2021

E.S.E HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN. GUAMAL - MAGDALENA



[PROTOCOLOS DE ENFEREMERIA]

1. INTRODUCCIÓN

Los procedimientos de enfermería constituyen uno de los pilares básicos, que de alguna manera determinan, el compromiso que los profesionales tienen en el desarrollo de los cuidados.

El servicio de urgencias y urgencias y hospitalización de la E.S.E. Hospital Nuestra Señora del Carmen cuenta con los protocolos necesarios para ofrecer al paciente cuidados oportunos y veraces, sin embargo, alguno de los procedimientos descritos en los mismos se encuentran desactualizados por lo que se hace necesario su revisión y actualización oportuna permitiendo ofrecer una guía que mejore la variabilidad en la práctica clínica, adecuándose a los nuevos escenarios del Plan de Atención ciudadana y que sirva de horizonte a todos aquellos profesionales que se enfrentan de distinta forma, al difícil arte de cuidar.

No cabe duda que esta guía debe ir acompañado de una buena práctica profesional, orientada a lo mas nuclear de nuestro trabajo, "el enfermo y su familia", poniendo nuestros conocimientos al servicio de la salud y construyendo un sistema sanitario más justo para todos.

Por todo lo anterior se hizo necesaria la actualización de los procedimientos que a continuación se describen siendo estos los que se realizan con mayor frecuencia en el servicio.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo General

Identificar la desactualización de algunos procedimientos enfermeros que se encuentran plasmados en los protocolos del servicio de urgencias y urgencias y hospitalización en la HOSPITAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN, a través de una revisión oportuna de los mismos, con el fin de actualizar los procedimientos que se realizan con mayor frecuencia en el servicio.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Hacer una revisión detallada de los procedimientos que se encuentran plasmados en los protocolos de enfermería del servicio de urgencias y urgencias y hospitalización.
- ✓ Identificar de manera oportuna la desactualización de procedimientos enfermeros.
- ✓ Relacionar los procedimientos enfermeros realizados en el servicio, con los que se aplican en la práctica clínica de manera general.

3. ASPIRACION DE VIAS AEREAS

3.1. DEFINICION

Es una técnica estéril encaminada a eliminar del árbol bronquial las secreciones que el paciente no puede expulsar de forma espontánea.

3.2. OBJETIVOS

- ✓ Mejorar la permeabilidad de las vías aéreas respiratorias.
- ✓ Prevenir y evitar la disnea, hipoxia e hipercapnia por secreciones.
- ✓ Prevenir la formación de infecciones y atelectasias por acumulo de secreciones.

3.3. RESPONSABLES

Lo realiza la enfermera con ayuda de la auxiliar de enfermería.

3.4. EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Sonda nelaton de calibre adecuado
- ✓ Guantes estériles
- ✓ Guantes de manejo
- ✓ Gasas
- ✓ Aplicadores
- ✓ SSN 0.9% o Agua destilada
- ✓ Aspirador (En la habitación del paciente)
- ✓ Fuentes de oxigeno (Habitación del paciente)
- ✓ Jeringa de 10cc
- ✓ Micropore

3.5 PRECAUCIONES

- ✓ La manipulación de la sonda puede estimular los receptores vágales capaces de desencadenar bradicardia, bloqueo cardiaco, extrasístole, irritación ventricular, e incluso taquicardia ventricular y asistolia.

- ✓ Para prevenir arritmias graves administrar al paciente oxigeno suplementario antes y después de la aspiración. Si a pesar de estas medidas aparece la arritmia, detener la aspiración, retirar la sonda y emprender las acciones oportunas según la situación del paciente.

- ✓ La manipulación de la sonda puede irritar la mucosa faríngeo-traqueal y causar hemorragia.

- ✓ Para prevenir la irritación y evitar hemorragia se debe regular la presión de aspiración, lubricar la sonda y hacer aspiraciones cortas girando la sonda y retirándola poco a poco.

- ✓ El contacto de la sonda con la glotis puede producir tos, nauseas y vómitos.
- ✓ La aspiración nasotraqueal no debe aplicarse a pacientes con problemas de coagulación o enfermedades hepáticas crónicas o a pacientes que hayan presentado laringo-espasmos durante aspiraciones o intubaciones endotraqueales previas.
- ✓ También debe practicarse con extrema precaución en pacientes con historia de pólipos nasales e hipoxemia por aspiración.

3.5. PROCEDIMIENTO

- ✓ verifique en la historia clínica el procedimiento, y determine la necesidad de la aspiración oral, nasal o traqueal tras evaluar exhaustivamente al paciente.
- ✓ Ausculte los sonidos respiratorios del paciente antes y después de la aspiración.
- ✓ Informe al paciente y a la familia sobre la aspiración.
- ✓ Tenga en cuenta el sistema de precauciones universales: Guantes, Gafas y Mascarilla.
- ✓ Coloque al paciente en posición semifowler.
- ✓ Prepare el aspirador y conecte la sonda al tubo correspondiente.
- ✓ Proporcione oxigeno suplementario al paciente previo a iniciar el procedimiento.
- ✓ Colóquese los guantes estériles e inicie la aspiración de manera circular con el fin de extraer la totalidad de las secreciones del paciente.
- ✓ Basar la duración de cada pase de aspiración traqueal en la necesidad de extraer secreciones y en la respuesta del paciente a la aspiración.
- ✓ Limpie la zona de alrededor del estoma traqueal después de terminar la aspiración traqueal o alrededor del área bucal o nasal si procede.
- ✓ Detenga la succión traqueal y suministre oxígeno suplementario si el paciente lo requiere.
- ✓ Varíe las técnicas de aspiración en función de la respuesta clínica del paciente.
- ✓ Deje al paciente en una posición cómoda.
- ✓ Deseche los materiales utilizados teniendo en cuenta el código de colores.

- ✓ Anote el tipo y cantidad de secreciones obtenidas en la historia clínica del paciente.

3.6. MEDIDAS A TENER EN CUENTA.

- ✓ Algunas de las consecuencias de la aspiración son: traumas en la tráquea, hipoxemia, hipertensión, arritmias cardiacas y aumento de la presión intracraneal.
- ✓ Según los pacientes, la aspiración puede resultar dolorosa y puede provocar ansiedad.
- ✓ La administración de un bolo de cloruro sódico al 0,9% (salino normal) para fluidificar las secreciones no se encuentra constatada en la literatura.
- ✓ Existe la posibilidad de que aparezcan múltiples bacterias en la vía aérea inferior durante la práctica repetida de aspiración, especialmente si se recurre a la instilación de SSN0.9% de forma constante como parte de este procedimiento.
- ✓ La proporción entre el diámetro de la sonda de aspiración y el diámetro interior del tubo endotraqueal puede estar relacionada directamente con una presión negativa ejercida sobre los pulmones.
- ✓ Se ha observado que el descenso en los niveles de PaO2 es mayor cuanto mayor es la sonda de aspiración empleada.
- ✓ Duplicar el tiempo de duración de la aspiración puede hacer que también se duplique el descenso en los niveles de PaO2.
- ✓ La hiperoxigenación previa a la aspiración puede reducir posibles riesgos de hipoxemia por aspiración. Al combinar hiperoxigenación se puede reducir el riesgo de hipoxemia.

4. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

4.1. DEFINICIÓN

Preparar, administrar y evaluar la efectividad de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

4.2. OBJETIVOS

- ✓ Garantizar la correcta administración de fármacos en los pacientes que se encuentran hospitalizados.
- ✓ Erradicar los factores asociados a los errores en la administración de medicamentos.

- ✓ Mejorar la calidad de los cuidados que suministra el personal de enfermería durante la administración de medicamentos.

4.3. RESPONSABLES

La enfermera jefe que se encuentre en los turnos de 7:00am – 1:00pm y de 1:00pm – 7:00pm será la responsable de la administración de medicamentos.

La auxiliar de enfermería se encargará de la administración de medicamentos en los turnos de 7:00pm – 7:00am.

La preparación de medicamentos estará a cargo de la auxiliar de enfermería asignada en unidosis en donde se actualizaran diariamente las tarjetas de medicamentos por parte de la enfermera jefe.

En los casos que sean pacientes que ingresen en los turnos de 7:00am – 7:00pm los medicamentos serán preparados por la auxiliar.

4.4. EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Fármaco prescrito según órdenes médicas.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Torundas de algodón secas y húmedas.
- ✓ Bolsa recolectora de desechos.
- ✓ Tijeras.
- ✓ SSN0.9% 100cc.
- ✓ Jeringa de 5cc.

4.5. REGLAS PARA LA ADMINISTRACIÓN SEGURA DE MEDICAMENTOS

4.5.1. Identificar el medicamento y comprobar la fecha de caducidad.

- ✓ Comprobar el nombre de la especialidad al preparar el medicamento.
- ✓ Si existe alguna duda, no administrar y consultar.
- ✓ Se desechará cualquier especialidad farmacéutica que no esté correctamente identificada.

4.5.2. Administrar el medicamento al paciente indicado

- ✓ Comprobar la identificación del paciente.

4.5.3. Administrar la dosis correcta

- ✓ Siempre que una dosis prescrita parezca inadecuada, comprobarla de nuevo.

4.5.4. Administrar el medicamento por la vía correcta:

- ✓ Asegurar que la vía de administración es la correcta.
- ✓ Si no aparece en la prescripción consultar.

4.5.5. Administrar el medicamento a la hora correcta.

- ✓ Registrar todos los medicamentos administrados.
- ✓ Informar e instruir al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo.
- ✓ Comprobar que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito.
- ✓ Investigar si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas
- ✓ Antes de preparar y administrar un medicamento realizar lavado de manos.

4.6. ÁREA DE PRESCRIPCIÓN

- ➢ Escrita y firmada por el médico prescriptor.
- ➢ Perfectamente legible, con el sello y la firma correspondiente.
- ➢ Debe constar:
  - ✓ Nombre del paciente.
  - ✓ Medicamento a administrar.
  - ✓ Dosis.
  - ✓ Vía de administración.
  - ✓ Intervalo de administración.
  - ✓ Tiempo de infusión (si fuera necesario).

NO ADMINISTRE NINGUN MEDICAMENTO QUE NO CUMPLA LOS REQUISITOS ANTERIORES.

4.7. PROCEDIMIENTO

- ✓ Antes de proceder a la preparación de la medicación realice un adecuado lavado de manos.
- ✓ Compare el rótulo del medicamento a administrar con el que entrega la auxiliar de enfermería de unidosis adherido a la solución medicamentosa ya sea en SSN09% o en jeringa.
- ✓ Compruebe la fecha de caducidad en caso de que prepare el medicamento en el servicio correspondiente.
- ✓ Busque signos de decoloración o precipitación. Nunca administre un medicamento que no parezca normal.
- ✓ Asegúrese del cálculo de la dosis. En caso de duda consultar.
- ✓ Prepare el medicamento según procedimiento específico de cada fármaco.
- ✓ Rotule el frasco o jeringa de manera clara: nombre, nº de cama, vía, compuesto a administrar y hora.
- ✓ Es preferible evitar en lo posible las mezclas de medicamentos en el mismo envase.
- ✓ Actúe con el grado de asepsia adecuado a las circunstancias.
- ✓ Si el paciente tiene dudas sobre la medicación compruébelo.
- ✓ En el caso de fármacos por vía oral, nunca deje la medicación al paciente o familia sin asegurarse que están bien informados de la correcta administración del mismo.
- ✓ Compruebe siempre si se han tomado la medicación.
- ✓ Ponga especial atención en pacientes dependientes y / o sin cuidador principal.
- ✓ No administrar ningún preparado que no sea prescrito o autorizado por el médico asignado al paciente, aunque lo traiga el paciente.
- ✓ Compruebe la fecha del equipo, cambie si es necesario y prosiga a conectar el medicamento al equipo.
- ✓ Limpie con una torunda de algodón húmeda y seque con una torunda seca previo a la conexión del medicamento al dispositivo.
- ✓ Permeabilice la vía con SSN0.9% 5cc.
- ✓ Conecte el medicamento a goteo moderado.
- ✓ Verifique que el medicamento pasa correctamente.
- ✓ Deje cómodo al paciente, si el paciente tiene pendiente la administración de otro fármaco devuélvalo a la bandeja y solicite al paciente o al familiar que anuncie una vez este haya terminado para la administración del fármaco pendiente.
- ✓ Una vez termine la medicación lave nuevamente la vena para disminuir el riesgo de flebitis.
- ✓ Deje cómodo al paciente.
- ✓ Anotar los medicamentos administrados en el registro de enfermería, con la firma del enfermero/a o auxiliar de enfermería que lo ha administrado.
- ✓ Anotar la medicación de urgencias.
- ✓ Anotar cualquier incidencia o reacción de la medicación.
- ✓ En caso de no administrar alguna medicación, anotar el motivo

4.8. REGISTRO

4.8.1. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía oral el tratamiento prescrito por el médico tratante teniendo en cuenta la dosis y horarios indicados con una higiene correcta.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Tarjetas con medicamento prescrito.
- ✓ Mortero o triturador de tabletas.
- ✓ Vasos pequeños con medicamentos unidosis.
- ✓ Jeringas dosificadoras.
- ✓ Vasos desechables para suministrar agua al paciente.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Informar al paciente.

3. colocarse los guantes.

4. Colocar al paciente en posición Fowler ó semisentado.

5. Valorar la capacidad de deglución del paciente.

6. Dar la medicación al paciente proporcionándole agua u otro líquido en cantidad suficiente para que la medicación llegue al estómago.

. Asegurarse que la medicación administrada ha sido ingerida por el paciente.

8. Deje al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.

9. Valore la tolerancia y los posibles efectos adversos a la medicación y comuníquelo al médico tratante si los hubiera.

10. Retire el material.

11. retírese los guantes.

12. Realice lavado de manos.

13. Registre el medicamento administrado en la Hoja de tratamiento correspondiente y en las notas de enfermería.

OBSERVACIONES

Asegurarse de la capacidad de deglución del paciente. En caso de estar disminuida o anulada se notificará para elegir otra vía de Administración.

4.8.2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBLINGUAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía sublingual el tratamiento prescrito por el médico tratante según la dosis y horarios indicados con una higiene correcta.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos,

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjetas con medicamento prescrito.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Jeringas dosificadoras.
- ✓ Vasos unidosis medicación.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Informar al paciente.

3. Colocarse los guantes.

4. Colocar al paciente en posición Fowler ó semisentado.

5. pedirle al paciente que abra la boca y colocar la medicación debajo de la lengua.

6. Indicar al paciente que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva.

7. Pedir al paciente que no mastique la medicación ni la toque con la lengua para evitar deglución accidental.

9. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.

10. Recoger el material.

11. Retirarse los guantes.

12. Realizar lavado de manos.

13. Valorar tolerancia y posibles efectos adversos, comunicarlo al médico tratante si los hubiera.

14. Registrar el tratamiento administrado en la hoja de tratamiento correspondiente y en las notas de enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ No dar líquidos con la medicación sublingual al mismo tiempo.
- ✓ Alguna medicación en forma de cápsula se puede administrar de forma sublingual pinchándola previamente para su absorción, en éste caso indicar al paciente que deje que se absorba el líquido bajo la lengua y no se lo trague.
- ✓ En pacientes no colaboradores se extraerá el líquido de la cápsula con aguja y jeringa y se depositará el medicamento con la jeringa bajo la lengua una vez retirada la aguja.

4.8.3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR SONDA NASOGASTRICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por el médico tratante a través de una sonda nasogastrica en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

- ✓ Tarjetas con medicamento prescrito.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Jeringas desechables, (preferiblemente de 50cc).
- ✓ Vaso de medicación unidosis.
- ✓ Vasos desechables grandes.
- ✓ fonendoscopio.
- ✓ Pinzas de Clamp.
- ✓ Triturador de pastillas o mortero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Colocarse los guantes.

3. Triturar la medicación y diluirla con agua (mínimo de 30 cc) si no está contraindicado. En niños, la medicación se diluirá en un máximo de 20cc dependiendo de su edad.

4. Trasladar la medicación al lado del paciente.

6. Informar al paciente del procedimiento a realizar.

7. Colocar al paciente en posición Fowler o semisentado, siempre que sea posible.

8. Comprobar la colocación y permeabilidad de la SNG a través del fonendoscopio o aspirando con una jeringa jugo gástrico.

9. Pinzar la SNG y conectar a su extremo la jeringa de 50 cc sin émbolo (a modo de embudo).

10. Llenar la jeringa con 10 cc de agua (de 2 a 5 cc en niños pequeños).

11. Despinzar la SNG y permitir que el agua entre por gravedad.

12. Vaciar el contenido del vaso con la medicación diluida en la jeringa, permitiendo que esta pase por gravedad.

13. Añadir de 10 a 20 cc de agua (de 5 a 10 cc en niños) tras la medicación. Si el agua o la medicación no pasaran libremente por la SNG, nos ayudaremos del émbolo de la jeringa, ejerciendo una suave presión, para favorecer el paso.

14. Pinzar la SNG y retirar la jeringa.

15. Mantener pinzada la SNG durante una hora como mínimo, para que se absorba la medicación.

16. Retirar el material.

17. Lavar la jeringa de 50 cc y mantenerla en condiciones higiénicas para usos posteriores. Cambiarla c/ 24 h. Y siempre que sea necesario.

18. Retirarse los guantes.

19. Realizar lavado de manos.

20. Anotar en los registros de Enfermería la medicación administrada.

OBSERVACIONES

En caso de que los medicamentos prescritos no se puedan triturar y/o diluir por sus características propias, se comunicara al médico para una posible sustitución de la medicación o cambio de vía de administración.

4.8.4. AMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VIA RECTAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por el médico tratante por vía rectal en dosis y horarios indicados.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjetas con medicamento prescrito.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Mascarilla.
- ✓ Lubricante.
- ✓ Hule

- ✓ Bolsa de riesgos biológicos (roja)

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Preparar el material y trasladarlo a la unidad del paciente.

3. Informar al paciente el procedimiento.

4. preservar la intimidad del paciente.

5. Colocar al paciente en posición de Sims.

6. Colocarse los guantes.

7. Examinar el estado del ano y realizar la higiene de la región anal.

9. Cambiarse los guantes.

10. Extraer el supositorio ó cánula del envase y lubricar el extremo.

11. Separe los glúteos del paciente con la mano no dominante.

12. Con la mano dominante introducir suavemente el supositorio ó cánula (comprimiendo el tubo para expulsar el medicamento) a través del ano, a la vez que se indica al paciente que respire lenta y profundamente por la boca y que relaje el esfínter.

13. Indicar al paciente que retenga el supositorio o medicación unos 20 minutos.

14. Limpiar la zona anal con gasas.

15. Retirarse los guantes.

16. Colocar al paciente en posición cómoda con fácil acceso al timbre.

17. Retirar el material.

18. retirarse los guantes y realizar lavado de manos.

19. Anotar en los registros de enfermería la medicación administrada y la tolerancia del paciente a la misma.

OBSERVACIONES

- ✓ Los enemas medicamentosos se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.

- ✓ Si es necesario administrar un supositorio de una dosis menor al preparado comercial, cortarlo longitudinalmente, pues así obtendremos más exactitud en la dosis que transversalmente.

4.8.5. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA CUTANEA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía cutánea en dosis y horarios indicados.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjeta de medicamentos.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Torundas de algodón secas y humedecidas con alcohol al 70%.
- ✓ Guardián pequeño para las agujas.
- ✓ Bolsa de residuos biológicos de color rojo.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Trasladar el material a la unidad del paciente.

3. Informar al paciente de la técnica a realizar.

4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocarse los guantes.

6. Valorar el estado de la piel del paciente

9. Extraer la medicación del envase o aplicar directamente, dependiendo del fármaco, y extender sobre la superficie cutánea afectada en la dirección del vello para prevenir la irritación de los folículos pilosos.

10. Evitar que el medicamento entre en contacto con los ojos y las mucosas.

11. Cubrir la zona con apósito y/o vendaje si está indicado.

12. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.

13. Recoger el material.

14. Retirarse los guantes.

15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ Administrar los medicamentos transdérmicos siempre a la misma hora, alternando las zonas de aplicación con el fin de no provocar irritación cutánea.
- ✓ Aplicar la medicación transdérmica en las zonas corporales que indique el prospecto del medicamento, o la prescripción médica.
- ✓ Determinar la cantidad de sustancia requerida para su aplicación, valorando el área afectada, revisando la orden de prescripción y leyendo cuidadosamente las instrucciones de aplicación (generalmente es suficiente con una capa fina).

4.8.6. ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN POR VIA OFTÁLMICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía oftálmica el tratamiento prescrito en dosis y horarios indicados.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Apósitos.
- ✓ Bolsa para residuos.
- ✓ Esparadrapo antialérgico.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Jeringas.

- ✓ Medicación prescrita.
- ✓ SSN 0.9%.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

3. Traslado del material al lado del paciente.

4. Informar al paciente el procedimiento.

5. Utilizar de forma individualizada todo fármaco oftálmico, etiquetando el envase con identificación del paciente y fecha de apertura.

6. Colocar al paciente sentado o en decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás, si se aplica pomada y lateralizada si es colirio o irrigación.

7. Colocarse los guantes.

8. Retirar el apósito oftálmico, si lo tuviera.

9. Realizar higiene de los ojos.

10. Desechar la primera gota antes de instilar el tratamiento.

11. Colocar el dedo Índice en el pómulo y tirar suavemente de la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival.

12. Indicar al paciente que mire hacia arriba.

13. Aplicar el medicamento:

a) COLIRIO:

Instilar el número de gotas prescrito en el saco conjuntival.

Indicar al paciente que cierre suavemente los ojos.

b) POMADA:

Aplicar un cordón fino de pomada sobre la conjuntiva, a lo largo del borde interno del párpado inferior, desde el ángulo interno del ojo hasta el externo.

Indicar al paciente que mantenga el ojo cerrado y frote suavemente el párpado, si no está contraindicado, para que se distribuya la medicación sin lesionar el ojo.

c) DISCO INTRAOCULAR:

Abrir el envase que contiene el disco.

Presionar suavemente la yema del dedo contra el disco de forma que se adhiera a este. Colocar la cara convexa del disco sobre el dedo. Colocar el disco en el saco conjuntival de manera que flote encima de la esclerótica, entre el iris y el párpado inferior.

Cubrir el disco con el párpado inferior del paciente y pedirle que parpadee varias veces.

Para retirar el disco, tirar hacia abajo del párpado inferior del paciente, para exponer el disco. Utilizar los dedos pulgar e índice de la mano opuesta para pellizcar el disco de medicación intraocular y sacarlo del ojo del paciente.

14. Limpiar el exceso de fármaco con una gasa estéril, desde el ángulo interno hacia el externo.

15. Colocar un apósito oftálmico si está prescrito.

16. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

17. Recoger el material.

18. Retirarse los guantes.

19. Realizar lavado de manos.

20. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ Extremar medidas de asepsia por la gran facilidad de contaminación.
- ✓ No aplicar ningún medicamento en los ojos si la etiqueta no indica específicamente «para uso oftálmico».
- ✓ Mantener bien cerrados los colirios y/o pomadas.

4.8.7. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía ótica en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

- ✓ Tarjeta de medicamentos prescritos.
- ✓ Fármacos prescritos.
- ✓ Gasas y apósitos.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ SSN 0.9%.
- ✓ Torundas de algodón secas y torundas de algodón impregnadas con alcohol al 70%.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Trasladar la medicación al lado del paciente.

4. Informar al paciente del procedimiento a realizar.

5. Colocarse los guantes.

6. Colocar al paciente en decúbito lateral con el oído afectado al descubierto, siempre que sea posible.

7. Alinear el canal auditivo traccionando el pabellón auricular hacia atrás y afuera.

8. Limpiar suavemente con una torunda de algodón empapada en suero fisiológico tibio el cerumen de la parte más externa del canal auditivo, si lo hubiera.

9. Instilar las gotas prescritas a la temperatura corporal del paciente colocando el cuentagotas a 1 cm sobre el canal auditivo.

10. Indicar al paciente que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos.

11. Aplicar un suave masaje o presión con el dedo sobre el trago del oído.

12. Colocar algodón sobre el orificio del canal auditivo externo si está indicado.

13. Retirar el material.

14. Retirarse los guantes.

15. Realizar lavado de manos.

16. Anotar en los registros de Enfermería la medicación administrada.

4.8.8. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR VIA INHALATORIA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente la medicación prescrita por vía inhalatoria en las dosis y horarios indicados.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjeta del medicamento prescrito.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Espaciador.
- ✓ Guantes de manejo.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. colocarse los guantes.

3. trasladar el equipo a la unidad del paciente.

4. Informar al paciente.

5. Colocar al paciente de pie, sentado o en posición Fowler si está acostado, para permitir la máxima expansión torácica.

6. Agitar el inhalador para mezclar su contenido.

7. Destapar el inhalador y prepararlo para su utilización.

8. Colocar el inhalador en posición invertida (en forma de L) en la boca del paciente.

9. retirar el inhalador y dejar al paciente cómodo.

INHALADOR PRESURIZADO

10. Explicar al paciente que introduzca la boquilla del inhalador dentro de la boca y cierre los labios a su alrededor.

11. Indicar al paciente que incline la cabeza ligeramente hacia atrás.

12. Pedir al paciente que inspire lentamente por la boca a la vez que presione el inhalador una sola vez. El paciente deberá seguir tomando aire lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones.

CAMARA ESPACIADOR

10. Acoplar el cartucho en el orificio de la cámara.

11. Colocar la boquilla (mascarilla en Modelos infantiles) de la cámara

Totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor (adaptando la Mascarilla a la nariz y boca en el Niño).

12. Efectuar una pulsación del dosificador y pedir al paciente que realice una inspiración profunda del aire de la cámara (5 ó 6 inspiraciones en pacientes que no controlen el proceso inspiratorio, como niños y ancianos).

13. Retirar la cámara de la boca y mantener 10 segundos de apnea.

14. Indicar al paciente que realice otra inspiración profunda para aprovechar totalmente la dosis administrada.

15. Esperar 30 segundos si se debe administrar una nueva dosis del mismo u otro fármaco. Repetir el procedimiento desde el punto 8.

16. Indicar al paciente que se enjuague la boca y haga gargarismos con bicarbonato sódico o antiséptico bucal diluidos en agua, si el inhalador lleva corticoides.

17. Recoger el material.

18. Anotar en los registros.

OBSERVACIONES

- ✓ Usar la cámara de inhalación cuando exista dificultad para una correcta sincronización mano – pulmón (sobre todo en ancianos y niños).
- ✓ La boquilla del inhalador se debe limpiar siempre que sea utilizada.
- ✓ Es importante la educación sanitaria de los pacientes (y familiares de ancianos y niños) para evitar la aparición de tolerancia y broncoespasmo de rebote.
- ✓ Cuando se utilice más de un inhalador administrar primero el broncodilatador, dejando para el final los corticoides (el broncodilatador abrirá la vía aérea y permitirá que el corticoide tenga el máximo efecto).

4.8.9. ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS POR VIA VAGINAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente la medicación por vía vaginal en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjeta de medicamento prescrito.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Equipo de asepsia (solución salina, isodine espuma, isodine solución, gasas).
- ✓ Bolsa de residuos roja.
- ✓ Hule.
- ✓ Pato.
- ✓ lubricante

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Preparar y trasladar el material al lado del paciente.

4. Informar al paciente el procedimiento.

5. Preservar la intimidad del paciente.

6. Colocarse los guantes.

7. Situar a la paciente en posición de litotomía y colocarle el pato.

8. Realizar higiene de genitales.

9. Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.

10. Introducir el óvulo vaginal lubricado, o el aplicador, de 5 a 7 cm. (empujar el émbolo del aplicador para depositar la medicación en el interior de la vagina).

11. Retirar la el pato limpiar con una gasa seca a la paciente.

12. Dejar a la paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

13. Recoger el material.

14. Retirarse los guantes.

15. Realizar lavado de manos.

16. Anotar en los registros de Enfermería.

4.8.10. ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN POR VÍA INTRADERMICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente un fármaco debajo de la piel, en la dermis, con fines diagnósticos generalmente.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Fármaco prescrito.
- ✓ Agujas.
- ✓ Torundas de algodón secas e impregnadas con alcohol al 70%.
- ✓ Guardián pequeño.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Rotulador.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

3. Informar al paciente.

4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocarse los guantes.

6. Colocar al paciente en una posición cómoda sentada o Fowler con el codo y el antebrazo extendidos y apoyado en una superficie plana.

8. Seleccionar la zona de punción. Se utiliza habitualmente la zona media antecubital (evitar cualquier zona de vello, lesiones o manchas).

9. Limpiar la zona con un algodón impregnado en antiséptico.

10. Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.

11. Insertar la jeringa de forma que la aguja quede con el bisel hacia arriba.

12. Introducir en la piel con un ángulo de 5 a 15 grados hasta que se note resistencia.

13. Avanzar la aguja a través de la piel del paciente aproximadamente 3mm. por debajo de la superficie cutánea.

14. Inyectar la medicación lentamente hasta formar una pápula o vesícula.

15. Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.

16. No frotar ni dar masaje en la zona.

17. Señalar la zona dibujando un círculo alrededor del perímetro.

18. Indicar al paciente que no se lave, ni se toque la zona de punción incluyendo el perímetro marcado.

19. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

20. Desechar la aguja y el material contaminado en el guardián.

22. Recoger el material.

23. Retirarse los guantes.

24. Realizar lavado de manos.

25. Anotar en los registros de enfermería la medicación administrada y cantidad, la zona de inyección, el aspecto de la piel y las incidencias si hubieran surgido.

OBSERVACIONES

- ✓ Con este tipo de inyección se administran pequeñas cantidades de medicación (0.01-0.1 ml.).

- ✓ No será válida si sangra la zona después de retirar la aguja o si no se ha formado la vesícula.
- ✓ E realizara la revisión del sitio de punción a los 30 minutos de realizado el procedimiento.
- ✓ La medición se hará sobre la parte indurada (habón), nunca sobre el eritema.

4.8.11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO POR VIA SUBCUTANEA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía subcutánea en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjeta de medicamentos prescrito.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Agujas.
- ✓ Torundas de algodón secas e impregnadas con alcohol al 70%.
- ✓ Guardián pequeño.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Registros.
- ✓ Solución antiséptica.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

4. Informar al paciente de la técnica a realizar.

5. Preservar la intimidad del paciente.

6. Colocarse los guantes.

7. Colocar al paciente en posición cómoda.

8. Seleccionar la zona de punción adecuada.

9. Palpar la zona de punción para descartar masas, edema o zonas de sensibilidad.

10. Limpiar la piel con antiséptico y dejar secar.

11. Formar un pliegue cutáneo bien definido con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante.

12. Sostener la jeringa con la mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 45º a 90º y soltar la piel.

13. Sujetar el extremo terminal del cilindro de la jeringa con la mano no dominante.

14. Tirar del embolo de la jeringa suavemente hacia fuera con la mano dominante y aspirar (si aparece sangre en la jeringa, retirar la aguja y desechar jeringa y medicación. Repetir el procedimiento). Se recomienda no aspirar cuando se administre heparina.

15. Inyectar la medicación lentamente.

16. Retirar la aguja y jeringa y aplicar una suave presión con algodón sobre la zona de punción sin friccionar.

17. Desechar la aguja y la jeringa en el guardián punzantes.

18. Dejar al paciente en posición cómoda.

19. Retirar el material.

20. Retirarse los guantes.

21. Realizar lavado de manos.

22. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ Las zonas de punción más frecuentes son: Abdomen, parte externa de los brazos, parte externa de los muslos, glúteos.
- ✓ La heparina se inyectará siempre en el abdomen.

- ✓ En pacientes a los que haya que administrar inyecciones subcutáneas constantemente se rotará la zona de punción para evitar lipodistrofias (Ej. Insulina).
- ✓ Cuando en la administración de insulina se utilicen dos tipos de preparados, se cargará primero la insulina rápida. En este caso se debe administrar la mezcla antes de que transcurran 5 minutos desde su preparación (la insulina lenta disminuye la acción de la rápida).
- ✓ Cuando la administración de medicación se realice con jeringas precargadas (plumas de insulina, heparina de bajo peso molecular...), se seguirán las instrucciones del fabricante.

4.8.12. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA INTRAMUSCULAR

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intramuscular en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjeta de medicamentos prescritos
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Guardián pequeño.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Torundas de algodón secas e impregnadas con alcohol al 70%.
- ✓ Solución antiséptica.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

3. Informar al paciente de la técnica a realizar.

4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocarse los guantes.

6. Seleccionar la zona de punción adecuada.

7. Colocar al paciente en posición cómoda según la zona de punción: decúbito lateral derecho o izquierdo si se inyecta en glúteo; decúbito supino si se inyecta en muslo.

8. Palpar la zona de punción para descartar las áreas que presenten hematomas, induración o signos de infección.

9. Limpiar la piel con antiséptico y dejar secar.

10. Introducir la aguja perpendicular a la piel, con un ángulo de 90 º en un movimiento rápido y seguro. La técnica se puede realizar mediante sistema abierto con aguja y jeringa separadas o cerrado con aguja y jeringa conectadas.

11. Aspirar suavemente antes de inyectar el fármaco, si se aspira sangre cambiar de plano o desechar la aguja y pinchar en otro punto.

12. Inyectar el medicamento de forma lenta y continua, evitando mover la aguja e introducir la pequeña burbuja de aire que se aspiró, esto evitará que al retirar la aguja se deposite medicamento en otros tejidos no deseados.

16. Desechar la aguja y la jeringa en el guardián.

17. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

18. Recoger el material.

19. Retirarse los guantes.

20. Realizar lavado de manos.

21. Anotar en registros de Enfermería.

4.8.13. ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA INTRAVENOSA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intravenosa en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Tarjeta de medicamentos prescritos.
- ✓ Medicamento prescrito.
- ✓ Agujas.
- ✓ Torundas de algodón secas e impregnadas con alcohol al 70%.
- ✓ Guardián pequeño.
- ✓ Micropore.
- ✓ Guantes de manejo.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Reloj.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.

2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

3. Informar al paciente de la técnica a realizar.

4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocarse los guantes.

6. Colocar al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino.

A) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN I.V EN BOLO.

a) MEDIANTE INYECCIÓN DIRECTA.

- ✓ Localizar la zona de punción preferentemente en el área antecubital, escogiendo la vena de mayor calibre.
- ✓
- ✓ Aplicar antiséptico en el lugar de punción y dejar que se seque.

- ✓ Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa formando un ángulo
- ✓ de 30º, con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena aproximadamente 0,6 cm.
- ✓ Tirar del embolo de la jeringa y comprobar que fluye sangre hacia la jeringa
- ✓ para verificar que la aguja se encuentra dentro de la vena.
- ✓ Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente (o a la velocidad
- ✓ prescrita).
- ✓ Retirar la aguja y aplicar presión en el lugar de punción con una gasa
- ✓ estéril durante al menos 3 minutos.
- ✓ Colocar un apósito en el punto de punción.

b) A TRAVÉS DE UNA VIA CANALIZADA CON PERFUSIÓN CONTINUA.

En caso de que exista llave de tres pasos:

- Retirar el tapón y colocarlo sobre una gasa estéril.

- Limpiar la entrada de la llave con antiséptico.

- Insertar la jeringa y girar la llave en la posición correcta para introducir la medicación (interrumpir la entrada de la infusión principal).

- Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.

- Administrar lentamente o a la velocidad prescrita.

- Limpiar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico, que previamente habremos cargado en otra jeringa.

- Girar la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón.

Si no existe llave de tres pasos:

- Limpiar la goma del sistema IV (zona especial para inyección).

- Cerrar el sistema o pinzar el sistema IV principal.

- Pinchar con la aguja en la goma, aspirar para comprobar la permeabilidad de la vía e introducir el medicamento lentamente o a la velocidad prescrita.

- Retirar la aguja y la jeringa.

- Abrir el sistema y ajustar el ritmo de perfusión.

c) A TRAVÉS DE UNA VIA CANALIZADA, CON OBTURADOR.

El procedimiento difiere del anterior en que:

- Al terminar de administrar la medicación, se procederá a lavar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico o solución heparinizada.

B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN IV EN PERFUSIÓN INTERMITENTE.

- Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.

- Perforar el recipiente de la medicación con un equipo de suero.

- En caso de que por esa vía se esté perfundiendo una solución continua, colgar el recipiente del medicamento por encima del nivel de la solución IV principal.

- Seguir los pasos de los procedimientos anteriores hasta conectar el sistema de infusión.

- Administrar la medicación al ritmo prescrito o según las indicaciones del fármaco.

- Retirar el sistema una vez administrada la medicación.

Ajustar el ritmo de la perfusión principal en caso de que se haya utilizado un sistema en "Y".

8. Observar al paciente mientras se le administra la medicación para valorar la aparición de posibles reacciones adversas.

9. Vigilar la zona de punción IV durante la administración (si aparece hinchazón brusca interrumpir la medicación)

10. Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos punzantes.

11. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

12. Recoger el material.

13. Retirarse los guantes.

14. Realizar lavado de manos.

15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

• Cuando se administre medicación que sea incompatible con la perfusión IV principal se lavará el catéter con suero fisiológico antes y después de administrarla.

• Se evitará administrar medicación simultanea por la vía que esté pasando:

- Drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina...).

- Hemoderivados.

- Nutrición parenteral.

• En pacientes neonatos, lactantes y niños pequeños el volumen del diluyente utilizado oscilará entre 5 cc y 50 cc, dependiendo de su edad y peso, para no producir sobrecargas cardiovasculares.

SONDAJE VESICAL EN EL HOMBRE

OBJETIVO

Acceder a la vejiga del paciente mediante sonda uretral con fines diagnósticos y / o terapéuticos.

Material

- Agua destilada (1 amp. de 10 cc.).

- Antiséptico diluido.

- Bolsa de orina (2 litros o pediátrica).

- Esparadrapo antialérgico.

- Gasas estériles.

- Guantes u.s.u. estériles.

- Jeringa de 10 cc.

- Lubricante urológico.

- Paños estériles.

- Registros.

- Sonda vesical foley del Nº adecuado.

- Tapón para sonda vesical estéril.

Equipo

- Batea.

- Biombo.

- Pinza de clamp de plástico.

- Soporte para bolsa de orina.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)

2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

3. Informar al paciente de la técnica a realizar.

4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocarse los guantes.

6. Lavar los genitales del paciente (B – 2.1).

7. Retirarse los guantes.

8. Colocar el campo estéril.

9. Depositar el material estéril sobre el campo estéril.

10. Ponerse los guantes estériles.

11. Comprobar el correcto inflado del balón de la sonda.

12. Coger la sonda lubricada con la mano dominante.

13. Poner el pene en posición vertical, retirando el prepucio.

14. Introducir la sonda lentamente 7 u 8 centímetros y colocar el pene en posición horizontal.

15. Hacer una ligera tracción hacia delante, indicando al paciente que respire profundamente y seguir introduciendo la sonda hasta que fluya la orina. No forzar en caso de que la sonda no penetre.

16. Retirar la guía si existiera.

17. Introducir 2 ó 3 cm. más hacia dentro.

18. Inflar el globo con la jeringa cargada con el agua destilada (según tipo de sonda).

19. Colocar el prepucio en posición fisiológica.

20. Conectar la sonda a la bolsa de orina.

21. Colocar la bolsa en el soporte y ponerla por debajo del nivel vesical del paciente.

22. Dejar al paciente limpio y en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

23. Recoger el material.

24. Retirarse los guantes.

25. Realizar lavado de manos.

26. Anotar en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En caso necesario fijar la sonda en la cara interna del muslo. En el caso de sonda sin balón se fijará con una seda y esparadrapo.

- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.

- Realizar pinzamientos intermitentes en caso de retención urinaria.

- Avisar al facultativo si transcurrida una hora después del sondaje no presenta orina.

SONDAJE EVACUADOR EN EL HOMBRE

OBJETIVO

Acceder a la vejiga del paciente mediante una sonda uretral para vaciar su contenido.

Material

- Antiséptico diluido.

- Bolsa de orina.

- Gasas estériles.

- Guantes de uso estériles.

- Lubricante urológico.

- Paños estériles.

- Registros.

- Sonda vesical foley del Nº adecuado.

- Tapón para sonda estéril.

Equipo

- Batea.

- Biombo.

- Pinza de clamp de plástico.

- Soporte para bolsa de orina.

PROCEDIMIENTO

1. El procedimiento de introducción es el mismo que (E- 2).

2. Retirar la sonda una vez evacuada la orina.

3. Anotar en registros.

OBSERVACIONES

- No es necesario el inflado del balón.

SONDAJE VESICAL EN LA MUJER

OBJETIVO

Acceder a la vejiga de la paciente mediante una sonda uretral con fines diagnósticos y / o terapéuticos.

Material

- Agua destilada (1 amp. de 10 cc.).

- Antiséptico diluido.

- Bolsa de orina.

- fl Esparadrapo antialérgico.

- Gasas estériles.

- Guantes de u.s.u. estériles.

- Jeringa de 10 cc.

- Lubricante urológico.

- Paños verdes estériles.

- Registros.

- Sonda vesical foley del Nº adecuado.

- Tapón para sonda estéril.

Equipo

- Batea.

- Biombo.

- Pinza clamp de plástico.

- Soporte para bolsa de diuresis.

PROCEDIMIENTO

Igual que (E-2) excepto:

1. Introducir la sonda vesical abriendo la vulva de la paciente y colocando el pulgar e índice de la mano no dominante entre los labios menores.

2. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla con suavidad después de identificar el meato urinario (no insistir si existiera obstrucción o dificultad).

OBSERVACIONES

- En caso necesario fijar la sonda en cara interna del muslo. En el caso de sonda sin balón se fijará con una seda y esparadrapo.

- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.

- Realizar pinzamientos intermitentes en caso de retención urinaria.

- Avisar al facultativo si transcurrida una hora después del sondaje no presentase orina.

SONDAJE EVACUADOR EN LA MUJER

OBJETIVO

Acceder a la vejiga de la paciente mediante una sonda uretral para vaciar su contenido.

Material

- Antiséptico diluido.

- Bolsa de orina.

- Gasas estériles.

- Guantes de u.s.u. estériles.

- Lubricante urológico.

- Paños estériles.

- Registros.

- Sonda vesical foley del Nº adecuado.

- Tapón para sonda estéril.

Equipo

- Batea.

- Biombo.

- Pinza de clamp de plástico.

- Soporte para bolsa de orina.

PROCEDIMIENTO

1. Igual que (E-3), retirando la sonda una vez evacuada la orina.

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de la sonda vesical para prevenir obstrucciones e infecciones.

Material

- Antiséptico diluido.

- Jeringas u.s.u.

- Material de los Procedimientos (B – 2.1), (E – 1), (E– 2) y (E – 3) si es necesario.

- Registros.

- Suero salino fisiológico (100 cc.)

Equipo

- Equipo de los Procedimientos (B – 2.1), (E – 1), (E– 2) y (E – 3), si es necesario.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

3. Informar de la técnica a realizar.

4. Preservar la intimidad.

5. Colocarse los guantes.

6. Lavar los genitales diariamente y cada vez que se precise (B - 2.1).

7. Lavar la sonda externamente eliminando los restos acumulados.

8. Comprobar la permeabilidad de la sonda.

9. Cambiar el equipo de drenaje frecuentemente, conservando las condiciones de asepsia.

10. Clampar la sonda y sustituir la bolsa por una nueva.

11. Cambiar la sonda cada 4 semanas aproximadamente.

12. Efectuar el cambio cada 8 semanas si es de silicona.

13. Realizar lavado vesical en caso de obstrucción: introducir de 30 a 50 ml de SSF (10 a 15 ml en niños).

14. Aspirar suavemente o conectar la sonda a la bolsa para comprobar permeabilidad.

15. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

16. Recoger el material.

17. Retirarse los guantes.

18. Realizar lavado de manos.

19. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.

- Observar la piel y meato urinario asegurándonos que no presenta enrojecimiento, erosión o inflamación.

- Evitar decúbitos de la sonda.

- Mantener la bolsa por debajo del nivel vesical.

- Comprobar que el paciente no presenta dolor.

- Observar si hay hematuria.

- Observar que el sistema no tenga fugas.

- Educar al paciente/ familia en el autocuidado y mantenimiento del sondaje.

RETIRADA DE LA SONDA VESICAL

OBJETIVO

Extraer la sonda vesical permanente cuando el paciente no la necesite, esté obstruida o en posición incorrecta, evitando complicaciones.

Materia

- Bolsa para residuos.

- Copa graduada.

- Empapador –cubrecamas.

- Gasas no estériles.

- Guantes de u.s.u. no estériles.

- Jeringa.

- Registros.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Preparar todo el material y trasladarlo al lado del paciente.

3. Informar al paciente.

4. Preservar intimidad.

5. Colocarse los guantes.

6. Colocar al paciente en decúbito supino (G - 3) con las piernas ligeramente separadas cuando el paciente sea mujer.

7. Poner el empapador-cubrecamas deslizándolo por debajo de los glúteos del paciente.

8. Extraer mediante la jeringa el contenido del globo de la sonda vesical.

9. Sujetar el cuerpo de la sonda con una gasa y retirarla suavemente, depositándola en la bolsa par residuos.

10. Ofrecer la botella (E – 1.1) o la cuña (E – 1.2) al paciente si precisa.

11. Comprobar que el volumen de orina en cada micción después de retirada la sonda es adecuado.

12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

13. Recoger el material.

14. Retirarse los guantes.

15. Realizar lavado de manos.

16. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Aumentar la ingesta de líquidos si no esta contraindicada disminuirá el malestar y estimulará la producción de la orina .

- Si el paciente no ha orinado entre 6 y 8 horas después de la retirada de la sonda, valorar los signos de retención urinaria y comunicarlo al facultativo, así como cualquier incidencia que se hubiera producido.

- La reeducación vesical no esta bien documentada y puede incrementar el riesgo de infección por lo que no se recomienda.

ENEMA DE LIMPIEZA

OBJETIVO

Facilitar la evacuación de las heces mediante la introducción de una solución a través del recto del paciente.

Material

- Material de los procedimientos (B – 2.1), (E – 5)

- Registros.

- Solución a irrigar.

Equipo

- Cuña.

- Equipo del procedimiento (B – 2.1), (E – 5)

- Irrigador.

- Pinza de clamp.

- Soporte.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Preparar la solución prescrita con el agua a temperatura templada.

3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

4. Informar al paciente del procedimiento.

5. Preservar la intimidad del paciente.

6. Colocar al paciente en posición de Sims (G – 4).

7. Colocarse los guantes.

8. Realizar higiene de los genitales y de la zona anal (B –2.1) si es necesario.

9. Colocar el sistema de enema sobre el soporte a una altura de 35 cm por encima del ano.

10. Colocar el empapador-cubrecamas debajo de las caderas y nalgas del paciente.

11. Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.

12. Purgar y pinzar el sistema.

13. Realizar la técnica de sondaje rectal (E – 5).

14. Despinzar el sistema y administrar la solución.

15. Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.

16. Informar al paciente que debe retener la irrigación durante 5 -10 minutos.

17. Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña (E – 1.2).

18. Observar el aspecto de las heces.

19. Ayudar al paciente a realizar el aseo de la zona anal, si es necesario.

20. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

21. Recoger el material.

22. Retirarse los guantes.

23. Realizar lavado de manos.

24. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

• Si el paciente no puede retener la solución, se le deberá colocar la cuña.

• La longitud de la sonda a introducir será:

- Adultos: de 7,5 a 10 cm.

- Niños: de 5 a 7,5 cm.

- Lactantes: de 2,5 a 3,75 cm.

• La altura del irrigador en niños y lactantes será de 7,5 a 15 cm.

• Los preparados comerciales se administrarán directamente con la cánula lubrificada, comprimiendo el envase hasta su total vaciado.

ENEMA DE RETENCION

OBJETIVO

Administrar al paciente sustancias por vía rectal con fines terapéuticos para que sean absorbidos por la mucosa intestinal.

Material

- Material de los procedimientos (B – 2.1), (E – 5), (E – 5.1)

- Registros.

- Solución a irrigar.

Equipo

- Equipo de los procedimientos (B – 2.1), (E – 5), (E – 5.1)

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Preparar la solución prescrita a temperatura templada.

3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.

4. Informar al paciente del procedimiento.

5. Preservar la intimidad del paciente.

6. Colocarse los guantes.

7. Colocar al paciente en posición de Sims (G – 4).

8. Realizar higiene de los genitales y de la zona anal (B – 2.1) si es necesario.

9. Colocar el sistema de enema sobre el soporte a una altura de 35 cm por encima del ano.

10. Colocar el empapador-cubrecamas debajo de las caderas y nalgas del paciente.

11. Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.

12. Purgar y pinzar el sistema.

13. Realizar la técnica de sondaje rectal (E – 5).

14. Despinzar el sistema y administrar la solución.

15. Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.

16. Informar al paciente que debe retener la irrigación durante el tiempo prescrito.

17. Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña (E – 1.2)

18. Observar el aspecto de las heces.

19. Ayudar al paciente a realizar el aseo de la zona anal, si es necesario.

20. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

21. Recoger el material.

22. Retirarse los guantes.

23. Realizar lavado de manos.

24. Anotar en registros de enfermería.

BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LIQUIDOS

OBJETIVO

Conocer la cantidad de líquidos administrados (ingeridos e intravenosos) y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para la valoración del equilibrio

hidroelectrolítico.

Material

- Material del procedimiento (E-1)

- Registros.

Equipo

- Equipo del procedimiento (E-1).

- Bascula.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.

2. Medir y registrar todas las entradas de líquido: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, I. V., hemoderivados, NEDC, NPT...

3. Medir y registrar todas las salidas, orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica...

4. Pesar al paciente para valorar pérdidas insensibles, si su estado lo permite cada 24 horas.

5. Añadir como salidas las pérdidas insensibles. Estas se calcularán según la fórmula siguiente:

P. I. = Peso x nº de horas 2

6. Restar las salidas a las entradas y anotar en la gráfica. Al cerrar balance, contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.

7. Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

OBSERVACIONES

- Valorar el estado de piel y mucosas, color de la orina, y valorar la aparición de edemas

- Como norma general, el balance se hará en un tiempo de 24 horas, salvo criterio del facultativo.

CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPOTERMIA

OBJETIVO

Aplicar medios físicos y / o administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente se eleve hasta su valor normal.

Material

- Bebidas calientes.

- Compresas.

- Medicación prescrita.

- Pañales.

- Registros.

Equipo

- Bolsa de agua caliente.

- Lámpara o foco de calor.

- Manta.

- Manta térmica.

- Ropa de cama.

- Termómetro clínico.

- Termómetro rectal.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)

2. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo.

3. Informar al paciente de la técnica a realizar.

4. Preservar la intimidad.

5. Tomar temperatura (RD- 3)para confirmar la hipotermia.

6. Mantener la ropa de cama limpia y seca.

7. Cambiar y mantener secos los apósitos, vendajes, pañales...

8. Aplicar medios físicos externos:

a) Manta, manta eléctrica si la hubiera.

b) Foco o flexo de calor.

c) Compresas calientes.

d) Bolsa de agua caliente.

e) Aumentar la Tª ambiente.

f) Cubrir las extremidades con manoplas, calcetines, vendajes con algodón...

9. Mantener una buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación y por tanto la pérdida de calor, proporcionando bebidas calientes ricas en hidratos de carbono que no contengan alcohol ni cafeína (son potentes diuréticos).

10. Administrar la medicación prescrita, que puede incluir prefundir líquidos por vía IV templados.

CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPERTERMIA

OBJETIVO

Aplicar medios físicos y / o administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente disminuya hasta su valor normal.

Material

- Bebidas.

- Compresas.

- Empapador-cubrecamas.

- Hielo.

- Medicación prescrita.

- Pañales.

- Registros.

Equipo

- Batea.

- Bolsa para hielo.

- Palangana.

- Ropa de cama.

- Termómetro clínico.

- Termómetro rectal.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)

2. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo.

3. Informar al paciente de la técnica a realizar.

4. Preservar la intimidad.

5. Tomar temperatura (RD – 3) para confirmar la hipertermia.

6. Destapar al paciente.

7. Aplicar medios físicos externos:

a) Compresas frías en axilas, frente, ingles, huecos poplíteos, flexura del codo...

b) Baño con esponja.

c) Bolsa con hielo.

d) Mantener la Tª ambiente aproximadamente entre 20º y 22º C.

9. Administrar la medicación prescrita.

10. Mantener una buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación procurando

que no contengan hidratos de carbono.

11. Vigilar la Tª (RD- 3.), FC (RD—1), FR (RD - 2), P. Arterial (RD-4), Diuresis (E – 1) y Nivel de conciencia (RD – 10) con frecuencia.

12. Mantener la ropa de cama, apósitos, vendajes, pañales, etc. limpios y secos.

13. Recoger el material.

Extremar las medidas de prevención de UPP (H – 3).

12. Vigilar la perfusión tisular de las zonas distales.

13. Controlar la Tª (RD – 3), FC (RD - 1), FR (RD - 2), P. Arterial (RD - 4) y Diuresis (E – 1) con frecuencia.

14. Recoger el material.

15. Realizar lavado de manos.

16. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Tener en cuenta la localización de la medición de la temperatura, reflejándolo en los registros.

- En pacientes pediátricos se vigilará frecuentemente el pañal y se cambiará si es necesario.

- No se aplicarán los medios físicos directamente sobre la piel, se pondrá ropa de cama entre éstos y el paciente.

- Se controlará el tiempo de exposición a los medios físicos eléctricos para evitar quemaduras.

- Se le retirarán al paciente todos los objetos metálicos (joyería...), éstos se calientan muy rápido y pueden ocasionar quemaduras.

MOVILIZACION DEL PACIENTE

OBJETIVO

Proporcionar las posiciones más adecuadas al paciente encamado y prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...)

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohadas según necesidades.

- Arco.

- Cama articulada.

- Grúa para movilizar enfermos.

- Manivela de cama.

- Sábana bajera a modo de entremetida.

- Sillón.

- Trapecio.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente.

3. Preservar la intimidad del paciente.

4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

5. Colocarse los guantes.

6. Colocar la cama en posición adecuada.

7. Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.

8. Proteger las vías, drenajes y dispositivos que pudiera tener el paciente al movilizarlo.

9. Evitar la presión prolongada sobre la misma zona.

10. Aplicar medidas preventivas de seguridad (H – 2).

11. Dejar al paciente cómodo y, si es posible, facilitarle el acceso al timbre y objetos personales.

12. Retirar el material.

13. Retirarse los guantes.

14. Realizar lavado de manos.

15. Anotar en los registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Se valorará la necesidad de participación de uno o varios colaboradores para la movilización del paciente.

- El personal que intervenga en la movilización del paciente usará técnicas preventivas de mecánica corporal.

DECÚBITO- SUPINO

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, perdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohadas.

- Cama articulada

- Grúa.

- Manivela de cama.

- Sábana bajera a modo de entremetida

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente.

3. Preservar la intimidad del paciente.

4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.

6. Colocar al paciente tendido sobre su espalda con las piernas extendidas y los brazos alineados, guardando el eje longitudinal.

7. Colocar la almohada bajo la cabeza.

8. Cuando el paciente se desplace por gravedad hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera de la siguiente manera (2 personas):

a) Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.

b) Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.

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

* En los pacientes que no puedan colaborar:

a) Colocar una sábana doblada a modo de entremetida debajo del pa

ciente desde los hombros hasta los muslos.

b) El personal se situará a cada lado del paciente y, con la ayuda de la sábana, se desplazará al paciente hacia la cabecera de la cama, evitan do así movimientos de fricción.

9. Elevar la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.

10. Retirar el material.

11. Realizar lavado de manos.

12. Anotar en los registros de Enfermería

OBSERVACIONES

- Se tendrá precaución en el occipucio, omoplatos, codos, sacro, cóccix, talones y dedos de los pies.

- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

POSICIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO - PRONO

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, perdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohadas.

- Cama articulada.

- Grúa si fuera necesario.

- Manivela de cama.

- Sábana bajera a modo de entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente.

3. Preservar la intimidad del paciente.

4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.

6. Colocar al paciente en posición extendida sobre el tórax y abdomen con la cabeza apoyada sobre una almohada pequeña.

7. Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen del paciente por debajo del diafragma.

8. Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.

9. Apoyar las piernas sobre almohadas para elevar los dedos de los pies.

10. Retirar el material.

11. Retirarse los guantes.

12. Realizar lavado de manos.

13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Se tendrá precaución en los dedos de los pies, rodillas, genitales (hombre), mamas (mujer), mejillas, oídos y costillas.

- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

POSICIÓN DE DECUBITO LATERAL

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, perdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohadas.

- Cama articulada.

- Grúa si fuera necesario.

- Manivela de cama.

- Sábana bajera a modo de entremetida

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente.

3. Preservar la intimidad del paciente.

4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.

6. Colocar al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo.

Para ello se desplazará al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.

7. Colocar almohada bajo cabeza y cuello.

8. Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre una almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado.

9. Colocar una almohada bajo la pierna superior, semiflexionada desde la ingle hasta el pie.

10. Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.

11. Elevar la cabecera de la cama según las necesidades de comodidad y seguridad del paciente.

12. Retirar el material.

13. Retirarse los guantes.

14. Realizar lavado de manos.

15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Precauciones en orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maleolos.

- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

POSICIÓN DE FOWLER

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, perdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohadas.

- Cama articulada.

- Grúa si fuera necesario.

- Manivela de cama.

- Sábana bajera a modo de entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente.

3. Preservar la intimidad del paciente.

4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

5. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3).

6. Elevar la cabecera de la cama entre 45º y 60º (posición semisentado).

7. Retirar la almohada de la cabeza.

8. Colocar una almohada en la región lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña o cojín bajo los tobillos.

9. Recoger el material.

10. Retirarse los guantes.

11. Realizar lavado de manos.

12. Anotar en hoja de evolución de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Precauciones en sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.

- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

- Utilizar almohadas laterales para sujetar los brazos si el paciente no tiene control voluntario.

POSICIÓN DE TRENDELEMBURG

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, perdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohadas.

- Cama articulada.

- Grúa si fuera necesario.

- Manivela de cama.

- Sábana bajera a modo de entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente .

3. Preservar la intimidad del paciente.

4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

5. Colocar al paciente en decúbito supino elevando la parte inferior de la cama.

6. Recoger el material.

7. Retirarse los guantes.

8. Realizar lavado de manos.

9. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Precauciones en omoplatos, sacro, cóccix, talones, dedos de los pies, codos, y prestando especial cuidado en la protección de la cabeza.

- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar que se produzcan aspiraciones en el caso de la existencia de vómitos.

POSICIÓN DE LITOTOMÍA (GINECOLÓGICA)

OBJETIVO

Proporcionar la posición adecuada para la exploración ginecológica, lavado de genitales, sondaje vesical en la mujer, administración de medicamentos, contrastes, toma de muestras, etc.

Material

- Guantes de u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohada.

- Cama articulada o camilla ginecológica.

- Entremetida.

- Manivela de cama.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente.

3. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocarse los guantes.

6. Retirar la ropa interior si la tuviera.

7. Colocar la cama en posición horizontal.

8. Poner a la paciente en posición supino (G – 3).

9. Pedir a la paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas. Si necesita ayuda se la proporcionaremos.

10. Cubrir el abdomen y área genital con una entremetida.

11. Elevar la cabecera de la cama con una almohada.

12. Dejar a la paciente en posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

13. Recoger el material.

14. Retirarse los guantes.

15. Realizar lavado de manos.

16. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En caso de utilizar una mesa de exploración ginecológica, la paciente descansa sobre su espalda y se le pide que se baje hasta colocar las nalgas en el extremo de la mesa de examen y que apoye los pies sobre los estribos.

POSICIÓN GENUPECTORAL

OBJETIVO

Proporcionar la posición adecuada para examinar el recto, vagina y próstata del paciente.

Material

- Guantes de u.s.u. no estériles.

- Registros.

Equipo

- Almohada.

- Cama articulada o camilla.

- Entremetida

- Manivela de cama.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).

2. Informar al paciente.

3. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.

4. Preservar la intimidad del paciente.

5. Colocarse los guantes.

6. Retirar la ropa interior si la tuviera.

7. Colocar al paciente de rodillas sobre la cama.

8. Hacer descansar el cuerpo del paciente sobre las rodillas y el pecho.

9. Volver la cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores por encima de la altura de la cabeza flexionándolos a nivel de los codos.

10. Cubrir al paciente con la entremetida.

11. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

12. Recoger el material.

13. Retirarse los guantes.

14. Realizar lavado de manos.

15. Anotar en registros de Enfermería.

SUJECION DEL PACIENTE

OBJETIVO

Proteger al paciente para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos,

EQUIPO:

Bandeja con:

- ✓ Algodón.
- ✓ Compresas.
- ✓ Esparadrapo tela.
- ✓ Vendas.
- ✓ Correas de sujeción.
- ✓ Férulas.
- ✓ Sábanas.
- ✓ Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos
2. Trasladar el material al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia de la técnica a realizar y los motivos de la misma.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.
6. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada.
7. Atar las sujeciones al marco de la cama; nunca a la barandilla, comprobando que el paciente no pueda alcanzar el nudo.
8. Comprobar que el paciente presente pulso, temperatura, color y sensibilidad de la piel adecuados por debajo de las sujeciones.
9. Vigilar con regularidad y aflojar las sujeciones, controlando el estado de la piel y la posible existencia de alteraciones neurovasculares.
10. Realizar ejercicios pasivos.
11. Mantener las regiones inmovilizadas en posición anatómica para evitar lesiones funcionales posteriores.
12. Retirar el material.
13. Realizar lavado de manos.
14. Valorar en cada turno la seguridad y continuidad de la sujeción.
15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

Utilizar este procedimiento sólo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

SUJECCION DEL TRONCO

OBJETIVO

Conseguir la sujeción del paciente a nivel del tronco para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos,

EQUIPO:

Bandeja con:

- ✓ Cinturón de tronco.
- ✓ Sábana.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Trasladar el material al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia de la técnica a realizar y los motivos de la misma.
4. Preservar la intimidad.
5. Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.
6. Sujetar al paciente a nivel de la cintura o del tórax, por debajo de las axilas.
7. Poner la sujeción por encima del pijama (evitando que forme arrugas, que presione sobre los botones...) y nunca sobre la piel.
8. Asegurarse que el paciente puede respirar correctamente.
9. Vigilar con regularidad que el paciente conserve la posición anatómica.
10. Recoger el material.
11. Realizar lavado de manos.
12. Valorar en cada turno la seguridad y continuidad de las sujeciones.

13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

Utilizar este procedimiento sólo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

SUJECCION DE EXTREMIDADES

OBJETIVO

Conseguir la sujeción del paciente a nivel de extremidades para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos,

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Algodón.
- ✓ Compresas blancas 50 x 50 no estériles.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Vendas.
- ✓ Correas de sujeción.
- ✓ Férulas.
- ✓ Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Trasladar el material al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia de la técnica a realizar y los motivos de la misma.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.
6. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada sobre las articulaciones.
7. Atar las sujeciones al marco de la cama; nunca a la barandilla, comprobando que el paciente no pueda alcanzar el nudo.
8. Utilizar férulas si se precisa inmovilizar alguna articulación.
9. Comprobar que el paciente presente pulso, temperatura, color y sensibilidad de la piel por debajo de las sujeciones.

10. Vigilar con regularidad y aflojar sujeciones, controlando el estado de la piel y las posibles alteraciones neurovasculares.
11. Realizar ejercicios pasivos.
12. Mantener las regiones inmovilizadas en posición anatómica para evitar lesiones funcionales posteriores.
13. Recoger el material.
14. Realizar lavado de manos.
15. Valorar en cada turno la seguridad y continuidad de las sujeciones.
16. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

Utilizar este procedimiento sólo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.

OBJETIVO

Evitar que el paciente hospitalizado pueda sufrir caídas.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Algodón.
- ✓ Compresas.
- ✓ Esparadrapo tela.
- ✓ Vendas.
- ✓ Correas de sujeción.
- ✓ Sábanas.
- ✓ Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Valorar el riesgo de caída según la patología, la edad, el estado de conciencia y/o emocional del paciente.
2. Informar al paciente y/o familia de las medidas a tomar.
3. Retirar de la habitación el material que pueda producir caídas (mobiliario, agua, cables...)
4. Comprobar que la cama esté frenada.
5. Colocar las barandillas en la cama si fuera necesario.
6. Colocar el timbre o interfono en una posición accesible para el paciente.
7. Poner a su alcance las pertenencias y los dispositivos de ayuda personales (andador, bastón, muletas).
8. Mantener una luz difusa en la habitación durante la noche.
9. Recoger el material.
10. Realizar lavado de manos.
11. Comprobar los factores de riesgo y la seguridad del paciente por turno.
12. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Enseñar al paciente a levantarse lentamente de la cama para prevenir vértigos y pérdida de equilibrio.

- Responder cuanto antes a la llamada del enfermo para limitar el nº de ocasiones que abandone la cama sin ayuda.

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS CAIDAS

OBJETIVO

Administrar cuidados al paciente que ha sufrido una caída.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

✓ Gasa.

- ✓ Compresas.
- ✓ Esparadrapo tela.
- ✓ Vendas.
- ✓ Solución salina.
- ✓ Isodine espuma
- ✓ Isodine solución.
- ✓ Bolsa de desperdicio.
- ✓ Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Tranquilizar al paciente tras la caída.
2. Solicitar ayuda en caso necesario.
3. Detectar lesiones y, en caso de existir, avisar al facultativo.
4. Trasladar al paciente a la cama con precaución dependiendo del grado de lesión, si la hubiera.
5. Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia.
6. Administrar los cuidados derivados de las lesiones.
7. Anotar en registros de Enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados administrados.

OBSERVACIONES

Detectar las causas que produjeron la caída.

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

OBJETIVO

Mantener la piel del paciente en buen estado y eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen la aparición de las úlceras por presión (presión, humedad, desnutrición...)

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Apósitos hidrocoloides extrafinos.
- ✓ Gasa.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Productos hidratantes y nutritivos:
- ✓ Vaselina.
- ✓ Vaselina líquida.
- ✓ Protectores locales:
- ✓ Apósitos.
- ✓ Compresas blancas.
- ✓ Esparadrapo de tela.
- ✓ Vendas almohadillado.
- ✓ Almohadas.
- ✓ Cojines.
- ✓ Colchón antiescaras.
- ✓ Ropa de cama.
- ✓ Furasin crema.
- ✓ Bolsa de desperdicio.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP) al ingreso y cada siete días.
4. Realizar la higiene diaria de la piel con solución salina, isidine espuma e isodine solución; y cuando precise.
5. Eliminar las pomadas y los polvos.
6. Mantener buena hidratación de la piel.

7. Realizar masajes muy suaves en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidos, con cremas hidratantes.
8. Mantener las sábanas limpias, secas y sin arrugas.
9. Colocar apósitos estériles o hidrocoloides extrafinos en zonas de presión.
10. Colocar almohadillado en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción.
11. Pautar cambios posturales y sistemas de rotación programados.
12. Vigilar sondajes, vías centrales, drenajes..., evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.
13. Levantar al enfermo al sillón cuando sea posible, adoptando posturas adecuadas que prevengan el cizallamiento.
14. Asegurar la buena hidratación y corregir el déficit nutricional.
15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

En pacientes de alto riesgo o ingresados en unidades de cuidados críticos, se valorará diariamente el riesgo de UPP.

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

OBJETIVO

Evitar la aparición de signos y síntomas de infección en el paciente.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

PROCEDIMIENTO

Utilizar medidas profilácticas en los distintos eslabones de la cadena epidemiológica:

- *Sobre el agente infeccioso:*
    1. Lavar los objetos contaminados.
    2. Realizar la desinfección y esterilización de los mismos.
- *Sobre el reservorio:*
    1. Lavar al paciente con agua y jabón neutro.
    2. Cambiar la ropa sucia.

3. Desechar los tejidos muertos, apósitos y ropa sucia en bolsas impermeables.
4. Tirar el material punzante en los contenedores diseñados para ello.
5. Emplear medidas de limpieza y desinfección en el mobiliario y habitaciones.
6. Retirar las soluciones de los frascos abiertos durante periodos prolongados.
7. Tomar medidas de aislamiento de contacto y respiratorio, si procede.

➢ *Sobre el portador / mecanismo de trasmisión.*

1. Realizar lavado de manos.
2. Usar guantes.
3. Seguir las normas de aislamiento.
4. Realizar una adecuada recogida, transporte y eliminación de los líquidos corporales.
5. Los enseres de aseo del paciente serán individuales.
6. Utilizar preferentemente material de un solo uso.

✓ *Sobre el huésped.*

➢ Se tomarán medidas encaminadas a reducir la susceptibilidad a la infección:

1. Proporcionar una alimentación e ingesta líquida adecuada.
2. Asegurar el descanso suficiente.
3. Mantener la integridad cutánea y de las mucosas.
4. Aseo adecuado e hidratación de la piel.
5. Manipular lo menos posible los sistemas de perfusión.
6. Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.
7. Curar las heridas con técnica estéril.
8. Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.

OBSERVACIONES

✓ Los guantes se deberán cambiar entre procedimiento y procedimiento.

- ✓ Extremar medidas en pacientes inmunodeprimidos.

ALORACION DEL DOLOR

OBJETIVO

Conocer la etiología, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta el paciente.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Registros de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.

2. Obtener información del paciente para detectar las características del dolor de forma objetiva y subjetiva:

A. Valoración subjetiva:

a) Registrar:

- ✓ Intensidad del dolor.
- ✓ Localización e irradiación
- ✓ Causa probable
- ✓ Aumento o disminución con el ejercicio

b) Escuchar al paciente y observar la conducta ante el dolor.

c) Detectar déficit de conocimiento sobre su dolor e incapacidad para controlarlo.

d) Detectar signos de ansiedad, preocupación y desinformación.

e) Preguntar por el efecto analgésico de la medicación y su duración, si la tuviera.

f) Obtener información de la familia.

B. Valoración objetiva:

a) Cambios en la T.A., pulso y respiración.

b) Dilatación de pupilas.

c) Sudoración, náuseas, vómitos, cambios de temperatura...

d) Expresión facial del dolor (ojos sin brillo, aspecto derrotado con movimiento fijo e irregular, palidez).

e) Alteración del tono muscular (tensión de los músculos faciales, musculaturaen posición de defensa...).

f) Conducta desordenada como: lamentos, llanto, deambulación incontrolada, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad.

g) Debilidad, agotamiento, impotencia.

h) Insomnio.

3. Anotar en registros de Enfermería los datos observados.

CONSIDERACIONES PARA LA VALORACION EN NIÑOS.

1. Etapa preverbal (de 0 a 3 años):

   - ✓ El llanto es el principal indicador.
   - ✓ Expresiones faciales: muecas, frente arrugada, ojos cerrados muy prietos, boca angulada.
   - ✓ Movimientos corporales significativos.
   - ✓ Apertura de manos o puños apretados, rigidez muscular, espalda arqueada, movimientos de pataleo.
   - ✓ Alteración del patrón de sueño: letargia o irritabilidad.
   - ✓ Rechazo a los alimentos.

2. En niños de 4 a 8 años:

   - ✓ Se valorará la intensidad del dolor.

3. En niños de 9 a 14 años:

   - ✓ Se utilizará la escala analógica graduada.

OBSERVACIONES

- ✓ Anotación de las diferentes evoluciones, en cuanto a la escala del dolor.

COMUNICACION ENFERMERA- PACIENTE

OBJETIVO

Asegurar el intercambio de información entre el paciente y la enfermera/o.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Bolígrafo.
- ✓ Papel.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Crear un clima de calidez y aceptación, controlando los factores ambientales que dificulten la comunicación (ruidos, poca iluminación, temperaturas extremas...).
3. Comenzar dirigiéndose al paciente por su nombre. Realizar la presentación indicando al paciente nuestro nombre y nuestro papel dentro del equipo.
4. Tener en cuenta:
   a) Capacidad para el lenguaje presentada por el paciente.
   b) Existencia de alguna deficiencia sensorial (sordera, ceguera, mudez).
   c) Idioma.
   d) Edad.
   e) Tipo de patología.
5. Emplear conductas no verbales adecuadas:
   a) Sentarse al mismo nivel que el paciente.
   b) Adoptar posición relajada.
   c) Realizar una escucha activa.

6. Utilizar frases cortas, concretas, en lenguaje coloquial, de forma ordenada y sugerente.
7. Animar al paciente a solicitar aclaraciones, concederle tiempo y prestarle atención.
8. Comprobar que su comunicación verbal se corresponde con la verbal. En caso contrario solicitar aclaración.
9. Garantizar la retroalimentación.
10. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ En casos de deficiencias sensoriales, distinto idioma, pacientes pediátricos, con ventilación mecánica, etc., utilizar métodos alternativos (interpretes, lenguaje de signos, dibujos, escritura, etc...)
- ✓ Planificar la comunicación como una actitud habitual definiendo los objetivos.
- ✓ Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información sea la misma.
- ✓ Evitar hacer juicios de valor, menospreciar, utilizar el sarcasmo y la ironía, generalizar.

INFORMACION AL PACIENTE

OBJETIVO

Dar apoyo o soporte informativo al paciente (y/o familia). **RESPONSABLES**

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

PROCEDIMIENTO

1. Verificar la información y unificar criterios antes de proporcionarla al paciente y/o familia.
2. Procurar intimidad y confidencialidad.
3. Presentarse al paciente y/o familia.
4. Tener en cuenta a la hora de dar la información los factores que influyen en el estado del paciente:

   a) Factores físicos: Integridad de los sentidos, fatiga, dolor...

b) Factores psicológicos: Experiencias anteriores, motivación, confianza en sí mismo y en el personal, estado de ansiedad.

c) Factores intelectuales: Capacidad de comprensión, edad...

d) Factores sociológicos: Grado de apoyo familiar, creencias.

5. Utilizar un lenguaje comprensible evitando terminología complicada, con mensajes cortos y repetitivos, procurando poner ejemplos.
6. Adoptar una actitud de acercamiento haciéndole ver al paciente que estamos para ayudarle.
7. Dar la información en sentido positivo, aconsejarle, orientarle, proporcionar datos sobre el entorno y personal.
8. Aportar la información de forma clara y ordenada, resolviendo las dudas que el enfermo plantee.
9. Aportar la información relativa a procedimientos y exploraciones a que va a ser sometido previamente a la realización de los mismos.
10. Verificar con el paciente que ha comprendido la información aportada.
11. Anotar en registros de Enfermería los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

- ✓ Dar información directamente si es posible, evitando intermediarios.
- ✓ Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información aportada sea la misma.

MEDICION DE PULSO ARTERIAL

OBJETIVO

Conocer la frecuencia y el ritmo cardiacos del paciente.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Bolígrafo azul.
- ✓ Registros.

- ✓ Reloj con segundero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Informar al paciente.
3. Elegir el lugar de palpitación: radial, carótida, temporal ó femoral.
4. Apoyar la yema de los dedos índice, mediano y anular sobre la arteria (preferentemente radial) haciendo una ligera presión.
5. Contar las pulsaciones durante 1 minuto.
6. Anotar en Registros de Enfermería:
   a) Número pulsaciones por minuto.
   b) Ritmo (regular o irregular).
   c) Intensidad (fuerte o débil).
   d) Hora.

OBSERVACIONES

Si el pulso es débil en las arterias elegidas, auscultar con fonendoscopio colocándolo sobre el diafragma entre el III y IV espacio intercostal izquierdo, contando el Nº de latidos durante 1 minuto.

FRECUENCIA RESPIRATORIA

OBJETIVO

Cuantificar en el paciente el número de respiraciones por minuto, así como las características de las mismas.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Registros.
- ✓ Equipo
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Reloj con segundero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Informar al paciente.
3. Observar y contar las elevaciones del tórax y /o abdomen del paciente durante 1 minuto.
4. Poner la mano o fonendoscopio sobre el pecho del paciente, si no se pueden observar los movimientos torácicos, para contabilizar la frecuencia.
5. Observar al mismo tiempo la regularidad, tipo y características de las respiraciones.
6. Anotar en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

Al valorar la frecuencia respiratoria, comprobar si el paciente tiene hipertermia o presenta dolor.

CONTROL DE TEMPERATURA

OBJETIVO

Conocer la temperatura corporal del paciente.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Antiséptico.
- ✓ Bolígrafo rojo.
- ✓ Gasas no estériles.
- ✓ Registros.
- ✓ Termómetro clínico.
- ✓ Termómetro rectal.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos
2. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Bajar el mercurio del termómetro a 35º.
6. Comprobar que la axila del paciente esté seca y libre de ropa.
7. Colocar el termómetro en el centro de la axila, indicando al paciente que ponga el brazo sobre el pecho. Sujetar el brazo en su lugar si el paciente no puede.
8. Mantener el termómetro de 3 a 5 min.
9. Retirar y leer.
10. Limpiar una vez retirado en agua fría y antiséptico.
11. Secar.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ En neonatos y lactantes, la toma de la temperatura será rectal, con el termómetro destinado a tal fin. Introducir el termómetro en el recto 2 cm. Y mantener 2 min.

- ✓ Tener en cuenta la localización de la medición, reflejándolo en los registros.
- ✓ Aplicar los cuidados correspondientes si la necesidad de termorregulación está alterada.

CONTROL DE PRESION ARTERIAL

OBJETIVO

Conocer y valorar la presión ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias del paciente durante un ciclo cardiaco.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Bolígrafo verde.
- ✓ Registros.
- ✓ Estetoscopio.
- ✓ Esfigmomanómetro.

PROCEDIMIENTO

1. Revisar el perfecto funcionamiento del equipo.
2. Realizar lavado de manos.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente sentado o acostado en posición supina.
6. El brazo del paciente estará libre de ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa anterocubital a nivel del corazón.
7. Colocar el manguito del esfigmomanómetro 2cm. por encima de la fosa anterocubital y rodear el brazo.
8. Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar.
9. Inflar el manguito unos 30 mm de Hg. por encima del punto en que se deje de palpar el pulso braquial.

10. Abrir la válvula de salida de aire lentamente a una velocidad aproximada de 2 ó 3 mm Hg. por segundo, manteniendo esta velocidad hasta la finalización de la técnica.

11. El primer latido nítido que se escucha indica la presión sistólica o máxima y la desaparición de latido o su cambio brusco de intensidad indica la presión diastólica o mínima.

12. Retirar el manguito del esfigmomanómetro y el estetoscopio.

13. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

14. Realizar lavado de manos.

15. Anotar en registro de Enfermería las cifras obtenidas, fecha y hora de la toma.

16. Si los valores obtenidos están fuera de los rangos de normalidad, actuar según prescripción facultativa.

OBSERVACIONES

- ✓ Tipos de esfigmomanómetro:
- ✓ Mercurio.
- ✓ Aneroide (deben calibrarse cada 6 meses).
- ✓ Electrónico.
- ✓ Si el latido no es audible se palpará la arteria braquial o radial y se infla el manguito hasta que desaparezca el pulso. A continuación se comienza a desinflar el brazalete y consideraremos la aparición del primer latido como T. A. sistólica. Con esta técnica no se puede medir la diastólica.
- ✓ Utilizar el ancho y largo del manguito acorde al diámetro del brazo del paciente
- ✓ Si el enfermo tiene problemas en miembros superiores, se puede realizar esta técnica en miembros inferiores colocando el estetoscopio en el hueco poplíteo.

EXTRACCIÓN DE SANGRE DE UNA VENA PERIFÉRICA

OBJETIVO

Obtener muestras de sangre venosa del paciente de forma aséptica para determinaciones diagnósticas.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Bolsa para transporte.
- ✓ Compresor o torniquete.
- ✓ Contenedor de objetos punzantes.
- ✓ Esparadrapo antialérgico.
- ✓ Etiquetas de identificación.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Impresos de petición de analítica.
- ✓ Método de tubo con vacío:
- ✓ Agujas estériles de doble bisel.
- ✓ Soporte para las agujas.
- ✓ Método con jeringa:
- ✓ Agujas intravenosas.
- ✓ Jeringas.
- ✓ Povidona yodada.
- ✓ Registros.
- ✓ Toallitas de celulosa.
- ✓ Tubos (tipo y cantidad adecuada según pruebas pedidas).

PROCEDIMIENTO

1. Comprobar las condiciones necesarias antes de la toma de la muestra sanguínea, según normas del laboratorio (Por ejemplo: ayunas, picos máximos y mínimos de un fármaco, etc.).
2. Verificar la orden médica y comprobar que coincida con los impresos de petición de analítica.

3. Realizar lavado de manos.
4. Preparar todo el material (llevar siempre más tubos de los necesarios) y trasladarlo al lado del paciente.
5. Identificar al paciente.
6. Informar al paciente.
7. Preservar la intimidad del paciente.
8. Colocar al paciente en posición adecuada con el brazo en hiperextensión (el paciente nunca debe estar de pie).
9. Colocar el compresor de 7 a 10 cm. por encima de la zona de punción elegida.
10. Localizar la vena más adecuada por calibre y movilidad, preferentemente en la fosa antecubital.
11. Colocarse los guantes.
12. Aplicar antiséptico sobre la zona a puncionar y dejar que se seque.
13. Retirar el compresor tirando de uno de los extremos.
14. Llenar cada tubo con cuidado hasta que haya suficiente cantidad de sangre (llenar primero los tubos con las muestras coaguladas y terminar con los tubos con anticoagulantes. Los tubos con anticoagulante deben llenarse hasta consumir todo el vacío para mantener la proporción correcta de anticoagulante y sangre. Una vez llenos, invertir varias veces los tubos para que sangre y anticoagulantes se mezclen.)
15. Retirar la aguja y ejercer presión sobre la zona de punción con la gasa hasta que deje de sangrar.
16. Desechar las agujas y material contaminado en el contenedor de objetos punzantes.
17. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
18. ***Método con jeringa***

    a) Colocar la aguja en la jeringa.

    b) Aplicar una ligera tensión con el pulgar en la piel distal.

    c) Introducir la aguja en la vena con un ángulo de 20-30 grados.

d) Utilizar la mano no dominante para estabilizar la jeringa y la aguja.

e) Tirar del émbolo con la mano dominante y extraer la sangre necesaria, aspirando suavemente para evitar hemólisis y colapso de las venas.

f) Retirar el torniquete tirando de uno de los extremos.

19. Llenar cada tubo con cuidado hasta que haya suficiente cantidad de sangre (llenar primero los tubos con las muestras coaguladas y terminar con los tubos con anticoagulantes. Los tubos con anticoagulante deben llenarse hasta consumir todo el vacío para mantener la proporción correcta de anticoagulante y sangre. Una vez llenos, invertir varias veces los tubos para que sangre y anticoagulantes se mezclen.)

20. Retirar la aguja y ejercer presión sobre la zona de punción con la gasa hasta que deje de sangrar.

21. Desechar las agujas y material contaminado en el guardián de objetos punzantes.

22. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

    1. Rotular o identificar con las etiquetas los distintos tubos correctamente, estando al lado del paciente.

23. Recoger el material.

24. Retirarse los guantes.

25. Realizar lavado de manos.

26. Adjuntar los impresos de petición y cursar al laboratorio adecuado.

27. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ Si el paciente estuviera con fluidoterapia en la mano, muñeca o antebrazo, tuviera un hematoma en la zona elegida o haya sido sometido a una mastectomía, se elegirá el brazo opuesto.
- ✓ No pinchar nunca las fístulas arteriovenosas de pacientes sometidos a hemodiálisis.
- ✓ Valorar si el paciente puede presentar algún riesgo con la punción venosa: tratamiento anticoagulante, recuento plaquetario bajo, alteraciones de la hemostasia, etc.

- ✓ Las muestras programadas se recogerán puntualmente. Esto es importante para el control de fármacos, concentraciones de glucosa, etc. En caso contrario puede dar lugar a una valoración errónea de la evolución, de la coagulación, de la eficacia del medicamento, etc.
- ✓ Nunca se hará presión encima de la zona de punción antes de retirar la aguja, esto sería doloroso y causaría un traumatismo en la vena innecesario.
- ✓ En algunos pacientes será necesaria la colaboración de otro miembro del equipo (pacientes pediátricos, agitados, etc.)

PUNCION ARTERIAL (GASOMETRIA)

OBJETIVO

Extraer al paciente sangre arterial para conocer los valores de intercambio gaseoso en la ventilación y su equilibrio ácido – base.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Antiséptico
- ✓ Contenedor de objetos punzantes.
- ✓ Esparadrapo antialérgico.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Algodón.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Jeringa de Gasometría 1cc.
- ✓ Heparina.
- ✓ Termómetro.
- ✓ Baso desechable.
- ✓ Hielo.
- ✓ Registros de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Colocar al paciente en la posición adecuada para poder abordar la arteria.
5. Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio. Realizar el test de Allen en caso de elegir la arteria radial.
6. Desinfectar la piel con una torunda de algodón empapada en antiséptico.
7. Colocarse los guantes
8. Eliminar el aire y la heparina de la jeringa.
9. Colocar la mano en hiperextensión.
10. Puncionar la arteria distalmente a los dedos con un ángulo de 30 a 45º hacia la mano del paciente.
11. Dejar que entre en la jeringuilla de 1- 2 ml de sangre. Retirar rápidamente la aguja y mantener una presión firme en el lugar de la punción durante 5 minutos.
12. Dejar una gasa sobre el lugar de la punción y fijarla con esparadrapo ejerciendo una ligera presión.
13. Eliminar las burbujas de aire que puedan quedar en el interior de la jeringa.
14. Cerrar y etiquetar.
15. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
16. Recoger el material.
17. Retirarse los guantes
18. Realizar lavado de manos.
19. Procesar inmediatamente la muestra. Si no fuera posible, mantenerla en hielo.
20. Anotar en registros de Enfermería. Si el paciente tuviera O2, anotar el flujo.

OBSERVACIONES

- ✓ En caso de elegir la arteria radial o femoral, pinchar entre los dedos índice o medio.
- ✓ En pacientes sometidos a tratamiento con anticoagulante o con trastornos de coagulación, se les mantendrá la presión durante al menos 10 minutos. Cubrir el lugar de la punción con un vendaje.

TEST DE ALLEN:

Objetivo:

- ✓ Evaluar el suministro sanguíneo de las arterias colaterales de la arteria radial.
- ✓ Para hacerlo debemos seguir los siguientes pasos:

1. Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluyen las arterias radial y cubital.
2. Hacer que el enfermo abra su mano.
3. Dejar de comprimir la arteria cubital.
4. El color debe volver a la mano del enfermo en 15 seg.
5. En caso contrario elija otro sitio para realizar la punción arterial.

OBTENCION DE MUESTRAS DE ORINA

OBJETIVO

Recoger un volumen de orina suficiente para realizar determinaciones diagnósticas.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Bolsa de orina pediátrica o neonatal.
- ✓ Bolsa plástico p/muestras.
- ✓ Contenedor orina+tubo+bolsa.
- ✓ Etiqueta identificativa del paciente.
- ✓ Guantes no estériles para hacer asepcia.
- ✓ Gasas.

- ✓ Isodine espuma, solución.
- ✓ Solución salina,
- ✓ Bolsa roja.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Informar al paciente.
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Identificar el frasco.
5. Colocarse los guantes.
6. Pedir al paciente que pueda ir al cuarto de baño por sí solo, que miccione directamente en el vaso proporcionado para tal fin.
7. Verter la orina en el recolector.
8. Colocar la tapa.
9. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
10. Retirar el material.
11. Identificar el tubo.
12. Cursar frasco al laboratorio junto con la tarjeta grafitada de petición de muestras.
13. Retirarse los guantes.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ *EN NIÑOS QUE NO CONTROLAN ESFÍNTERES, LA RECOGIDA DE ORINA SE EFECTUARÁ:*
  - a) Lavar bien los genitales y secar con gasa estéril.
  - b) Colocar bolsa de orina estéril alrededor del periné.
  - c) Retirar cuando haya orina y vaciar el recolector.

OBTENCION DE MUESTRAS DE ORINA POR SONDA

OBJETIVO

Obtener un volumen suficiente de orina para su análisis en condiciones de asepsia cuando el paciente no puede emitirla por sí mismo.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Antiséptico.
- ✓ Sonda nelaton.
- ✓ Gasas para antisepcias.
- ✓ Recolector para muestras.
- ✓ Etiqueta adhesiva de identificación del paciente.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Guantes estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar el procedimiento.
2. Recoger la muestra de orina en el frasco estéril.
3. Cerrar el frasco y etiquetarlo.
4. Evacuar el resto de la orina en la sonda.
5. Retirar la sonda.
6. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
7. Recoger el material.
8. Retirarse los guantes.
9. Realizar lavado de manos.
10. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ *En pacientes con sonda vesical permanente, proceder de la siguiente manera:*

a) Pinzar la sonda con pinza de clamp unos 30 min.

b) Desinfectar la zona por encima de la pinza con antiséptico.

c) Pinchar la sonda con la aguja montada en la jeringa con la precaución de no hacerlo por el tallo de la sonda para no perforar el globo.

d) Extraer la muestra y vaciarla en el frasco de cultivo.

OBTENCION DE MUESTRAS DE ORINA PARA CULTIVO

OBJETIVO

Obtener un volumen suficiente de orina en las condiciones de asepsia necesarias para realizar un cultivo.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Bolsa de orina pediátrica o neonatal.
- ✓ Sonda nelaton.
- ✓ Recolector estéril de orina.
- ✓ Etiqueta adhesiva de identificación del paciente.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Guantes estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Explicar al paciente cómo debe realizar el lavado de genitales o ayudarle si es necesario.
6. Explicar al paciente como debe recoger la muestra:
   a) Separar los labios mayores en la mujer y retraer el prepucio en el hombre.
   b) Recoger la orina en la mitad de la micción sin interrupción de la misma.
7. Colocarse los guantes.
8. Recoger el frasco estéril con la orina y tapar bien.
9. Limpiar las paredes exteriores del frasco de restos de orina.

10. Etiquetar y cursar la muestra al laboratorio en el menor tiempo posible.
11. Retirarse los guantes.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- ✓ No tocar el interior del envase ni de la tapa.
- ✓ Conservar la orina en frigorífico si se demora al transporte al laboratorio.
- ✓ Ayudar al paciente en el procedimiento si presenta alguna dificultad para recoger la orina.
- ✓ En niños que no controlan esfínteres, la recogida de orina se efectuará:
- ✓ Lavar bien los genitales y secar con gasa estéril.
- ✓ Colocar bolsa de orina estéril alrededor del periné.
- ✓ Retirar cuando haya orina y vaciar en frasco estéril sin tocar sus bordes

REALIZACIÓN DE UN EKG

OBJETIVO

Obtener una representación gráfica de los impulsos eléctricos generados por el corazón del paciente durante el ciclo cardiaco.

RESPONSABLES

Enfermera en los turnos diurnos y/o auxiliar de enfermería en los turnos nocturnos.

EQUIPO

Bandeja con:

- ✓ Torundas con alcohol.
- ✓ Electrodos con gel de un solo uso.
- ✓ Gel para electrodos.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Papel de registro.
- ✓ Rasuradora.

- ✓ Registros de Enfermería.
- ✓ Electrocardiógrafo.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en decúbito supino.
6. Pedir y/o ayudar al paciente a descubrirse el pecho, tobillos y muñecas.
7. Limpiar la piel con alcohol en las zonas de colocación de los electrodos. Rasurar si existe abundante vello.
8. Colocar electrodos y conectar derivaciones:

a) Tórax. Derivaciones precordiales.

- ✓ V1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.
- ✓ V2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.
- ✓ V3 – Entre V2 y V4.
- ✓ V4 – 5º espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda.
- ✓ V5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V4.
- ✓ V6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V4.
- ✓ *Extremidades.*
- ✓ R (Rojo): Muñeca derecha.
- ✓ A (Amarillo): Muñeca izquierda.
- ✓ N (Negro): Tobillo derecho.
- ✓ V (Verde): Tobillo izquierdo.

9. Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm/seg. y el voltaje a 1 mV. Seleccionar
10. "filtro" y modalidad manual o automática.

11. Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.
12. Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
13. Eliminar el exceso de gel en el tórax y extremidades del paciente.
14. Ayudar a vestirse al paciente, dejándolo en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
15. Recoger el material.
16. Realizar lavado de manos.
17. Cortar y pegar el E.K.G. en la carpeta de E.K.G., rellenando los datos de filiación, fecha, hora y si existe o no dolor precordial o dificultad respiratoria.
18. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

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

Proyectado por:

OMAR RICARDO MEDINA RAMIREZ
P. Apoyo al Sistema de Gestión de la Calidad.
15- JULIO- 2021

Revisó y Aprobó:

JORGE ALBERTO LEMUS BELLO
Gerente E.S.E.
15-JULIO-2021

"GESTION Y CONTROL DE CALIDAD"

Historia del Cambio: Actualización Tercera Versión.

15-JUL-2021
15-JUL-2018.
15-MAY-2015.