar suavemente hacia nosotros.
 - En caso de no existir zaleas se deslizarán las manos con las palmas hacia arriba por debajo de los hombros del usuario y por debajo de las caderas.
 - Una vez colocado el enfermo en decúbito lateral, se colocará una almohada longitudinalmente en la espalda del usuario desde el hombro hasta el coxis.
 - Se colocará flexionada la rodilla derecha (decúbito lateral izquierdo) o la rodilla izquierda (decúbito lateral derecho).
 - Colocar almohada entre ambas rodillas.
 - Se procederá a poner barandilla si fuera necesario.
- **Observaciones:**
- Proteger zonas prominentes: hombros, codos, cresta ilíaca, trocánter, rodillas y maléolos (si existen riesgos de lesión).
 - Registrar hora en que se realiza el cambio postural y especificar si el usuario queda en decúbito lateral izquierdo o derecho.



6.2. POSICIÓN DECUBITO PRONO

- **Definición:**

Colocar al usuario en decúbito prono (boca abajo).

- **Objetivos:**

Proporcionar confort y bienestar necesarios y evitar complicaciones.

- **Material:**

- Almohadas.
- Barandillas.
- Zalea.

- **Procedimiento:**

- Se debe partir de la posición de decúbito lateral.
- Nos colocamos a la espalda del usuario.
- Se retiran las barandillas si las hubiera.
- Con la ayuda de una sábana colocada como zalea acercamos al usuario al borde de la cama.

- Nos colocamos a continuación de cara al enfermo.
- El brazo que quede debajo se colocará extendido con la palma hacia arriba.

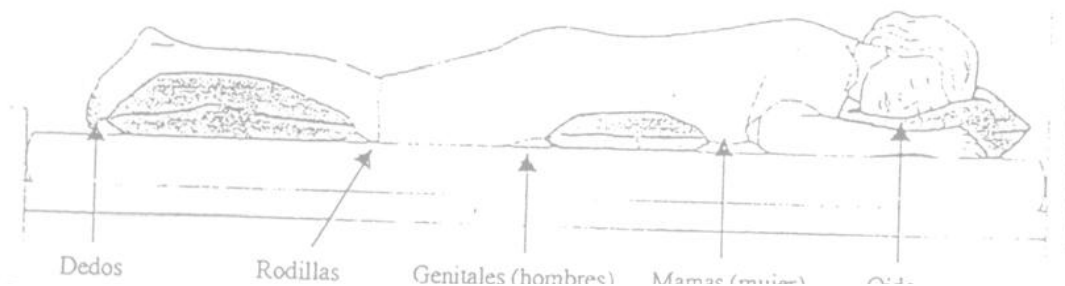
- Se flexionará la rodilla que queda arriba para facilitar el giro.
- La mano que queda arriba se colocará en el hombro contrario.
- Giramos al enfermo hacia nosotros, colocando la espalda recta y las piernas ligeramente flexionadas para mantener la dinámica corporal.
- Se colocará la cabeza en posición lateral, el brazo del lado hacia el que mira el enfermo se colocará flexionado y el brazo del lado contrario se mantendrá extendido.

- **Observaciones:**

- **Precaución:** se protegerán dedos de los pies, rodillas, genitales (hombres), mamas (mujeres), mejillas y orejas.

- **Posición contraindicada en:** usuarios con trastornos respiratorios, cardíacos, cirugía abdominal reciente o contracturas severas de cadera.

- Registrar hora en que se realiza el cambio postural.



6.3. POSICION DE FOWLER

• **Definición:**

Colocación del usuario en posición supina con la cabecera de la cama elevada a 45° ó 50°.

• **Objetivos:**

Proporcionar confort y bienestar necesarios y evitar complicaciones.

• **Material:**

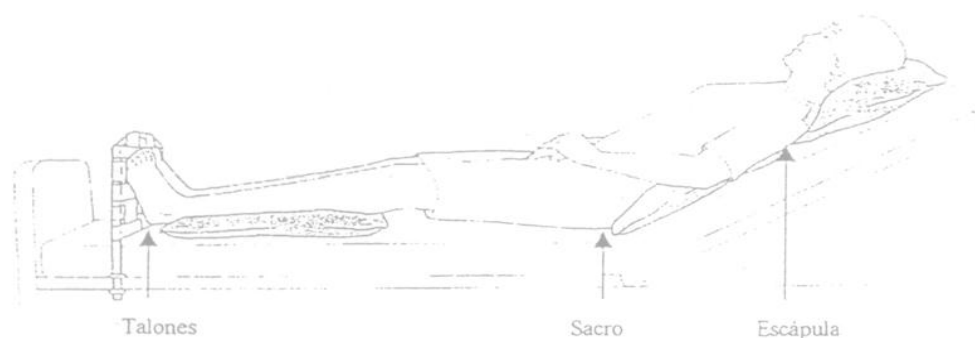
- Almohadas.
- Barandillas.
- Zalea.

• **Procedimiento:**

- Incorporar la cabecera de la cama hasta la posición de 45° ó 50°.
- Colocar almohadas para comodidad del enfermo.

• **Observaciones:**

- Precaución en sacro, talones y codos.
- Colocar protección para prevenir decúbito.
- Indicado en usuarios con alteración de las necesidades de intercambio. - Favorece la inspiración y la aplicación de fisioterapia respiratoria.
- Registrar posición, hora y medidas de protección tomadas.



6.4. POSICIÓN DE TRENDELEMBURG

• **Definición:**

Colocación del enfermo en decúbito supino con los pies de la cama elevados.

• **Objetivo:**

Proporcionar confort y bienestar y evitar complicaciones.

• **Material:**

- Almohadas.
- Barandillas.

• **Procedimiento:**

Se elevará la zona de los pies de la cama que permanecerá elevada 45° con respecto al plano horizontal.

• **Observaciones:**

- Proteger la cabeza.
- Vigilar estado de conciencia del enfermo.
- Valorar la posibilidad de que aparezcan vómitos.
- Registrar hora en la que se realiza el cambio postural.

7- SEGURIDAD DEL USUARIO

7.1. Protocolo 1

IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE LOS USUARIOS.

7.2. Protocolo 2

PREVENCIÓN DE ÚLCERA POR PRESIÓN.

7.3. Protocolo 3

PREVENCIÓN DE ERRORES EN LA MEDICACIÓN.

7.4. Protocolo 4

IDENTIFICACIÓN Y MANEJO DE DROGAS DE ALTO RIESGO.

7.5. Protocolo 5

TRASPASOS DE USUARIOS (COMUNICACIÓN EFECTIVA).

7.6. Protocolo 6

TRANSCRIPCIÓN DE LA INDICACIÓN MÉDICA.

7.7. Protocolo 7

ATENCIÓN LIMPIA SIN INFECCIONES.

7.8. Protocolo 8

PREVENCIÓN DE CAÍDAS EN HOSPITALIZACIONES.

7.9. Protocolo 9

TRASLADOS INTRAHOSPITALARIOS DE USUARIOS.

“Consultar en manual de protocolos de seguridad institucional”

8- REQUERIMIENTOS DIAGNOSTICAS

8.1. TOMA DE FRECUENCIA CARDIACA RADIAL

• **Definición:**

Determinación de la frecuencia cardiaca a partir de su medición en la arteria radial.

• **Objetivos:**

Medida, valoración y registro de la frecuencia, ritmo y volumen del latido cardiaco.

• **Material:**

Reloj con segundero.

• **Procedimiento:**

- Coloque el brazo del usuario en una posición cómoda y relajada.
- Apoye las yemas de los dedos índice y medio sobre la arteria radial a la altura de la muñeca.
- Perciba durante unos instantes los latidos antes de empezar a contabilizar. Contabilice durante un minuto el número de latidos y observe al mismo tiempo sus características de ritmo y volumen.

• **Observaciones:**

- Explique al usuario la técnica.
- Asegúrese que el usuario se encuentra en una posición cómoda.
- No utilice nunca el dedo pulgar para tomar el pulso.
- Tome el pulso sobre las arterias temporal, carótida o femoral, cuando por alguna razón las radiales no sean accesibles, utilizando el mismo procedimiento.
- Registre la frecuencia cardíaca en gráfica.
- Registre cualquier incidencia ocurrida (ritmo, llenado, etc.).

8.2. PRESION ARTERIAL

• **Definición:**

Determinación de la presión arterial mediante su medición, utilizando un esfigmomanómetro y un estetoscopio.

• **Objetivo:**

- Medir, valorar y registrar la presión arterial.

• **Material:**

- Esfigmomanómetro y estetoscopio.

• **Procedimiento:**

- Compruebe que el esfigmomanómetro se encuentre en buenas condiciones de limpieza.
- Explique al usuario el procedimiento.
- Coloque al usuario en decúbito supino o sentado, con el brazo apoyado en la cama o brazo de sillón.
- Compruebe que no existe opresión por encima del codo (ropa, etc.)
- Sitúe el manguito por encima de la flexura del codo.

- Tras localizar el latido de la arteria braquial, coloque la membrana del estetoscopio en el punto.
- Tras comprobar que la válvula está cerrada, eleve la presión hasta 180 mm. Hg. ó más, si se trata de un usuario hipertenso conocido.
- Deje salir el aire lentamente, identificando la T.A asistólica (primer latido) y la T.A diastólica. (final de latido o cambio en el tono de los mismos).
- Desinfele totalmente el manguito y retírelo.

• **Observaciones:**

- Compruebe previamente que no existan fugas ni en el esfigmomanómetro.
- La T.A basal no debe ser evaluada tras un sobreesfuerzo.
- Adecuar el tamaño del esfigmomanómetro al usuario (niño, adulto, grueso)
- Si es necesario repetir la medición, esperar al menos 1 minuto.
- Registre T.A en la hoja termica..
- Registre cualquier incidencia, así como el estado del usuario en el momento de la toma si no fuera basal (con sangrado activo, dolor torácico etc.)

8.3. TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

• **Definición:**

Determinación de la frecuencia respiratoria por minuto, así como las características de la misma.

• **Objetivo:**

- Medida, valoración y registro de la frecuencia respiratoria

• **Material:**

- Reloj con segundero.

• **Procedimiento:**

- Observar y contabilizar las elevaciones del tórax del usuario durante un minuto completo.
- Si es dificultosa la observación colocar una mano sobre el pecho del usuario.

• **Observaciones:**

- Observar cualquier variación del ritmo respiratorio.
- Observar signos de dificultad respiratoria.

Anotar en la hoja térmica la frecuencia respiratoria.

- Dejar constancia en el registro. si la respiración fuera patológica o si existen signos de dificultad respiratoria.

8.4. TOMA DE TEMPERATURA AXILAR

• **Definición:**

Medida y registro de la temperatura corporal.

• **Objetivo:**

- Medir y valorar la temperatura corporal con fines diagnósticos.

- **Material:**
 - Termómetro.
 - Antiséptico.
 - Toalla de papel.
- **Procedimiento:**
 - Explique al usuario la técnica.
 - Compruebe que la columna de mercurio no está por encima de 35°C.
 - Coloque el termómetro en la axila y pliegue el brazo
- **Observaciones:**
 - Utilice siempre termómetros correctamente limpios y secos.
 - No limpie nunca los termómetros con agua caliente.
 - Use siempre un termómetro para cada usuario.
 - Lavar y desinfectar los termómetros antes y después de su uso.
 - Tome siempre el termómetro por la zona opuesta al Hg.
 - Anote la temperatura en la hoja térmica.
 - Registre cualquier incidencia ocurrida.

8.5. PRESION VENOSA CENTRAL (PVC)

- **Definición:**

Consiste en la medición y registro de la PVC
- **Objetivo:**
 - Conseguir una medición correcta de la PVC, que nos informe de las presiones en cavidades cardiacas derechas.
- **Material:**

Regla para medición de PVC
Equipo de infusión para PVC
Solución Salina para equipo de infusión.
- **Procedimiento:**
 - Previamente haberse comprobado la correcta colocación del catéter (punta en cara superior o aurícula derecha)
 - Explique al usuario el procedimiento.
 - Coloque al usuario en decúbito supino y la cama en horizontal.
 - Compruebe la colocación del O en la regleta de PVC, a la altura axilar media.
 - Haga un lavado de vía con la solución salina del sistema de PVC, previa anulación del resto de perfusiones.
 - Llene la columna de PVC, sobrepasando los 25 cm. De agua.
 - Conecte la regleta de PVC con la vía central.
 - Vigilaremos la bajada del nivel con los movimientos respiratorios. Deteniéndose en el valor a registrar.
 - Si oscila con el pulso, habrá que revisar el catéter.
- **Colocación y mantenimiento de la PVC:**
 - Se introduce un catéter central, subclavia o yugular interna o basílica dirigida hacia la vena cava o hacia la aurícula derecha.

RX de tórax para control del catéter.

- La regla de PVC debe estar conectada a un suero con equipo respectivo mas llave de tres vías y debe estar llenado con liquido antes de conectar al catéter central.

- Un descenso importante de la PVC puede indicar Hipovolemia y un aumento importante puede indicar Ipervolemia o insuficiencia ventricular derecha.

- Los cambios de PVC indican el volumen sanguíneo, la necesidad de líquido y el efecto de ciertos fármacos sobre la musculatura cardiaca.

• **Observaciones:**

- Un catéter de PVC mal colocado, así como el uso de respiradores del presión positivo intermitente, o bien un acodamiento del tubo, pueden dar lugar a las lecturas falsas.

- Debe desconectarse el respirador mientras se determina la PVC.

- Mientras se monitoriza la PVC se debe controlar a horarios la diuresis.

8.6. GLUCEMIA BASAL (HEMOGLUCOTEST)

• **Definición:**

Medición de glucemia basal en sangre capilar a través de punción..

• **Objetivo:**

- Medir glucosa basal

• **Material:**

- Algodón.

- Tiras reactivas y aparato medidor.

- Lanceta o similar.

• **Procedimiento:**

- Limpiar la zona con agua según necesidad, preferentemente la zona lateral de dedos.

- Dejar secar unos segundos.

- Pinchar con la lanceta y extraer una gota de sangre para colocarla en la tira reactiva.

- Esperar el tiempo indicado en las instrucciones del medidor.

- Presionar el punto de punción unos segundos.

• **Observaciones:**

- Registrar el resultado obtenido.

8.7. OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA ANALISIS

• **Definición:**

Toma de orina con fines laboratoriales

• **Objetivo:**

- Conseguir una muestra de orina en cantidad y calidad suficiente, que permita evaluar la presencia de determinados metabolitos, así como su posible cuantificación

- **Material:**

- Guantes desechables.
- Orinal (MASCULINO O FEMENINO).
- Recipiente para toma de orina.
- Etiqueta de identificación.
- Pedido de laboratorio.

- **Procedimiento:**

- Comprobar los datos del pedido de laboratorio con los del usuario.
- Higiene perineal.
- La primera micción desechar.
- Recoja la micción del usuario, tomando una muestra de 10 ml aproximadamente e identifíquela con etiqueta identificativa.
- Envíe la muestra al laboratorio.

- **Observaciones:**

- Si el usuario está sondado recoja la muestra previo pinzamiento de la sonda y limpieza de la conexión.
- Registrar el procedimiento.

8.8. OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA CULTIVO-MUESTRAS DEL TRACTO URINARIO

- **Definición:**

Toma de muestra de orina representativa, para cultivo de la misma

- **Objetivo:**

- Conseguir una muestra de orina con calidad y en cantidad suficiente que permita el aislamiento de microorganismos patógenos.

- **Material:**

- Gasas estériles.
- Jabón neutro.
- Recipiente estéril co tapa.

- **Procedimiento para mujeres:**

- Higiene de manos.
- Se separarán los labios mayores y menores, y se mantendrá separados en todo momento hasta que se haya recogido la orina.
- Higiene perineal con agua y jabón.
- Desechar el primer chorro y tomar la muestra directo en el recipiente, el cual se cerrará inmediatamente.
- El frasco debe sujetarse para que no tome contacto con pierna, vulva o ropa del usuario. Los dedos no deben tocar el borde del frasco o su superficie interior.

- **Procedimiento para varones:**

- Lavado de las manos con agua y jabón.
- Retraer completamente el prepucio, que se mantendrá así en todo momento, hasta que se haya recogido la orina.
- Limpiar el glande con jabón neutro.
- Eliminar los restos de jabón enjuagándolo con agua.

- Se pedirá al usuario que orine desechando el primer chorro, , recoger el resto de la orina en el recipiente estéril.

• **Observaciones:**

- Si la muestra no se envía inmediatamente al laboratorio, refrigerar (4°C) y nunca más de 8 horas.

- Las claves en los estudios microbiológicos son: muestra representativa, cantidad suficiente, no contaminada y transporte rápido.

- La muestra idónea es la primera micción de la mañana, ya que permite la multiplicación de bacterias durante la noche.

8.9. OBTENCIÓN DE ORINA PARA UROCULTIVO EN EL USUARIO CON Sonda Vesical

• **Material:**

- Gasas.

- Alcohol 70° o Yodo povidona 10%.

- Jeringa o aguja estéril.

- Recipiente estéril.

• **Observaciones:**

- Si es posible realizar la toma inmediatamente luego del recambio de la sonda.

- Pinzar la sonda a 10 cm del meato durante 1 a 2 dos horas como máximo.

- Sin despinzar, desinfectar la sonda con Yodo povidona al 10 %, a 3-4 cm por encima de la pinza.

- Extraer orina puncionando la sonda con jeringa y aguja.

- Colocar la orina en frasco estéril.

8.10. RECOGIDA DE ORINA DE 24 HORAS

• **Definición:**

Recolección de orina durante 24 h. con fines diagnósticos.

• **Objetivos:**

- Conseguir una muestra representativa de la diuresis de un día, para evaluar la presencia de metabolitos, así como su posible cuantificación.

• **Material:**

- Guantes desechables.

- Recipiente recolector.

- Etiqueta identificativa.

Pedido de laboratorio.

• **Procedimientos:**

- Explicar al usuario la técnica.

- Descartar la orina recogida en la primera micción de la mañana y efectuar la recolección durante las 24 h. siguientes incluyendo la primera micción de la mañana siguiente.

- El recipiente ha de estar refrigerado, durante el periodo de recogida, para evitar el crecimiento de microorganismos o la descomposición de componentes de la orina.

Enviar al laboratorio el frasco recolector previa comprobación de datos del usuario.

• **Observaciones:**

- El usuario ha de ingerir la cantidad de líquido habitual y no consumir alcohol.

- En la determinación de algunos metabolitos (porfirinas, catecolaminas...) se utilizan conservantes que pueden ser tóxicos (Carbonato cálcico, ácido clorhídrico) por lo que se han de extremar las precauciones al abrir el frasco recolector.

- Registrar el envío de la muestra así como la determinación solicitada.

8.11. RECOGIDA DE MUESTRAS PARA COPROCULTIVO

• **Definición:**

Recogida de muestras de heces para su estudio microbiológico.

• **Objetivos:**

Conseguir una muestra de cantidad y calidad suficientes que permita el diagnóstico de infecciones del tracto gastrointestinal.

• **Material:**

- Chata limpia
- Recipiente estéril de plástico con tapón de rosca.
- Espátula.
- Hisopo estéril (si es necesario),
- Guantes desechables.

• **Procedimientos:**

- **Recogida directa:** recoger con espátula de 2 a 5 gramos de heces recién defecadas, seleccionando las zonas que contengan moco, pus, sangre, etc.

- **Recogida mediante hisopo:** . Se introduce el escobillón más allá del esfínter anal, haciéndolo girar suave y repetidamente, retirándolo e introduciéndolo en el envase.

- Remitir rápidamente al laboratorio.

- Si se ha de producir un retraso en el envío a laboratorio se debe refrigerar (4°C) y nunca más de 2 horas.

• **Observaciones:**

- La muestra debe ser de reciente defecación.

- La muestra no ha de ir mezclada con orina.

- Las claves en los estudios microbiológicos son: muestra representativa, cantidad suficiente no contaminada y transporte rápido.

- Registrar la muestra cursada así como las características de la misma: líquida, pastosa, presencia de moco, pus, etc.

8.12. REALIZACION DE ELECTROCARDIOGRAMA

- **Definición:**

Técnica de registro de la actividad eléctrica del músculo cardíaco.

- **Objetivos:**

- Obtener un registro gráfico de la actividad cardíaca.

- **Material:**

- Electrocardiógrafo.
- Gel
- Toallas desechables.

- **Procedimientos:**

- Colocar al usuario en decúbito supino.
- Colocar los electrodos en los puntos indicados, previamente con el gel.
- Seleccionar la modalidad manual o automática.
- Solicitar al usuario que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.

- Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.

- Retirar los electrodos.

- Identificar el registro con nombre del usuario, localización, fecha y hora de realización.

- **Observaciones:**

- Colocación de los electrodos:

- **Tórax. Derivaciones precordiales.**

- V 1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.

- V 2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.

- V 3 – Entre V 2 y V 4

- V 4 – 5^o espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda.

- V 5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V 4.

- V 6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V 4.

- **Extremidades.**

- R (Rojo): Muñeca derecha.

- A (Amarillo): Muñeca izquierda.

- N (Negro): Tobillo derecho.

- V (Verde): Tobillo izquierdo.

- Si existe imposibilidad de colocar algún electrodo en la zona indicada, situar éste lo más cercano a este punto.

- Registrar la realización de la técnica.

8.13. PUNCION LUMBAR

• **Definición:**

Introducción de un catéter entre las apófisis espinales de la columna vertebral siguiendo las técnicas preestablecidas.

• **Objetivos:**

- Extraer líquido cefalorraquídeo con fines analíticos, medición de la presión de dicho líquido o administración de fármacos.

• **Material:**

- Antiséptico.
- Anestésico local.
- Jeringas de 10 ml. con agujas I.M. y subcutánea.
- Mascarillas.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Pinza de Kocher.
- Campos estériles fenestrados y sin fenestrar.
- Catéteres de punción lumbar.
- 1 tubo estéril y 2 no estériles.
- Cinta adhesiva.
- Pedido de laboratorio y etiquetas de identificación

• **Procedimientos:**

- Asegúrese de que el usuario ha sido informado de la técnica que se le va a realizar.

- Ayúdele a colocarse, al borde de la cama, en posición fetal.
- Desinfecte la zona de punción con antiséptico.
- Mantenga sujeto al usuario hasta que haya sido introducido el catéter.
- Colabore con el médico mientras dure la realización de la técnica.
- Identifique los tubos que contienen las muestras y envíelos inmediatamente al laboratorio.
- Coloque un apósito estéril en la zona de punción y vigile los signos vitales.
- Aumente la ingesta de líquidos e indique al usuario que repose durante las dos horas siguientes.
- Coloque al usuario en posición cómoda.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

• **Observaciones:**

- Prescripción médica.
- Evite la movilización del usuario, en el momento de la punción
- El frasco que se envíe a microbiología, debe ser estéril.
- No guarde las muestras en el refrigerador. Envíelas rápidamente al laboratorio.
- Tome los signos vitales cada 30 min. Durante las dos primeras horas después de realizada la punción.

- Mantenga al usuario en decúbito supino en el período indicado por el médico.
- Registre la realización del procedimiento y los signos vitales.

8.14. EXTRACCIÓN DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO

- **Definición:**

Extracción de muestra de sangre para estudio microbiológico.

- **Objetivos:**

- Aislamiento e identificación del microorganismo responsable del proceso infeccioso.

- **Material:**

- Compresa.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Antiséptico.
- Jeringas y agujas de punción i/v
- Frascos de hemocultivo aerobio y anaerobio proporcionados por el laboratorio de Microbiología.
- Etiquetas de identificación.
- Goma de ligar.

- **Procedimientos:**

- El procedimiento de extracción de sangre para la realización de hemocultivo se debe realizar cumpliendo las máximas precauciones de asepsia.
- Higiene de manos.
- Colocar ligadura
- Colocarse los guantes estériles.
- Campo estéril..
- Realizar antisepsia en una zona de piel de unos 10 cm de diámetro alrededor del sitio de punción. Se comenzará por el centro y se irán haciendo círculos concéntricos hacia el exterior.
- Palpar la vena a puncionar
- Repetir el procedimiento.
- Dejar actuar 1-2 minutos, esto es: hasta que se seque el antiséptico sobre la piel.
- Mientras actúa el antiséptico desinfectar el tapón de goma del frasco de hemocultivo.
- Extraer la sangre sin tocar en ningún momento el campo desinfectado. Si fuera necesario palpar nuevamente la vena se cambiará los guantes estériles y se realizará nueva antisepsia de piel.
- Inyectar directamente la sangre en el frasco. No es necesario cambiar de aguja.
- Mover los frascos para que la sangre y el medio de cultivo se mezclen.

- Para frascos de sistemas automatizados, retirar las tirillas de las botellas y pegarlas en la hoja de pedido correspondiente al usuario. En ningún caso se rotulará o pegará ningún tipo de etiqueta adhesiva sobre los códigos de barras de las botellas.

- La cantidad de sangre a introducir en cada frasco es de 10 ml en el caso de usuarios adultos.

- En caso de neonatos y niños pequeños en que no se pueden obtener volúmenes grandes de sangre, es suficiente una cantidad 1-5 ml por frasco. En estos casos se utilizan frascos de hemocultivo pediátrico.

- Dos hemocultivos por usuario, previos al tratamiento antimicrobiano. El intervalo de tiempo entre las extracciones es suficiente con una hora, pero cuando exista una gran urgencia en iniciar el tratamiento, este intervalo puede acortarse hasta 15 minutos o se pueden extraer dos muestras simultáneas de diferentes sitios de punción. En caso de **endocarditis subaguda** se recomienda aumentar a tres frascos de hemocultivo repartidos en 24 horas y en caso de que la primera serie sea negativa, obtener tres muestras más al día siguiente. Si el usuario está recibiendo antibióticos puede ser necesario obtener otra serie de hemocultivo al tercer día..

- Deben enviarse en forma inmediata al laboratorio una vez finalizada la serie. Mientras, mantener a temperatura ambiente. Nunca debe refrigerarse ni congelarse.

• **Observaciones:**

- Extraer, si fuera posible, antes de iniciar antibioterapia.

- Nunca extraer sangre para hemocultivo de un catéter previamente insertado en el usuario. Sólo podrá ser válida la extracción si se realiza en momento de la inserción de dicho catéter.

- Observar la más estricta asepsia en la ejecución de la técnica para evitar contaminaciones o falsos positivos.

- Si después de un corto período de tiempo (4-5 días de período afebril) y aún a pesar de tratamiento antibiótico, aparece fiebre está indicada una nueva extracción de hemocultivo.

- Siempre que sea posible, lo correcto es extraer un set de hemocultivo, es decir dos extracciones de sangre cada una, separadas aproximadamente 30 min. En cada extracción se inoculan de sangre en el frasco de aerobios y los 10 cc restantes en el frasco de anaerobios.

- La enfermera/o procederá a la extracción de hemocultivo cuando aparezca escalofríos o pico febril en el contexto de cualquier proceso o enfermedad de los que se desconozca su origen.

- Se registrará día y turno en que se realiza la extracción, así como la temperatura del usuario en el momento de la extracción y/o síntomas que presenta el usuario.

9- REQUERIMIENTOS TERAPEUTICOS.

9.1. INSTALACIÓN DE CATETER PERIFÉRICO

• **Definición:**

Introducción de un catéter periférico para un acceso vascular.

• **Objetivo:**

- Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos, diagnósticos y en caso de emergencia.

• **Material:**

- Ligadura.
- Tapa Bocas.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Un catéter periférico N° elegido.
- Solución Antiséptica.
- Solución a infundir conectado da un equipo.
- Cinta adhesiva.
- Bolsa para desechos.
- Contenedor para objetos punzo cortantes.

• **Procedimientos:**

- Higiene de manos con antiséptico..
- Coloque al usuario en decúbito dorsal.
- Seleccione la vena a punzar.
- Coloque el tapa boca cubriendo la nariz.
- Corte la tela adhesiva a utilizar.
- Abra la envoltura del catéter
- Abra el paquete de gasas.
- Coloque ligadura en la parte superior del sitio seleccionado.
- Cálcese guantes..
- Con una gasa estéril mojada con antiséptico (IOP o Alcohol 70%) realice asepsia de la región seleccionada.
- Realizar la venopunción e introduzca el catéter.
- Cerciorarse que exista retorno sanguíneo.
- Retire la ligadura.
- Coloque una gasa por debajo del catéter.
- Retire la aguja (desechándola en el contenedor del punzo cortante).
- Ejerza presión unos 4 cm. Por arriba de donde se realizo la punción.
- Conecte la solución al catéter verificando la permeabilidad.
- Retire la gasa y deséchela en la bolsa correspondiente.
- Si usa apósito transparente solo coloque el apósito y fije la extensión del equipo a la piel con una tela adhesiva para fijarlo.
- Si se usa tela adhesiva coloque un cuadrado de gasa sobre el sitio de punción , y por ultimo coloque las corbatas para evitar el movimiento constante y el retiro accidental, fije la extensión del equipo a la piel.

- Anote la fecha de instalación; calibre del catéter y nombre de la persona que realizó el procedimiento.

- Recoja el material y equipo que se utilizó.

- Lávese las manos.

- **Observaciones:**

- El número de punciones no debe exceder de tres, un cuarto intento deberá estar a cargo de otra persona con mayor experiencia, seleccionando otro sitio y cambiando el catéter.

- No presionar cuando exista una lesión cerca del sitio de punción.

Palpe y observe el sitio de inserción todos los días para detectar complicaciones.

- Evitar punciones en los pliegues para evitar fractura del catéter y la formación de trombos.

- En adultos no puncionar las venas del pie ya que son muy trombo génicas.

- No rasurar el vello, solo cortarlos.

- Iniciar las punciones de la parte distal al proximal, es decir comenzando por el dorso de la mano e ir subiendo.

- Mantener libre de humedad y sangre el sitio de entrada del catéter y la cinta adhesiva.

- Evitar el uso de sistemas en Y con agujas siempre que sea posible.

- Colocar llave de 3 vías o polifix.

- Alternar el lugar de inserción cada 72 a 96 hs.

- Los frascos que contienen alcohol y Iodopovidona deben cambiarse cada 24 hs.

- Set de administración (PERFUS), llave de tres vías, polifix se cambia cada 72 a 96 horas siempre y cuando no exista sospecha de infección.

- El set de administración de nutrición parenteral se cambia cada 24 horas.

- El Catéter Venoso Periférico se cambia cada 72 a 96 horas; cambiar las tapas de llave de tres vías cada vez que se contamine.

- Evitar los riesgos de contaminación limpiando los accesos con antisépticos apropiados y manipulando cada técnica aséptica.

- Todos los accesos del sistema deben permanecer cerrado cuando no se estén usando.

9.2. CAMBIO O REEMPLAZO DE CATETER VASCULAR

Evaluar el sitio de punción diariamente en cada turno a través de la palpación (inflamación, observación del sistema de fijación, debe permanecer limpio y seco). No cambiar el sistema de fijación si no hay signos evidentes de infecciones. Si hay sospecha de inflamación y/o infección cambiar el sistema de fijación y observar directamente el sitio de punción.

Retirar o cambiar el catéter si existe riesgo de flebitis calor, dolor, rubor y si se palpa la infección o mal funcionamiento del catéter

En usuarios adultos, reemplazar el catéter venoso periférico a las 72-96 horas disminuye el riesgo de flebitis, si los sitios de accesos venosos son limitados y no hay signos evidentes de flebitis o infección.

9.3. PREPARACIÓN DE SOLUCIONES PARENTERALES

• **Objetivos:**

- Disminuir la contaminación de las soluciones parenterales durante su preparación para evitar la presencia de infecciones.

• **Material:**

- Alcohol 70%.
- Gasitas estériles.
- Jeringas.
- Agujas.
- Guantes desechables limpios.
- Diluyente.
- Apósito estéril.
- Equipo de infusión (macro y microgotero)
- Rotulo.
- Soluciones y medicamentos según indicación medica.
- Contenedores de punzo cortantes y bolsas para desechos.

• **Procedimientos:**

- Realice aseo del área de preparación de soluciones con apósito humedecido con alcohol 70%.

- Seleccione las soluciones indicadas e inspeccione los envases en busca de grietas, rupturas y que el líquido no este turbio o tenga alguna alteración.

- Limpie los envases de soluciones y ampollas a ser utilizados con agua y jabón y luego con un apósito humedecido con alcohol al 70% de arriba hacia abajo.

- Lávese las manos.
- Rotular las soluciones.
- Fechar los equipos de infusiones y de volutrol

• **Observaciones:**

- No tape los restantes de medicamentos en ampollas con tela adhesiva.
- Respete las recomendaciones para la dilución de medicamentos, utilizando sus propios diluyentes.

- Al terminar de pasar el medicamento pase 10 a 20 ml. de solución a través del volutrol; para la administración total de dicho medicamento y dejarlo limpio para el siguiente uso.

- Cerrar el equipo al término de cada medicación para evitar retorno venoso sanguíneo.

- Evite preparar simultáneamente medicamentos que contengan incompatibilidad química con otros medicamentos como por ejemplo:

Vancomicina – DFH – Diazepan, etc., esto evitara precipitaciones o formación de cristales que obstruyan el paso de la solución.

- Cambiar equipos de infusión cada 72 a 96 hs.
- Nutrición parenteral cada 24 Hs.
- Equipo de trasfusión por cada bolsa.

9.4. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS

• **Definición:**

Es una técnica básicamente de enfermería que requiere conocimiento de bases fisiológicas y manejo de la atención al usuario y la aplicación correcta de un protocolo para prevenir complicaciones.

• **Objetivos:**

- Restaurar el volumen sanguíneo.
- Mejorar la hemoglobina.
- Corregir niveles séricos de proteínas.

• **Material:**

- Jeringa 5 ml para extraer muestras para prueba cruzada.
- Catéter periférico adecuado.
- Equipo de trasfusión con filtro antibacteriano y anti burbujas.
- Solución salina con equipo

• **Procedimientos:**

- Higiene de manos
- Instalación del catéter periférico según protocolo.
- Extracción de material para prueba cruzada
- Verificar la compatibilidad de la bolsa de sangre con el usuario.
- Verificar que el equipo percusor contenga filtro.
- Iniciar la trasfusión a 2 ml por minuto durante los primeros 15 minutos.
- Permanecer cerca del usuario, para detectar signos y síntomas de la reacción adversa para interrumpir de inmediato la trasfusión y comunicar al médico.
 - Si no se presentan reacciones adversas, aumentar el goteo a lo indicado.
 - Una unidad de sangre total o concentrado de Hematíes, debe transfundirse en 2 horas o como máximo de 4 horas.
 - Unidad de Plasma en 30 minutos.
 - Unidad de plaquetas entre 5 y 15 minutos.
 - Pasado este tiempo, aumenta la probabilidad de contaminación.
 - La trasfusión debe pasar solo y jamás perforar e inyectar aire a la bolsa o sistema, puede provocar contaminación o embolia gaseosa.
 - Registre el procedimiento; producto sanguíneo administrado, signos vitales, antes, durante y después de la trasfusión, el volumen total transfundido, el tiempo de la trasfusión y la respuesta del usuario.

• **Observaciones:**

- Si el usuario presenta los siguientes síntomas: Escalofríos, hipotermia, hipotensión, cefalea, urticaria, dolor lumbar, dolor torácico, sensación de calor, náuseas, vómitos, o taquicardias seguir los siguientes pasos:

- Suspender la transfusión y comenzar con solución salina para preservar la permeabilidad del acceso venoso.

- Avisar al médico

- Vigilar signos vitales cada 15 minutos o según lo indique el tipo y la gravedad de la reacción.

- Administrar oxígeno, adrenalina, etc. Según prescripción médica.

- Vigilar la ingestión y excreción de líquidos y recoja la primera muestra de orina después de la reacción.

- Comunique al banco de sangre.

- Registre todas las incidencias.

- Una vez finalizada la transfusión retirar el equipo y desecharlo en contenedores apropiados, al ser material potencialmente biopeligroso.

9.5. INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

• **Definición:**

Consiste en introducir un catéter por vía venosa habitual hasta llegar a la vena Cava superior y a la Aurícula.

• **Objetivos:**

- Administrar sustancias terapéuticas, fluido terapia prolongada (más de 48 horas), sustancias de alta osmolaridad (Nutrición parenteral) que necesitan un gran flujo de sangre para ser diluidas de inmediato.

- Medir la PVC.

- Extraer muestras de sangre con fines analíticos,

• **Material:**

- Agua y jabón.

- Antiséptico

- Guantes estériles.

- Mascarilla, gorro y bata estéril.

- Campo estéril

- Catéteres de diferentes calibres.

- Introdutor, si precisa.

- Anestesia local.

- Jeringas y agujas.

- Gasas estériles.

- Hojas de bisturí, seda con aguja y porta aguja.

- Pinza de disección.

- Cinta adhesiva.

- Solución a perfundir.

- Conexión y llave de paso de tres vías.

- Soporte de suero..

- **Procedimientos:**

- Lave la zona de inserción con agua y jabón.
- Séquela con gasas estériles y desinféctela con antiséptico, dejándola actuar durante 30 seg.
- Colabore con el médico durante la intervención.
- Entregue el equipo de perfusión previamente purgado.
- Abra la llave y ajuste el ritmo de goteo.
- Fije el catéter con la cinta adhesiva estéril a la piel del usuario.
- Coloque un apósito estéril y anote la fecha.

- **Observaciones:**

- Prescripción médica..
- Evite el acodamiento del catéter.
- Registre fecha y hora de realización del procedimiento.

9.6. CURACION DE HERIDAS

- **Definición:**

Realizar la curación de heridas, asegurando las medidas necesarias para evitar la infección de la misma y permitir su correcta cicatrización.

- **Objetivos:**

- Facilitar la cicatrización de la herida evitando la infección.

- **Material:**

- Carro de curación conteniendo todo el material necesario

- **Procedimientos:**

- Comprobar que el carro de curación está limpio y repuesto con todo el material necesario
- Higiene de manos.
- Coloque al usuario en la posición adecuada.
- Retire el apósito.
- Retírese los guantes desechables y cámbieselos por unos estériles.
- Coloque campo estéril con el material necesario.
- Limpie la herida siempre desde los bordes hacia el exterior.
- Seque siempre con gasas estériles.
- Aplique suero fisiológico.
- Coloque el apósito adecuado al tamaño de la herida.
- Fije bien el apósito.
- Recoja el material utilizado.

- **Observaciones:**

- Valore el estado de la herida y compruebe que no hay signos de infección. Respete durante todo el procedimiento las normas de asepsia y esterilidad.
- Si tiene que aplicar pomadas o cualquier solución deseche la primera porción
- Registre la realización de la curación así como si ha observado cualquier signo de infección.

9.7. ADMINISTRACION DE MEDICACION INTRAMUSCULAR

• **Definición:**

Consiste en administrar un medicamento a un usuario, por vía intramuscular, con fines terapéuticos o de preparación para una exploración complementaria.

• **Objetivos:**

- Introducir un medicamento por vía intramuscular por prescripción médica.

• **Material:**

- Jeringas y agujas.
- Algodón.
- Alcohol de 70°.
- Bandeja desinfectada.
- Guantes.

• **Procedimientos:**

- Mire la dosis prescrita, en la hoja de medicación.
 - Si el inyectable es un vial, desinfecte con alcohol el tapón de látex.
 - Coloque la jeringa identificada y el algodón impregnado en alcohol, en la bandeja.
 - Coloque al usuario en la posición adecuada: decúbito lateral derecho o izquierdo, si se inyecta en el glúteo.
 - Decúbito supino, si se inyecta en el muslo.
 - Desinfecte la zona donde va a inyectar, con alcohol, dejándolo en contacto con la piel durante 30 segundos.
 - Introduzca la aguja perpendicularmente a la piel, dando un golpe seco y rápido.
 - aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto.
 - Inyecte el fármaco lentamente.
 - Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.
- ### • **Observaciones:**
- Revise la historia y pregunte al usuario si es alérgico a algún medicamento.
 - Si una vez administrado el medicamento el usuario presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción (local o general).
 - Registro el procedimiento.

9.8. ADMINISTRACION DE MEDICACION SUBCUTÁNEA

• **Definición:**

Consiste en administrar un medicamento a un usuario, por vía subcutánea, con fines terapéuticos o de preparación para una exploración complementaria.

- **Objetivos:**
 - Administración de medicamento.
 - Preparación para exploración complementaria.
- **Material:**
 - Jeringas y agujas.
 - Algodón.
 - Alcohol de 70°.
 - Bandeja desinfectada.
- **Procedimientos:**
 - Desinfecte la zona de punción.
 - Pinche rápido y firmemente en el tejido formando un ángulo de 45° aproximadamente.
 - aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto.
 - Inyecte el fármaco lentamente.
 - Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.
- **Observaciones:**
 - Revise la historia y pregunte al usuario si es alérgico a algún medicamento.
 - Si una vez administrado el medicamento el usuario presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción (local o general).
 - Registre el procedimiento.

9.9. ADMINISTRACION DE MEDICACION EN BOLO

- **Definición:**

Consiste en administrar un medicamento o similar a un usuario, por vía venosa periférica, con fines terapéuticos o de preparación para una exploración complementaria.
- **Objetivo:**
 - Introducir un medicamento por vía intravenosa por prescripción médica..
- **Material:**
 - Jeringas y agujas I.V.
 - Algodón.
 - Antiséptico
 - Medicación prescrita.
 - Bandeja desinfectada con alcohol. 70 %
- **Procedimientos:**
 - Compruebe la prescripción
 - Mire la dosis prescrita en la hoja de tratamiento.
 - Desinfecte la goma del frasco de medicamento.
 - Introduzca el disolvente en el interior del vial.
 - Compruebe la homogeneidad de la solución.

- Introduzca en el vial una cantidad de aire igual al volumen de la solución a extraer.

- Invierta el frasco y extraiga la solución, deseche la aguja.

- Identifique la jeringa.

- Inyecte la solución lentamente.

- Retire la jeringa y regule el goteo.

- Si la administración del fármaco precisa una mayor dilución o bien en perfusión continua, utilice equipo volumétrico.

• **Observaciones:**

- Revise la historia y pregunte al usuario si es alérgico a algún medicamento. Si una vez administrado el medicamento el usuario presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción (local o general).

- Si el usuario presenta algún tipo de reacción anormal durante la administración **NO CONTINÚE**.

- Registre el procedimiento.

9.10. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL

• **Definición:**

Consiste en administrar un medicamento por vía oral

• **Objetivos:**

- Administrar un medicamento por vía oral por prescripción médica

• **Material:**

- Sobres de medicación.

- Vasos de medicación.

- Bandeja.

• **Procedimientos:**

- Una vez preparado el material y el usuario, proceder a administrar la medicación.

- Entregar la medicación al usuario y comprobar que se la toma, restándole ayuda si lo precisa.

- En caso de alguna anomalía anotarlo en la hoja de observaciones de enfermería de la Historia Clínica del usuario: si no deglute bien, reacciones alérgicas, etc.

- Ante la posible omisión de esta tarea indicar su causa.

• **Observaciones:**

- Asegúrese de que esté prescrito por el médico.

- Compruebe la dosis y el nombre del usuario.

- Verifique la hora de administración,

- Compruebe los antecedentes de alergias medicamentosas y efectos secundarios.

- Asegúrese de que la medicación, si va asociada a las comidas, se deba tomar antes, durante o después de las comidas.

- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

9.11. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VÍA RECTAL

• **Definición:**

Consiste en administrar un medicamento o similar por vía rectal.

• **Objetivos:**

- Administrar medicamentos con fines terapéuticos.
- Preparación para prueba complementaria.

• **Material:**

- Guantes desechables.
- Bandeja.
- Gasas.
- Vaselina.
- Medicamento prescrito.

• **Procedimientos:**

- Lubrique el medicamento con vaselina.
- Introduzca el medicamento lo más profundo posible

• **Observaciones:**

- Compruebe la dosis, vía de administración y nombre del usuario.
- Evite los traumatismos.
- Aísle al usuario.
- Procure que el recto esté vacío de heces.
- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

9.12. ADMINISTRACION DE MEDICACION VIA OTICA

• **Definición:**

Es la administración por vía ótica de medicamentos

• **Objetivo:**

- Administrar medicamentos con fines terapéuticos

• **Material:**

- Medicamento.
- Algodón y gasas.

• **Procedimientos:**

- Comprobar que el medicamento corresponde con la prescripción médica
- Comprobar que el medicamento está a temperatura ambiente.
- Colocar al usuario en decúbito lateral con el oído afectado al descubierto.
- Fraccionar del pabellón auditivo suavemente hacia arriba y hacia atrás.
- Administrar el medicamento según la prescripción médica sin tocar con la cuenta gotas el pabellón auricular.
- Colocar taponamiento si está prescrito.

• **Observaciones:**

- Indicar al usuario que debe mantener la posición decúbito lateral durante al menos 10 min.

- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

9.13. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR INHALACION

• **Definición:**

Es la administración por vía respiratoria de un medicamento, inhalando.

• **Objetivo:**

- Administrar un medicamento prescrito por vía respiratoria.

• **Material:**

- Medicación.
- Cámara de nebulización si precisa.

• **Procedimientos:**

- Comprobar que la medicación corresponda con la prescrita para el usuario.
- Colocar al usuario en posición sentado con la cabeza inclinada hacia atrás.
- El usuario debe espirar la mayor cantidad de aire posible.
- Colocar el inhalador en la boca del usuario y pedirle que cierre la boca alrededor de éste de forma que la dosis de medicamento que inhale sea la prescrita.
- Pedir al usuario que coordine la aplicación de la dosis con una inspiración profunda.

• **Observaciones:**

- Si la aplicación se realiza con cámara de inhalación seguir las instrucciones de uso de la misma.
- Anotar la administración del fármaco en hoja de administración de medicamentos.

9.14. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA TOPICA

• **Definición:**

Es la administración de medicación por vía cutánea.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita por vía cutánea.

• **Material:**

- Medicación.
- Guantes desechables.
- Gasas.

• **Procedimientos:**

- Comprobar que la medicación corresponda con la prescrita para el usuario.
- Comprobar que la piel está limpia y seca.
- Aplicar una cantidad suficiente de medicamento dependiendo de la amplitud de la zona a tratar sobre una gasa estéril y administrar sobre la piel del usuario.
- Si es necesaria la oclusión de la lesión, aplicar apósito o vendaje.

• **Observaciones:**

- Evitar que el medicamento entre en contacto con los ojos o las mucosas.
- Restringir la aplicación del medicamento a la zona afectada.
- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

10- OTROS CUIDADOS

10.1. RCP BÁSICO.

- **Definición:**

Conjunto de maniobras y procedimientos para sustituir y restaurar la circulación, la respiración y función cerebral.

- **Objetivos:**

- **Material:**

- **Procedimientos:**

Luego de detectar la ausencia de respuesta, se solicitará ayuda y desfibrilador y luego:

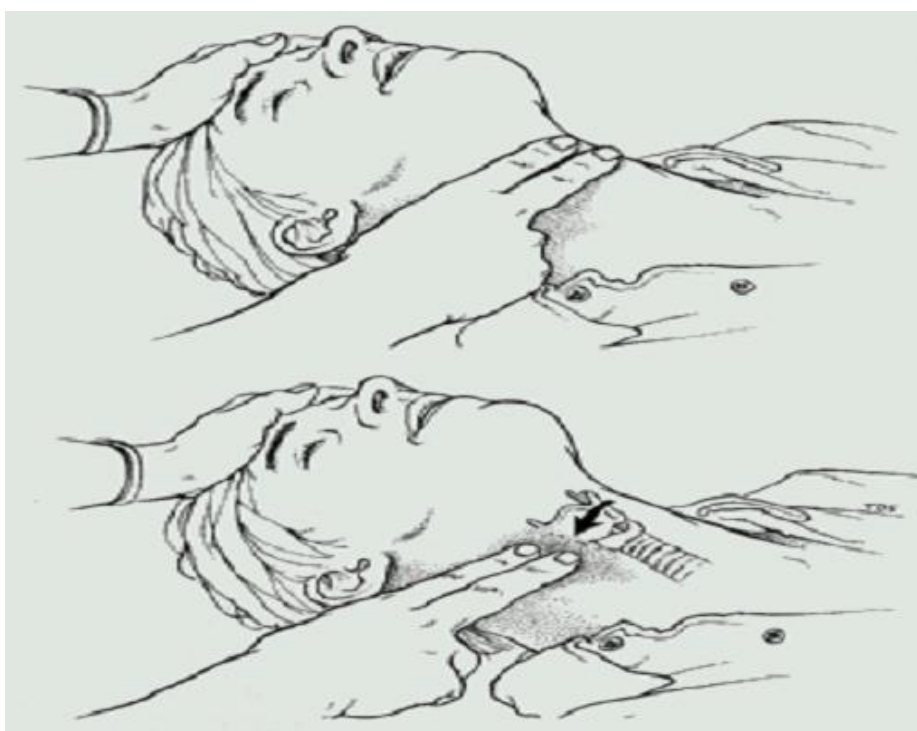
- Los pasos de la reanimación se guían por las 4 letras del alfabeto.

C- CIRCULACIÓN

El PS deberá verificar el pulso en 10 segundos o menos:

- *Carótida en adultos
- *Carótida o femoral en niños
- *Humeral o femoral en bebés

El lego podrecherà directamente a la compresión sin verificar pulso, signos de circulación ni ningún otro signo vital



Determinando la ausencia de pulso. Localice la laringe mientras mantiene la cabeza en posición inclinada (arriba). Deshice los dedos hacia el surco entra la tráquea y los músculos a un lado del cuello en donde se puede sentir el pulso de la carótida (abajo).



Sitio correcto para compresiones cardíacas.

Relación compresión:ventilación

Adultos: 30:2

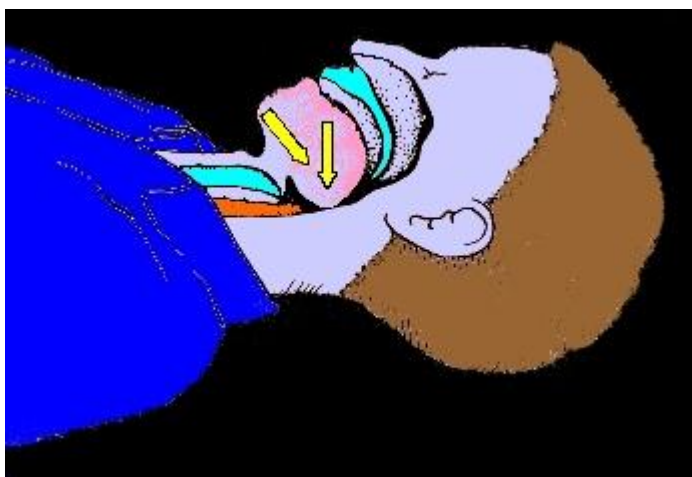
Niños: 30:2

Bebés: 30:2

En niños y bebés, la RCP realizada por dos rescatadores, alternará 15 compresiones con 2 ventilaciones

A- VÍAS AÉREA

Abrir la vía aérea



**Obstrucción
producida
por la lengua**



Corrección de la obstrucción al elevar el mentón

B- RESPIRACIÓN

Buena ventilación

30 Compresiones



2 Ventilaciones

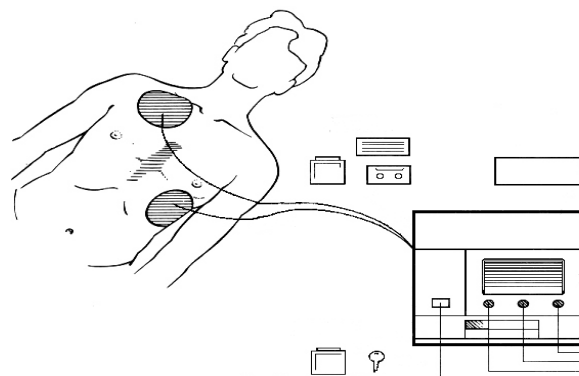


Todos los rescatadores darán dos ventilaciones iniciales de **1 segundo** cada una.

Si la primera ventilación no es efectiva, reabra la vía aérea y repita la maniobra.

D- DESFIBRILACIÓN

Desfibrilación – DEA



Desfibrilador manual



10.2. CARRO DE EMERGENCIAS

• **Definición:**

Revisión sistemática del contenido del carro de emergencia según los intervalos de tiempo establecidos por el servicio.

• **Objetivos:**

Mantener el carro de emergencia preparado para actuar cuando se precise.

Asegurar el buen estado de todo el material del carro incluyendo las caducidades de todos los medicamentos y dispositivos.

Facilitar el acceso rápido a todo el material y fármacos necesarios para el tratamiento de un paro cardiorrespiratorio.

• **Material:**

- Pinza de Magill.
- Bolsa de ventilación manual tipo “ambú”
- Tabla rígida.
- Laringoscopio con hojas funcionantes de adultos y pediátricos, rectas y curvas.
- Pilas de repuesto para el laringoscopio.
- Medicación
- Guantes estériles.
- Sonda vesical
- Sondas de aspiración de diferentes calibres.
- Tubos endotraqueales de cada número.
- Guías para intubación.
- Vendas.
- Apósitos adhesivos.
- Cinta Adhesiva
- Tubos de lubricante urológico.
- Jeringas de 5 c.c.

- Jeringas de 10 c.c.
- Mascarilla de ambú de dos tamaños.
- Mascarillas y gafas nasales de oxígeno.
- Catéteres Intravenosos y de vía central.
- Agujas intravenosas.
- Equipos de humidificador de oxígeno.
- Paquetes de gasas estériles.
- Contenedor para material punzante.

• **Procedimientos:**

- El carro deberá ser revisado tras su uso y según protocolo del servicio.
- Los carros de emergencias deben estar situados en un área accesible y visible de la unidad.
- Durante una emergencia no desechar de inmediato lo administrado y utilizado porque servirá para tener un control de lo administrado y así poder identificar todo lo que se ha de reponer.
- Comparar el equipo del carro con la lista del material que se encuentra encima del carro.
- Ordenar todo el equipo y suministros designados en el carro.
- Asegurarse de que el equipo se encuentra en condiciones operativas: buen funcionamiento del laringoscopio, estado de las pilas, ambú, mascarilla y conexiones.
- Limpiar el equipo.
- Verificar fecha de caducidad de todos los suministros y fármacos.
- Reemplazar los suministros que falten o estén caducados.

Instruir al nuevo personal de enfermería acerca del procedimiento de comprobación del carro.

BIBLIOGRAFÍA

1. Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica. Kozer, Barbara. Ed. Interamericana. Mcgraw-Hill. 1993.
2. Módulos de procedimientos básicos en enfermería. Ed. Manual Moderno. 1980.
3. Enfermería profesional. Técnicas de enfermería. Wieck, Lyng. Mcgraiw-Hill. 1993.
4. Ética para estudiantes de enfermería: un programa de formación. Roser Valls. Ed. Rol, S.A. 1996.
5. Movilización, traslado y deambulacion del paciente en enfermería. Obenrader, Mary Horstman. Ed. Doyma. 1988.
6. Manual de enfermería médico-quirúrgica. Pamela L. Swearingen. Harcourt Brace 3ª edición. 1998.
7. Enfermería médico-quirúrgica. L.S. Brunner. D.S. Suddarth . 7ª edición. Ed. Emalsa,S.A. 1992.
8. Cuadernos de la enfermera. Darragon, Thierry. Ed. Masson. S.A. 1980.
9. Salud mental. Enfermería psiquiátrica. Juiciobobes.
10. Como dar las malas noticias en medicina. Marcos Gómez. Ed. Grupo Aula Médica,S.A. 1996.
11. Comunicación con los pacientes. Editado por Laboratorios Menarini.
12. Guía programa y actuaciones protocolarias en la práctica psiquiátrica. Dr. Ruben J. Díaz; Dr. Ma - Isabel Hidalgo. Ed. Harcourt-Brace de España, S.A.. 1996.
13. Apuntes de enfermería psiquiátrica. Jassen-Cilag.
14. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. H.U. Virgen de la Victoria. Málaga, año 2000.
15. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. H.U. Reina Sofía. Córdoba, año 1998.
16. Manual de protocolos y procedimientos de enfermería. Área Hospitalaria de Valme, Sevilla, año 2001.