



RESOLUCION DIRECTORAL

Nº 124-2023-GRL-GRS-L/30.50


Punchana, 16 de 06 del 2023




Visto, el expediente N°11402/22 derivado por la Dirección General del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" a la Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico, conteniendo el Oficio N°746-2022-GRL-GRS-L/30.50.17, de fecha 16 de noviembre del 2022, generado por la Jefa del Departamento de Enfermería, el mismo que contiene el INFORME TÉCNICO N°001-2022-GRL-GRS-L/30.50.15.03 emitido por la responsable del servicio de Ginecología; solicitando aprobación del documento técnico: **"Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Ginecología y Guías de Atención de Enfermería en Ginecología del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";**

CONSIDERANDO:


Que, el artículo VI del Título Preliminar de la Ley 26842 "Ley General de Salud", establece que es responsabilidad del Estado promover las condiciones que garanticen una Adecuada cobertura de prestaciones de salud a la población, en términos socialmente aceptables de seguridad, oportunidad y calidad;




Que, mediante Decreto Legislativo N°1161 se aprueba la Ley de Organización y Funciones del Ministerio de Salud y establece en su artículo 12°, inciso a) Formular, proponer, implementar, ejecutar, evaluar y supervisar la política de salud sectorial relacionada a la organización y gestión de la prestación de servicios de salud, al acceso a la atención y al aseguramiento de la salud;




Que, mediante Resolución Ministerial N°826-2021-MINSA del 05 de julio del 2021 se aprueba las "Normas para la elaboración de Documentos Normativos del Ministerio de Salud", con el objetivo de establecer las disposiciones relacionadas con las etapas de planificación, formulación o actualización, aprobación, difusión, implementación y evaluación de los Documentos Normativos que expide el Ministerio de Salud;



Que, con Resolución Ministerial N°302-2015-MINSA de fecha 14 de mayo de 2015, se aprueba la NTS N°117-MINSA/DGSP-V.01 "Norma Técnica de Salud para la elaboración y uso de Guías de Práctica Clínica del Ministerio de Salud", con la finalidad de contribuir a la calidad y seguridad de las atenciones de salud, respaldadas por Guías de Práctica Clínica, basadas en evidencias científicas, ofreciendo el máximo beneficio y el mínimo riesgo para los usuarios de las prestaciones en salud, así como la optimización y racionalización del uso de los recursos;



Que, en respuesta a las consideraciones expuestas se elaboró el proyecto de las Guías de Atención y Procedimientos de Enfermería en Ginecología, de acuerdo a los criterios metodológicos establecidos en la NTS mencionado en el párrafo anterior;



Que, el Reglamento de Organización y Funciones del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias", aprobado con Resolución Ejecutiva Regional N°728-2015-GRL-P del 22 de Diciembre del 2015 y ratificado con Ordenanza Regional N°008-2016-GRL-CR, en el artículo 57° desarrolla las funciones del Departamento de Ginecología – Obstetricia, indica en el literal e) establecer, ejecutar y evaluar protocolos y procedimientos de atención médica gineco-obstétrica, orientada a brindar un servicio eficiente y eficaz e indica en el Artículo 60° que el Servicio de Ginecología es encargada de proponer, evaluar y ejecutar acciones y procedimientos para un manejo integral de los daños que afecten al sistema reproductivo femenino y mamas de las pacientes que acuden al Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

Que, mediante OFICIO N°080-2023-GRL-GRS-L/30.50.06 el equipo técnico de la Oficina de Gestión de la Calidad revisó y aprobó las "Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Ginecología y Guías de Atención de Enfermería en Ginecología", y con el propósito de proseguir las acciones y procedimientos administrativos necesarios para el cumplimiento de los objetivos institucionales propuestos, resulta pertinente atender lo solicitado por el Departamento de Enfermería;

RESOLUCION DIRECTORAL

N° 124 -2023-GRL-GRS-L/30.50

Punchana, 16 de 06 del 2023

Con el visado del Departamento de Enfermería, Departamento de Gineco-Obstetricia, Oficina de Gestión de la Calidad, Oficina de Asesoría Jurídica, Oficina Ejecutiva de Administración, Oficina Ejecutiva de Planeamiento Estratégico y Sub Dirección General y en uso de las atribuciones conferidas en la en la Resolución Ejecutiva Regional N°095-2023-GRL-GR, de fecha 13 de enero del 2023, que designa al Director Ejecutivo del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias";

SE RESUELVE:

Artículo 1°.- Aprobar el documento técnico: "Guías de Procedimientos Básicos de Enfermería en Ginecología del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias" desarrolla once (11) Procedimientos Administrativos, trece (13) Procedimientos Asistenciales y veinticuatro (24) Procedimientos Especiales, en 187 folios.

Artículo 2°.- Aprobar el documento técnico: "Guías de Atención de Enfermería en Ginecología del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias"; que desarrolla veintiocho (28) guías en 133 folios.

Artículo 3°.- Disponer la vigencia del documento aprobado en el artículo 1° y 2° con una vigencia de dos (02) años.

Artículo 4°.- Encargar que el Departamento de Enfermería realice la implementación de los documentos técnicos aprobados en el artículo 1° y 2°, mediante la ejecución en el servicio; así como la distribución, seguimiento y monitoreo a las instancias correspondientes.

Artículo 5°.- Encargar a la Oficina de Estadística e Informática, proceda a la publicación de la presente Resolución Directoral en el portal institucional del Hospital Regional de Loreto "Felipe Arriola Iglesias".

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

CART/RAAM/RM/RG/ARG/RGO/HAC/JGV/LAN/juana.



HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
“FELIPE ARRIOLA IGLESIAS”



GUÍA DE PROCEDIMIENTOS
SERVICIO DE GINECOLOGÍA 2023

IQUITOS – PUNCHANA

2023



COLABORADORES

1. Lic. Enf. Juana Erlita Pinedo Chirinos
2. Lic. Enf. Teresita De Jesús Casique Salas
3. Lic. Enf. Maritza Torres Hu
4. Lic. Enf. Liz Margot Jesús Sinti
5. Lic. Enf. Claudia Karina Rojas Flores
6. Lic. Enf. Claudia Paola Sandoval Souza
7. Lic. Enf. Meléndez Pinedo Cristina
8. Lic. Enf. Ketty Rojas Saldaña
9. Lic. Enf. Leidy Juliana Spencer Rimachi



INTEGRANTES DEL SERVICIO

1. Lic. Enf. Juana Erlita Pinedo Chirinos
2. Lic. Enf. Teresita De Jesús Casique Salas
3. Lic. Enf. Maritza Torres Hu
4. Lic. Enf. Liz Margot Jesús Sinti
5. Lic. Enf. Claudia Karina Rojas Flores
6. Lic. Enf. Claudia Paola Sandoval Souza
7. Lic. Enf. Luisa Acosta Dávila
8. Lic. Enf. Meléndez Pinedo Cristina
9. Lic. Enf. Ketty Rojas Saldaña
10. Lic. Enf. Leidy Juliana Spencer Rimachi
11. Lic. Enf. Mayra Heras Mera



ÍNDICE

	Pág.
GUIA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA	
Integrantes	02
Presentación	05
Objetivos	06
1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS	07
1.1. Atención De Enfermería En Admisión Del Paciente	07
1.2. Traslado Del Paciente A Gabinetes De Exámenes Complementarios	10
1.3. Traslado Del Paciente A Centro Quirúrgico	12
1.4. Traslado Del Paciente A Otra Unidad	14
1.5. Atención De Enfermería En El Alta Del Paciente	16
1.6. Alta Solicitada (Voluntaria)	18
1.7 Egreso Por Fuga	19
1.8. Informe de turno: relevo de Enfermería	20
1.9 Facilitación al paciente de permiso	21
1.10 Transferencia del paciente	22
1.11. Recepción del paciente después de cirugía al serv. De hospitalización	24
2. PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES	26
2.1 Técnica de higiene de manos clínica	26
2.2 Calzado de guantes estériles (técnica abierta)	29
2.3 Técnica cerrada de calzado de guantes	31
2.4 Técnica como quitarse los guantes asépticamente	33
2.5 Colocación de mascarilla	34
2.6 Colocación de mandil estéril al paciente	35
2.7 Técnica para ponerse el mandil estéril	36
2.8 Constantes vitales	38
2.8.1 Valoración de la Presión Arterial	39
2.8.2 Valoración de la frecuencia cardiaca	41
2.8.3 Valoración de la Respiración	43
2.8.4 Valoración de la Temperatura	45
2.9 Higiene y confort del paciente	47
2.9.1 Baño del paciente en ducha	48
2.9.2 Baño del paciente en cama	50
2.9.3 Aseo Matinal del paciente en cama	52
2.9.4 Lavado de cabello en cama	54
2.9.5 Higiene de los ojos	56
2.9.6 Higiene de boca y dientes	58
2.9.7 Higiene de uñas de manos y pies	60
2.9.8 Higiene perineal	62
2.9.9 Movilización del Paciente	65
2.9.10 Posiciones del paciente en cama	69
2.9.11 Posición del paciente en decúbito lateral	71
2.10 Higiene de la Unidad del paciente	73
2.10.1 Higiene de cama abierta	74
2.10.2 Higiene de cama cerrada	76
2.10.3 Cambio de ropa de cama	78
2.10.4 Cambio de ropa de cama con paciente	80

2.10.5 Manejo de ropa sucia	82
2.11 Administración de Medicamentos	84
2.11.1 Vía Inhalatoria	85
2.11.2 Por sonda Nasogástrica	87
2.11.3 Vía Nasobucal	89
2.11.4 Vía Oral	91
2.11.5 Vía sublingual	93
2.11.6 Vía cutánea	95
2.11.7 Vía Intradérmica	97
2.11.8 Vía Subcutánea	99
2.11.9 Vía Intravenosa	101
2.11.10 Vía Intramuscular	104
2.11.11 Vía Vaginal	106
2.11.12 Vía Rectal	108
2.11.13 Enema Evacuante	110
2.12 Recolección Toma De Muestra Para Exámenes	112
2.12.1 Recolección De Muestra De Heces	112
2.12.2 Recolección De Muestra De Orina	114
2.13 Limpieza Y Desinfección Hospitalaria	116
2.13.1 Manejo De Soluciones Antisépticos	116
2.13.2 Manejo De Soluciones Detergente Enzimático Y Desinfectantes	118
2.13.3 Limpieza Y Desinfección Concurrente	121
2.13.4 Limpieza Y Desinfección Terminal	123
3. PROCEDIMIENTO ESPECIALES	125
3.1 Mantenimiento Del Catéter venoso central (CVC)	125
3.2 Instalación y Mantenimiento De Sondaje Nasogástrico	128
3.3 Instalación y Mantenimiento Del Catéter Venoso Periférico	130
3.4 Instalación y Manejo De Catéter Urinario Permanente	133
3.5 Preparación Del Coche De Paro	136
3.6 Reanimación Cardiopulmonar	138
3.7 Balance Hídrico	141
3.8 Bomba de Infusión	143
3.9 Electrocardiograma (EKG)	145
3.10 Oxigenoterapia	148
3.11 Aspiración De Secreciones	151
3.12 Transfusión Sanguínea	154
3.13 Cuidados de Enfermería en la Administración de Profilaxis Antibiótica	158
3.14 Limpieza Preoperatoria	160
3.15 Apertura De Paquetes Estériles	162
3.16 Cuidados de Enfermería en el post operatorio inmediato de Cesárea	164
3.17 Monitoreo del paciente	169
3.18 Cuidados de Enfermería en Manejo de Dolor por Cesárea	171
3.19 Control del Sangrado	173
3.20 Control De Diuresis	175
3.21 Cuidados De Enfermería en Herida Quirúrgica por Cesárea	177
3.22 Aislamiento Del Paciente	179
3.23 Asistencia durante el procedimiento de legrado uterino	182
3.24 Asistencia Durante La Aspiración Manual Endouterina (AMEU)	185

PRESENTACION

La Reforma de Salud visualiza a las profesionales de enfermería como integrante estratégico del equipo multidisciplinario e indispensable para la garantía del derecho a la salud de la población; es por ello que se considera necesario garantizar su cualificación técnica y formación continua.

El presente Manual de Procedimientos describe y presenta formalmente los procedimientos requeridos para la ejecución de los procesos organizacionales del servicio de ginecología, a fin de lograr el cumplimiento de sus objetivos y funciones, en concordancia con los objetivos institucionales. Este documento de gestión debe ser utilizado como un instrumento para la sistematización de los flujos de información y documentos base para el desarrollo del plan estratégico de sistemas de información del hospital, no obstante que la descripción de un procedimiento, no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, cuando de profesionales se trata, sino una guía para la praxis enfermera, sujeta a cuantos cambios sean necesarios a tenor de los nuevos avances científicos.

Las claves que justifican la importancia de disponer de un Manual de Procedimientos de Enfermería son: Sirven para unificar criterios, mejoran el aprovechamiento de los recursos, ayudan a la investigación, orientan al personal de nueva incorporación, son base para el control de calidad, para brindar cuidados integrales, humanizados y de Calidad.



Objetivo General

Emitir las directrices necesarias para estandarizar ser un indicador de la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de Ginecología.

Objetivos Específicos.

- Establecer las intervenciones de enfermería que se proporcionan a la mujer en todas las etapas de su vida.
- Proporcionar una guía de trabajo que permita estandarizar el cuidado de enfermería en la atención integral de la mujer, en el Hospital Regional Loreto.
- Unificar criterios técnicos para garantizar los procedimientos de enfermería.
- Garantizar la calidad de los procedimientos que realiza el personal de enfermería y personal técnico.



1. PROCEDIMIENTOS ADMINISTRATIVOS

1.1. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN ADMISIÓN DEL PACIENTE

a. DEFINICIÓN

Es el ingreso del paciente a un establecimiento de salud, con la finalidad de recibir tratamiento que garantice su recuperación o rehabilitación; durante el tiempo de su permanencia en éste.

b. OBJETIVOS

- Brindar al paciente atención médica y de enfermería en forma adecuada y continua, en un ambiente donde se dispone de los medios necesarios.
- Recibir tratamiento que garantice su recuperación o rehabilitación.
- Lograr la adaptación oportuna al paciente/usuario familia que será admitido en el hospital, ofreciendo un trato personalizado con calidez y calidad, brindando la información referente sobre las normas del hospital durante su rehabilitación.

c. MATERIALES Y EQUIPOS

- Registros de Enfermería.
- Material de Oficina.
- Material médico: tensiómetro, estetoscopio, termómetro.
- Historia Clínica: Formatos completos.
- Formato de censo diario.
- Identificación del paciente y número de cama.
- Formato de Dieta.
- Formato de Kardex.
- Riñonera, chata o papagayo.
- Jarra con agua tratada.
- Utensilios para alimentos.
- Balanza de pie o baño.
- Ropa de cama / sábanas, batas o pijamas, etc.
- Cama cerrada.
- Mobiliario hospitalario de la pieza.
- Mesa Auxiliar.
- Trípode.
- Balón de oxígeno y/o oxígeno central.
- Bigotera o mascarilla de Oxígeno terapia.

d. PROCEDIMIENTO:

- Conforme a las normas de internamiento, el asistente administrativo verifica disponibilidad de cama y coordina con la enfermera la hospitalización del paciente. Si el paciente se encuentra internado en emergencia u otro servicio se coordina con la enfermera para la hospitalización.

1. Antes del Procedimiento

- Recibir el reporte e historia clínica del paciente: consultorio o emergencia. Permite tener conocimiento sobre estado de salud del paciente, edad, diagnóstico médico.
- Lavarse las manos según técnica. Para eliminar gérmenes.
- Preparar, ordenar el material y equipo necesario, llevar a la unidad del paciente. Para ahorrar tiempo y energía.

2. Durante del Procedimiento

- Recepcionar al paciente, verificar la historia clínica, orden de internamiento, medicamentos y material médico requerido. Si está conforme se acepta la admisión.
- Registrar en el libro de admisión/alta: fecha, hora, nombre completo, unidad de procedencia, lugar de origen y N° de Historia Clínica y otros datos según áreas críticas.
- Saludar en forma amable y presentarse. Permite tener en cuenta al paciente como individuo y como persona.
- Acompañar al paciente a su habitación, mostrar las instalaciones del servicio y enseñarle su correcta utilización (zona de escape y seguridad), tenga en cuenta su estado.
- De acuerdo al ingreso, traslado o condición/situación del paciente, la enfermera realizara la valoración del paciente mediante la entrevista.
- Dialogar con el paciente, recolectar la información pertinente, anotar en la hoja correspondiente y orientar a cerca de rutinas y normas del hospital. Es responsabilidad de enfermería mantener informado al paciente sobre diversos aspectos del hospital, el paciente necesita estar familiarizado con ellos.
- Siéntelo o acuéstalo en la cama y preséntelo a sus compañeros de cuarto. Ayuda al paciente a adaptarse en su medio ambiente hospitalario.
- Ayudar a cambiar la ropa de calle por la bata, previo baño. Brinda al paciente sensación de bienestar, y se disminuye la propagación de agentes infecciosos a través de la ropa sucia.
- Control de funciones vitales (PA, P, R y T) y peso si está dentro de las posibilidades. Permite evidenciar el estado general del paciente y ayuda en el diagnóstico médico.
- Registrar al paciente en la hoja de censo diario. Permite identificar al paciente en el servicio y como registro estadístico.
- Registrar al paciente en el parte de dietas. Contribuye a mantener o mejorar el estado nutricional.
- Colocar el número de Historia Clínica y nombre del paciente en la cabecera de la cama del paciente.
- Colocar el nombre, número de cama, alergia a algún tipo de medicamento del paciente en la parte superior de la historia clínica. Se evita errores y se previene accidentes posteriores.
- Comunicar al médico de piso o especialista sobre el ingreso del paciente. Permite colaborar con el diagnóstico eficaz y oportuno.
- Realizar examen físico al paciente, anotar en la historia clínica detallando los signos y síntomas que presenta de manera más resaltante.
- Hacer cumplir y cumplir las indicaciones prescritas por el médico tratante. Con el fin de contribuir en la evolución favorable del paciente y por ende a su recuperación.

- Informar a la enfermera jefe la condición del paciente.

3. Después del Procedimiento

- Lavarse las manos. Disminuye el riesgo de contaminación.
- Ordenar la historia clínica verificando los datos de filiación y hospitalización. Para facilitar el trabajo ordenado.
- Confeccionar el kardex, con las indicaciones médicas y los procedimientos de enfermería requeridos. El kardex es un instrumento de la enfermera que permite hacer cumplir todas las indicaciones médicas y las que la enfermera antes de administrar considere necesario.
- Verificar que el paciente obtenga todas sus medicinas. Ayuda en el proceso de recuperación.
- Verificar que todo resultado de análisis complementarios indicados conste en la historia clínica para ser evaluados por el médico. Facilita la evaluación y el diagnóstico.
- Realizar el registro en la hoja de notas de enfermería. Las anotaciones de enfermería son un documento legal ante cualquier particularidad.

e. PRECAUCIONES

- El registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería debe ser con letra clara con firma y sello.
- Dirigirse al paciente por su nombre, hacerle conocer nuestro nombre y la función que cumplimos en el Hospital.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Departamento de Marina Estados Unidos de América. (2005). Técnicas de Enfermería. 5ta Edic. Edit. El ateneo. Buenos Aires.
- KOZIER B. Et al. (1999). Fundamentos de Enfermería. 5ta Edic. Edit. Interamericana. México.

1.2. TRASLADO DEL PACIENTE A EXÁMENES COMPLEMENTARIOS

a. DEFINICIÓN

Es el traslado del paciente de su unidad a uno de los servicios auxiliares previa coordinación y por indicación médica escrita.

b. OBJETIVO

- Efectivizar los exámenes complementarios solicitados en condiciones de seguridad.

c. MATERIAL

- Orden de examen solicitado por el médico tratante.
- Expediente Clínico

d. EQUIPO

- Silla de ruedas o camilla, dependiendo del estado de salud del paciente
- Equipo de oxigenoterapia, si precisa

e. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lavado de manos.
- Comunicar al paciente sobre el objetivo de su traslado al gabinete de exámenes complementarios.
- Preparar al paciente con anticipación para su estudio a realizarse de acuerdo a cada estudio e indicación médica.
- Coordinar con el servicio o gabinete de exámenes complementarios antes del traslado al paciente.
- Valorar el estado de salud del paciente para determinar el medio de traslado.

2. Durante del Procedimiento

- Trasladar al paciente en condiciones de seguridad.
- Llevar al gabinete al paciente con su Expediente Clínico completo y asegurarse que estén completos sus informes de exámenes complementarios si es que lo solicitan.
- Entregar el Expediente Clínico a la persona responsable del servicio que fue trasladado el paciente.

3. Después del Procedimiento

- Trasladar al paciente nuevamente a su unidad en condiciones de seguridad.
- Dejarlo cómodo en su unidad
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

f. PRECAUCIONES

- Coordinar con anticipación con el gabinete de exámenes complementarios sobre algunas indicaciones para el estudio y que los mismos se cumpla.

- Verificar drenajes, sondas y otros antes de traslado al paciente a otra unidad y colocar el suero en un trípode que garantice el ritmo de perfusión, si tuviera.

g. BIBLIOGRAFÍA

- Departamento de Marina Estados Unidos de América. (2005). Técnicas de Enfermería. 5ta Edic. Edit. El ateneo. Buenos Aires.
- KOZIER B. Et al. (1999). Fundamentos de Enfermería. 5ta Edic. Edit. Interamericana. México.

1.3. TRASLADO DEL PACIENTE A CENTRO QUIRURGICO

a. DEFINICIÓN

Es la transferencia de un paciente desde su unidad a sala de operaciones, previa coordinación y comunicación del pre traslado entre médicos y/o enfermeras acerca de la enfermedad y tratamiento del paciente.

b. OBJETIVO

- Trasladar al paciente internado en condiciones de seguridad, tomando en cuenta su estado de salud.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Programación quirúrgica del día o de solicitud de operación y derecho de sala de operaciones en caso de cesárea de emergencia (Gestión Pre quirúrgica)
- Ropa de cama.
- Equipo de oxígeno terapia (si precisa).
- Equipo de suero terapia (si precisa)
- Camilla, silla de ruedas
- Historia Clínica.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Higiene de manos.
- Comunicar al paciente sobre el objetivo de su traslado.
- Valorar el estado de salud del paciente para determinar el medio de traslado.
- Coordinar con la persona responsable del servicio antes del traslado al paciente.

2. Durante del Procedimiento

- Trasladar al paciente en condiciones de seguridad, cuidar y proteger la vía periférica si es que la tuviera. (profilaxis antibiótica)
- Llevar al servicio a ser trasladado al paciente con su historia clínica completa y asegurarse que estén completos todos sus informes de exámenes complementarios (Laboratorios, gestión pre quirúrgica, kit de cesárea, riesgo quirúrgico, etc.)
- Entregar la historia clínica a la persona responsable de la recepción del paciente en servicio que fue trasladado el paciente.

3. Después del Procedimiento

- Recoger y limpiar la unidad del paciente.
- Comunicar a la unidad de admisión la disponibilidad de cama.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de quien realiza el mismo.

e. PRECAUCIONES

- Valorar el estado general del paciente antes del traslado.
- Verificar drenajes, sondas y otros si tuviera antes de traslado al paciente a otra unidad.

f. BIBLIOGRAFIA:

- Fuller, J. Instrumentación quirúrgica, teoría, técnicas y procedimientos. 4ª ed. Madrid: Médica Panamericana. (2013).
- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Guía de práctica clínica para operación cesárea. México; Secretaria de salud. 2010.

1.4. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD

a. DEFINICIÓN

Es la transferencia de un paciente de una unidad a otra previa coordinación y comunicación del pre traslado entre médicos y/o enfermeras acerca de la enfermedad y tratamiento del paciente.

b. OBJETIVO

- Trasladar al paciente internado en condiciones de seguridad, tomando en cuenta su estado de salud.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Orden escrita de traslado de servicio o exámenes de gabinete por su médico tratante.
- Ropa de cama.
- Equipo de oxígeno terapia (si precisa).
- Equipo de suero terapia (si precisa)
- Camilla, silla de ruedas o incubadora (dependiendo al estado de salud del paciente)
- Expediente clínico.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lavado de manos.
- Comunicar al paciente y /o familiar sobre el objetivo de su traslado.
- Valorar el estado de salud del paciente para determinar el medio de traslado.
- Coordinar con la persona responsable del servicio antes del traslado al paciente.

2. Durante del Procedimiento

- Trasladar al paciente en condiciones de seguridad.
- Llevar al servicio a ser trasladado al paciente con su expediente clínico completo y asegurarse que estén completos todos sus informes de exámenes complementarios (Laboratorios y Gabinete).
- Entregar el Expediente Clínico a la persona responsable del servicio que fue trasladado el paciente.

3. Después del Procedimiento

- Recoger y limpiar la unidad del paciente.
- Comunicar a la unidad de admisión la disponibilidad de cama.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de quien realiza el mismo.

e. PRECAUCIONES

- Valorar el estado general del paciente antes del traslado.
- Verificar drenajes, sondas y otros si tuviera antes de traslado al paciente a otra unidad.

f. BIBLIOGRAFIA

- Departamento de Marina Estados Unidos de América. (2005). Técnicas de Enfermería. 5ta Edic. Edit. El ateneo. Buenos Aires.
- KOZIER B. Et al. (1999). Fundamentos de Enfermería. 5ta Edic. Edit. Interamericana. México.

1.5. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL ALTA DEL PACIENTE

a. DEFINICIÓN

Es el procedimiento de retiro o salida del paciente de la Institución donde permaneció por un período de tiempo, que puede ser por alta médica voluntaria, transferencia, defunción y fuga.

b. OBJETIVOS

- Ayudar a reincorporarse al seno familiar y a la sociedad finalizando el tratamiento
- Reincorporar al paciente a su medio habitual, procurando la continuidad de los cuidados.

c. MATERIALES Y EQUIPOS

- Formulario de satisfacción del paciente.
- Historia Clínica
- Hoja de epicrisis (llenada y firmada por el médico)
- Hoja de censo, papeleta de egreso
- Recetas con las indicaciones médicas y firmadas
- Plan de alta de enfermería.
- Libro de Admisión /Alta.
- Silla de ruedas o camilla según precise.
- Solicitud del servicio de ambulancia, si precisa.
- Bolsa de ropa de sucia.
- Material de desinfección terminal

d. PROCEDIMIENTOS

1. Antes del Procedimiento

- De acuerdo al estado/situación del paciente, el médico indica el alta: deja órdenes de exámenes auxiliares, receta, próxima cita e indicaciones. Es la primera indicación médica que avala al enfermero para efectuar el alta y prepararla para la fecha indicada.
- Informar a los familiares la fecha y hora de alta.
- En el alta el médico firmará la papeleta y elaborará la epicrisis correspondiente. Confirmar el alta para los trámites administrativos.
- Controlar los signos vitales, registrar y observar el estado del paciente. Los signos vitales demuestran algunas alteraciones y evidencia el estado del paciente
- Cerrar la historia clínica con todas las anotaciones del estado del paciente: estado general, fecha y hora del alta. Las anotaciones de enfermería son un documento legal que le respalda ante cualquier particularidad.
- Comunicar a la oficina de SIS o contabilidad y envía la historia clínica. Para que efectúen el estado de cuenta de la hospitalización.

2. Durante el Procedimiento

- Informar al paciente acerca de su alta
- Solicitar al paciente el llenado del formulario de satisfacción del paciente.

- Proceder a los arreglos necesarios de sus pertenencias y ayúdela a vestirse.- Permite demostrar actitud amable de enfermería
- Entregar las instrucciones médicas por escrito.
- Realizar sesión educativa acerca de cuidados en el hogar. informar apropiadamente sobre la medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del tratamiento durante las primeras 24 horas. Resulta difícil poder retener las nuevas instrucciones al momento del alta.
- Todos los datos finales se consignan con fecha y hora de cita.
- Acompañar al paciente si es necesario llévelo en sillas de ruedas hasta la puerta de salida del hospital y enséñele la papeleta de alta a vigilancia.
- Despedir al paciente y su familia.

3. Después del Procedimiento

- Lavarse las manos.-Disminuye el riesgo de propagación de microorganismos patógenos
- Dejar la silla de ruedas en su lugar.-Permite ahorrar tiempo y energía.
- Limpiar la habitación, y/o unidad del paciente.
- Preparar la unidad para un nuevo ingreso

e. PRECAUCIONES

- Verificar que el paciente firme en el expediente clínico su alta solicitada previa al conocimiento de su médico tratante

f. BIBLIOGRAFÍA

- Departamento de Marina Estados Unidos de América. (2005). Técnicas de Enfermería. 5ta Edic. Edit. El ateneo. Buenos Aires.
- KOZIER B. Et al. (1999). Fundamentos de Enfermería. 5ta Edic. Edit. Interamericana. México.



1.6. ALTA SOLICITADA (VOLUNTARIA)

a. DEFINICIÓN

Es la salida del paciente de un establecimiento de salud en contra de las indicaciones médicas. Solicitada por el paciente, familiar o tutor.

b. OBJETIVO

- Facilitar al paciente la documentación legal necesaria para su salida del establecimiento de salud cuando este demande el alta.

c. MATERIAL Y EQUIPO

- Formulario impreso de alta solicitada.
- Ropa del paciente.
- Silla de ruedas.
- Camilla (opcional).
- Bolsa de ropa sucia.
- Equipo de cama cerrada.
- Libro de registro de ingresos y egresos de paciente.
- Expediente clínico.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes el Procedimiento

- Comunicar al médico tratante o de guardia, la solicitud de alta del paciente.

2. Durante el Procedimiento

- Orientar al paciente, familiares o tutores sobre el formulario del alta solicitada, efectivizando la firma.
- Informar al paciente, familia o tutor sobre las indicaciones médicas a seguir.
- Registrar en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería, las condiciones de salud en las que el paciente fue externado, la fecha, hora, firma y sello de quien realiza.

3. Después del procedimiento

- Registrar hora y fecha de egreso en el libro de ingresos y egresos.
- Efectivizar la desinfección terminal de la unidad del paciente.

e. PRECAUCIONES

- Verificar que el paciente firme en el expediente clínico su alta solicitada (VOLUNTARIA) previa al conocimiento de su médico tratante.

f. BIBLIOGRAFIA

- Departamento de Marina Estados Unidos de América. (2005). Técnicas de Enfermería. 5ta Edic. Edit. El ateneo. Buenos Aires.
- KOZIER B. Et al. (1999). Fundamentos de Enfermería. 5ta Edic. Edit. Interamericana. México.



1.7. EGRESO POR FUGA

a. DEFINICIÓN

Es la salida del paciente de la institución de salud, sin autorización médica y sin el conocimiento del personal.

b. OBJETIVOS

- Proporcionar al personal de Enfermería la orientación necesaria sobre los pasos a seguir en caso de FUGA.

c. EQUIPO Y MATERIAL

- Expediente clínico.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Identificar de inmediato el nombre del paciente que se fuga, y diagnóstico médico.

2. Durante el Procedimiento

- Notificar al inmediato superior y/o médico del servicio y médico tratante.
- Notificar a los departamentos correspondientes, como servicio social, contabilidad y otros de acuerdo a normas de la institución.

3. Después del Procedimiento

- Registrar en la hoja de enfermería.
- Hora del último control o visita que se realizó al paciente.
- Condiciones y actitud del paciente en esa visita.
- Fecha y hora probable de FUGA.
- Departamento y/o persona a quienes se comunicó de la FUGA del paciente.
- Ordenar, foliar y llenar el expediente clínico de acuerdo a Normas de la Institución para su devolución a la unidad de archivo, bajo registro correspondiente.
- Realizar desinfección terminal de la unidad de acuerdo a normas de la institución.

e. PRECAUCIONES

- Asegurarse que el médico realice las anotaciones pertinentes en el expediente clínico.
- Si el paciente dejó alguna pertenencia, identifique con nombres y apellidos completos y enviar a la sección que corresponde.

f. BIBLIOGRAFIA

- http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf
- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.

1.8. INFORME DE TURNO: RELEVO DE ENFERMERIA (NIC 7690)

a. DEFINICIÓN:

Intercambio de información escrita y oral esencial de cuidados de pacientes con otro personal de cuidados al cambiar el turno.

b. OBJETIVO:

- Garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

c. MATERIAL:

- Registros de enfermería.
- Lapicero

d. PROCEDIMIENTO:

1. Antes del procedimiento

- Verificar registro de enfermería
- Revisar los datos demográficos pertinentes incluyendo nombres, edades y números de habitación.

2. Durante el procedimiento

- Resumir lo importante del historial de salud suscitado durante el turno.
- Identificar los diagnósticos médicos y de cuidados clave y los resueltos, si procede.
- Presentar la información centrándose en datos recientes e importantes, necesarios para el personal que asume la responsabilidad de los cuidados.
- Describir el régimen de tratamiento, incluyendo la dieta, terapia líquida, medicamentos y ejercicios.
- Identificar pruebas de laboratorio y diagnósticas que deban realizarse en las próximas 24 horas.
- Describir los datos del estado de salud, incluyendo signos vitales y los signos y síntomas presentes durante el turno.
- Describir las intervenciones de enfermería llevadas a cabo.
- Describir la respuesta del paciente/familia a las intervenciones de enfermería.
- Resumir los progresos.
- Resumir los planes de alta, si procede.

3. Después del procedimiento

- Dejar todo el material de turno utilizado en orden
- Lavado de manos

e. PRECAUCIONES

- Brindar información relevante con mucha cautela en presencia de paciente.

f. BIBLIOGRAFÍA:

- http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf
- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.

1.9. FACILITACION AL PACIENTE DE PERMISO

a. DEFINICIÓN:

Planificación por parte de la enfermera de una salida del paciente de la institución sanitaria por un tiempo concreto.

b. OBJETIVOS:

- Mantener en el domicilio el plan de cuidados establecido.
- Enseñar al paciente y familia la continuidad del plan de cuidados.

c. MATERIAL:

- Registros de enfermería.
- Informe escrito para el paciente del plan terapéutico.
- Orden médica por escrito del permiso.
- Medicación a tomar.

d. PROCEDIMIENTO:

1. Antes del procedimiento

- Establecer los objetivos a lograr para el permiso.
- Obtener la orden del médico para el permiso.

2. Durante el procedimiento

- Establecer quién es el cuidador principal del paciente.
- Proporcionar información acerca de la duración y restricción del permiso.
- Proporcionar la información necesaria para el caso de que ocurra una emergencia en el domicilio.
- Explicar a la persona de apoyo principal del paciente los cuidados a seguir en el domicilio.
- Preparar la medicación que debe llevarse y explicarle cómo se la ha de tomar.
- Proporcionar los dispositivos y equipos de asistencia necesarios.
- Dar tiempo al paciente y su familia para que hagan todas las preguntas que precisen.
- Obtener la firma del paciente o de la persona responsable en el formulario del permiso.
- Al regreso del paciente a la unidad, evaluar si se han cumplido los objetivos del permiso y el estado del paciente.

3. Después del procedimiento

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha en la que el paciente se va y en la que vuelve, valoración del plan de cuidados, incidencias y respuesta del paciente.

e. PRECAUCIONES:

- Conservar la historia clínica a buen recaudo hasta el regreso del paciente.

f. BIBLIOGRAFÍA:

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Inés Carmen Gonzales Gómez y Angustias Herrero Alarcón. Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos. Barcel Baires Ediciones S.A.2015

1.10. TRANSFERENCIA DEL PACIENTE

a. DEFINICIÓN

Es el traslado del paciente de un hospital a otro centro hospitalario.

b. OBJETIVOS

- Facilitar el traslado del paciente para la continuidad de su tratamiento médico.

c. EQUIPO Y MATERIAL

- Expediente clínico
- Ropa y pertenencias del paciente.
- Silla de ruedas o camilla (opcional).

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Lavado de manos.
- Verificar el traslado del paciente con orden médica.
- Notificar a los departamentos correspondientes como admisión, servicio social y otros.
- Preparar todos los documentos del paciente, los que queden en el servicio y hospital y los que se llevara con el paciente.
- Identificar al paciente correctamente y explicarle el procedimiento a seguir.
- Explicar los trámites e identificaciones médicas y de Enfermería a seguir.
- Tomar los signos vitales y peso.
- Ayudar a vestirse, asegurarse que no queden pertenencias del paciente para resguardo de la institución.
- Asegurarse de que le entreguen sus objetos de valor o pertenencias si dejen en resguardo de la institución.
- Recomendar el cumplimiento de las indicaciones médicas y de enfermería.
- Registrar en las notas de enfermería fecha, hora, condiciones del paciente como:
 - Nivel de conciencia.
 - Signos vitales peso.
 - Medicación recibida.
 - Venoclisis.
 - Sonda Foley – SNG y otros.
 - Actividades o limitaciones.
 - Documentos que lleva el paciente.
- Asegurar que el médico tratante llene los formularios correspondientes para el traslado (resumen de evolución y tratamiento del paciente).
- Notificar al servicio u hospital nuevo del traslado del paciente.

2. Durante del procedimiento

- Trasladar al paciente en silla de ruedas o camilla si está imposibilitado para hacerlo por sí mismo hasta el servicio correspondiente u hospital, adjuntando documentación necesaria.
- Saludar y presentar al jefe del nuevo servicio y hospital, un informe detallado de la evolución del paciente en el servicio o centro anterior.
- Dejar al paciente bajo responsabilidad del nuevo servicio.

3. Después del procedimiento

- Registrar en notas de enfermería fecha y hora. Condiciones del paciente en la que fue trasladado, con firma y sello de la persona que realizó.

e. PRECAUCIONES

- Asegurarse que el material y equipo que se utilizó en el traslado, como ser ropa de cama, silla de ruedas retornen a la institución.

f. BIBLIOGRAFIA

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Inés Carmen Gonzales Gómez y Angustias Herrero Alarcón. Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos. Barcel Baires Ediciones S.A.2015.



1.11. RECEPCIÓN DEL PACIENTE DESPUES DE LA CIRUGÍA AL SERVICIO DE HOSPITALIZACION

a. DEFINICIÓN

Es la recepción del paciente post operado que es conducido por la enfermera de Centro Quirúrgico (URPA) después de una cirugía tomando todas las precauciones del caso para evitar complicaciones postoperatorias.

b. OBJETIVO

- Recepcionar al paciente post operado tomando en cuenta la continuidad de su tratamiento.

c. MATERIAL

- Bandeja con material de control de signos vitales.
- Soporte de drenajes si precisa.
- Guantes descartables.
- Historia clínica.

d. EQUIPO

- Equipo de oxígeno terapia.
- Equipo de suero terapia.
- Equipo de aspiración si precisa.
- Cama con barandas de protección

e. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Higiene de manos.
- Recepciona al paciente.
- Verificar datos de identificación del paciente.

2. Durante del Procedimiento

- Acompañar al paciente a su unidad e instalarle de acuerdo a Norma.
- Conservar su individualidad.
- Solicitar a los familiares sobre la espera en el área del mismo mientras se instale al paciente.
- Verificar la correcta disposición de los drenajes, sondas, sueros y otros dispositivos terapéuticos.
- Realizar la valoración pertinente de enfermería (P.A.E.) Proceso de Atención de Enfermería.
- Controlar los signos vitales de acuerdo a indicación médica.
- Controlar si presenta diuresis el paciente.
- Registrar en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería el débito de los drenajes si hubiera. Con hora, fecha y firma.
- Revisar el Expediente clínico, actualizar el Kardex de Enfermería y realizar las tarjetas de tratamiento.
- Cumplir el tratamiento indicado en forma escrita por el médico tratante.

3. Después del Procedimiento

- Controlar el ingreso racional de las visitas en la pieza del paciente
- Coordinar con la unidad de Nutrición y Dietética sobre la dieta indicada por el médico.
- Coordinar con el servicio de farmacia para la dispensación de medicamentos para el paciente.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

f. PRECAUCIONES

- No administrar ningún medicamento sin prescripción médica escrita.

g. BIBLIOGRAFIA

- Fuller, J. Instrumentación quirúrgica, teoría, técnicas y procedimientos. 4ª ed. Madrid: Médica Panamericana. (2013).
- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.



2. PROCEDIMIENTOS ASISTENCIALES

2.1 TECNICAS DE HIGIENE DE MANOS CLINICA

a. DEFINICIÓN

Es el que se realiza a través de un conjunto de pasos de fricción de manos en forma sistemática, con una solución jabonosa antiséptica de amplio espectro microbiano, que tiene rápida acción, no es irritante y está diseñado para su uso en situaciones de brotes de infección intrahospitalaria, áreas críticas, realización de procedimientos invasivos y en áreas de pacientes inmunosuprimidos; al iniciar la jornada laboral, al ingerir alimentos, cuando se realiza procedimientos, al preparar medicamentos, antes y después de la eliminación urinaria o fecal, dura de 40 segundos a 01 minuto.

b. OBJETIVOS

- Fomentar y mantener hábitos higiénicos.
- Remover o eliminar los microorganismos transitorios adquiridos por contacto reciente con los pacientes o material contaminado.
- Disminuir la transmisión de enfermedades.

c. INDICACIONES

- Antes de tocar al paciente.
- Antes de realizar una tarea limpia/aséptica.
- Después del riesgo de exposición a líquidos corporales.
- Después de tocar al paciente.
- Después del contacto con el entorno del paciente.

d. CONTRAINDICACIONES

- Si existe alergia o sensibilidad a los agentes químicos habituales, las manos se pueden lavar con jabón común; seguido de la aplicación de solución alcohólica para manos; frotando hasta que las manos estén secas.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Lavatorio
- Clorhexidina espuma o Triclosán (jabón líquido o espuma) según la complejidad del servicio.
- Agua a chorro o de grifo.
- Papel Toalla desechable.
- Tacho y bolsa negra para deshechos comunes.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Preparar el material necesario. El trabajo ordenado ahorra tiempo y energía, así mismo ofrece seguridad y rendimiento en cada uno de los pasos del procedimiento.



- Retirar reloj, anillos, pulseras, las joyas y accesorios son reservorios de microorganismos.
- Tener las uñas visiblemente limpias, cortas al borde de las yemas de los dedos y sin esmalte.
- Adoptar una posición cómoda frente al lavatorio.
- Abrir la llave del caño de agua a chorro moderado que permita el arrastre mecánico.

2. Durante el procedimiento

- Humedezca sus manos con agua.
- Aplique suficiente jabón para cubrir toda la superficie de la mano.
- Frote palma con palma entre sí.
- Palma derecha sobre dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
- Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
- Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta manteniendo unidos los dedos.
- Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha fróteselo con un movimiento de rotación y viceversa.
- Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.
- Enjuague la mano con abundante agua.
- Séquese las manos con toalla de un solo uso.
- Utilice la toalla para cerrar el grifo.

3. Después del procedimiento

- Desechar las toallas descartables en el tacho respectivo.

g. PRECAUCIONES

- Siempre tener en cuenta la concentración recomendada de los jabones antisépticos, ya que su actividad es formula dependiente (Clorhexidina 2% - 4%; Triclosán 0.25).
- Las mangas de la ropa o de los uniformes deben ser cortas o dobladas antes de la higiene de manos.

TÉCNICA DE HIGIENE DE LAS MANOS CON PREPARACIÓN ALCOHÓLICA:

1. Deposita en la palma de la mano una dosis de producto suficiente para cubrir toda la superficie a tratar.
2. Frótese las palmas de las manos entre sí.
3. Palma derecha sobre dorso de la mano izquierda entrelazando los dedos y viceversa.
4. Frótese las palmas de las manos entre sí, con los dedos entrelazados.
5. Frótese el dorso de los dedos de una mano contra la palma de la mano opuesta manteniendo unidos los dedos.
6. Rodeando el pulgar izquierdo con la palma de la mano derecha fróteselo con un movimiento de rotación y viceversa.
7. Frótese la punta de los dedos de la mano derecha contra la palma de la mano izquierda, haciendo un movimiento de rotación y viceversa.

8. Una vez secas sus manos son seguras.
9. Total de duración 20 a 30 segundos.

h. BIBLIOGRAFÍA

- http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf
- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.



2.2 CALZADO DE GUANTES ESTÉRILES (TECNICA ABIERTA)

a. DEFINICIÓN

Es el acto de colocarse los guantes estériles, evitando contaminar durante el proceso.

b. OBJETIVOS

- Proteger al paciente de posibles agentes contaminante.
- Evitar el riesgo de contaminación del personal
- Manipular adecuadamente el material estéril.
- Evitar contaminar el material estéril.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Un paquete de guantes estériles. N° 61/2, 7, 71/2, 8 según preferencia.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos según técnica. Para disminuir los riesgos de contaminación.

2. Durante el procedimiento

- Abrir la cubierta exterior y colocar el paquete sobre la mesa de trabajo.
- Coja de preferencia el guante derecho sujetando con los dedos pulgar, índice y medio por el borde doblado del puño, colocar los dedos de la mano derecha juntas, tratando de hacer coincidir con los dedos del guante al introducir y traccionar hacia el codo sin tocar otra área del guante y sin llegar a desdoblar el puño del mismo. Porque los contactos con superficies no estériles hacen dudosa su esterilidad.
- Recoger el siguiente guante introduciendo los dedos de la mano enguantada, por debajo del puño doblado y levantar, teniendo cuidado de mantener el dedo pulgar, hacia arriba. Para evitar el riesgo de contaminación.
- Introducir los dedos juntos de la otra mano desnuda sin permitir que estos toquen los dedos enguantados, extendiendo hacia atrás el puño del guante que se está calzando.
- Extienda hacia atrás el puño del segundo guante
- Acomodar los dedos de los guantes de cada mano. Para manipular adecuadamente el material.

3. Después del procedimiento

- Lavarse las manos antes de coger cualquier material.
- Retirarse los guantes y eliminar en la bolsa de desecho respectivo.

e. PRECAUCIONES

- Los guantes deben estar intactos
- La colocación de los guantes será por encima de la altura de la cintura y alejado del uniforme
- Cambiarse cada vez que sea necesario.
- Introducir los dedos juntos de la otra mano desnuda sin permitir que estos toquen los dedos enguantados, extendiendo hacia atrás el puño del guante que se está calzando.

- Extienda hacia atrás el puño del segundo guante
- Acomodar los dedos de los guantes de cada mano. Para manipular adecuadamente el material.

f. BIBLIOGRAFÍA

- http://www.who.int/gpsc/5may/tools/ES_PSP_GPSC1_Higiene-de-las-Manos_Brochure_June-2012.pdf.
- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.

2.3. TÉCNICA CERRADA DE COLOCACIÓN DE GUANTES

a. DEFINICION

Acto de colocarse los guantes estériles sin haber sacado las manos de la manga no dejando ninguna zona de piel expuesta durante el proceso. Se realiza después de haberse colocado la bata quirúrgica.

b. OBJETIVOS

- Manipulación de todo material quirúrgico a utilizarse con asepsia estricta.
- Proteger al paciente eliminando el contacto directo con la piel de la enfermera instrumentista, como posible agente contaminante.

c. INDICACIONES

Para toda intervención quirúrgica.

d. CONTRAINDICACIONES

Ninguno.

e. EQUIPOS Y MATERIAL

- Guantes estériles.
- Mandilón estéril.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

Después del lavado y secado de manos, colóquese mandil estéril según técnica descrita cuidando que ambas manos queden dentro de las mangas.

2. Durante el procedimiento

- Apoye la palma del guante sobre el puño del mandilón, los dedos del guante apuntan hacia arriba, el pulgar derecho servirá de guía para colocar debidamente el guante. Recuerda que las manos deben siempre estar arriba del nivel de la cintura.
- Métase el pulgar derecho bajo el puño del guante de modo que coincida pulgar con pulgar del guante y sostenga firmemente; Trabajando a través de la manga del mandilón, tome el puño del guante y póngalos sobre el puño abierto de la manga, los dedos del guante van mirando hacia usted.
- Desenrolle el puño del guante de manera que cubra el puño de la manga para que llegue la mano al interior del guante.
- Proceda con la mano derecha tome el guante izquierdo y repita el mismo procedimiento.
- La enfermera circulante amarra su bata.

3. Después del procedimiento

- Una vez que se ha colocado los guantes retirar el talco con una gasa húmeda pues su presencia puede ocasionar irritación en la herida.

g. PRECAUCIONES

Mantener la técnica estéril en todo procedimiento.



e. BIBLIOGRAFIA

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiologia hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Inés Carmen Gonzales Gómez y Angustias Herrero Alarcón. Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos. Barcel Baires Ediciones S.A.2015.



2.4 TÉCNICA COMO QUITARSE LOS GUANTES ASÉPTICAMENTE

a. DEFINICIÓN

Maniobra por la cual se retira los guantes cuidando de no contaminarse.

b. OBJETIVO

Evitar infecciones cruzadas.

c. INDICACIONES

Después de cada intervención quirúrgica.

d. CONTRAINDICACIONES

Ninguno.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

Guante estéril.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

Tome el borde del guante.

2. Durante el procedimiento

- Desenrolle el guante sobre la mano.
- Con la mano descubierta, tome el puño del guante opuesto por su superficie interna.
- Quítese el guante dando vuelta sobre la mano.
- Descarte el guante.

3. Después del procedimiento

- Realizar higiene de mano según técnica.

g. PRECAUCIONES

Eliminar los guantes en la bolsa roja.

h. BIBLIOGRAFIA

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Inés Carmen Gonzales Gómez y Angustias Herrero Alarcón. Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos. Barcel Baires Ediciones S.A.2015.

2.5 COLOCACION DE MASCARILLA

a. DEFINICION

Son los pasos que se siguen de forma aséptica para la colocación de la mascarilla que pueden ser las simples o los respiradores N 95.

b. OBJETIVOS

- Proteger al paciente de posibles contaminaciones.
- Mantener la limpieza del área cercana a la zona operatoria.

c. INDICACIONES

- El mandil estéril se colocará a toda paciente programada para intervención quirúrgica luego de realizada la limpieza pre operatoria con antiséptico.

d. CONTRAINDICACIONES

- Ninguna

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Mandil estéril.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Preparar el material necesario. El trabajo ordenado ahorra tiempo y energía.

2. Durante el procedimiento

- Tome la bata por el cuello.
- Abra la bata evitando que entre en contacto con el piso.
- Colocar la bata manipulando solo la cara interna.
- Amarrar las tiras del cuello y cintura cubriendo totalmente el cuerpo de la paciente.

3. Después del procedimiento

- Desechar el envoltorio de la bata estéril en la bolsa negra de residuos comunes.

g. PRECAUCIONES

- Mantener la técnica aséptica en todo el procedimiento.

h. BIBLIOGRAFIA

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Ines Carmen Gonzales Gomez y Angustias Herrero Alarcon. Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos. Barcel Baires Ediciones S.A.2015.



2.6 COLOCACION DE MANDIL ESTERIL AL PACIENTE

a. DEFINICION

Son los pasos que se siguen de forma aséptica para la colocación de la bata estéril luego de realizada la limpieza del sitio operatorio con antiséptico.

b. OBJETIVOS

- Proteger al paciente de posibles contaminaciones.
- Mantener la limpieza del área cercana a la zona operatoria.

c. INDICACIONES

- El mandil estéril se colocará a toda paciente programada para intervención quirúrgica luego de realizada la limpieza pre operatoria con antiséptico.

d. CONTRAINDICACIONES

- Ninguna

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Mandil estéril.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Preparar el material necesario. El trabajo ordenado ahorra tiempo y energía.

2. Durante el procedimiento

- Tome la bata por el cuello.
- Abra la bata evitando que entre en contacto con el piso.
- Colocar la bata manipulando solo la cara interna.
- Amarrar las tiras del cuello y cintura cubriendo totalmente el cuerpo de la paciente.

3. Después del procedimiento

- Desechar el envoltorio de la bata estéril en la bolsa negra de residuos comunes.

g. PRECAUCION

- Mantener la técnica aséptica en todo el procedimiento.

h. BIBLIOGRAFIA

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Inés Carmen Gonzales Gómez y Angustias Herrero Alarcón. Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos. Barcel Baires Ediciones S.A.2015.

2.7 TÉCNICA PARA PONERSE EL MANDIL ESTERIL

a. DEFINICION

Consiste en la colocación de ropa quirúrgica estéril antes de cada intervención quirúrgica.

b. OBJETIVO

- Eliminar a la piel y ropa no estéril, como posible agente contaminante de herida operatoria.
- Crear una barrera séptica y aséptica.

c. INDICACIONES

Para toda intervención quirúrgica.

d. CONTRAINDICACIONES

Ninguna.

e. MATERIAL

Mandil Estéril.

f. PROCEDIMIENTOS

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos quirúrgico.

2. Durante el procedimiento

- Tome el mandilón fuertemente por la parte del cuello con la mano derecha, hasta retirarlo totalmente del paquete.
- Aléjese de la mesa hacia un área libre.
- Coja los hombros del mandil con ambas manos desdóblelos manteniendo los brazos extendidos.
- Introduzca las manos por los orificios de cada manga, cuidando que sus manos queden dirigidas hacia arriba.
- La circulante ayuda en la colocación ajustando el mandil desde la parte interior y tirando por dentro de las mangas, anuda las cintas del cuello y parte posterior del mandil.
- Se inclina para jalar del borde inferior del mandil.

3. Después del procedimiento

- Mantener las manos dentro del puño de la manga hacia arriba de la parte frontal del mandil hasta la colocación de los guantes por el método cerrado.

g. PRECAUCIONES

- Los mandilones se consideran estériles solo en la parte frontal y en los brazos hasta los hombros. Por su parte, en las mangas, será desde 5 cm por encima del codo hasta el puño.
- Las personas con uniforme estéril deben mantener sus manos a la vista y por encima del nivel de la cintura.

h. BIBLIOGRAFIA

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiologia hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Inés Carmen Gonzales Gómez y Angustias Herrero Alarcón. Manual de Enfermería Técnicas y procedimientos. Barcel Baires Ediciones S.A.2015.

2.8 CONSTANTES VITALES

a. DEFINICION

Las constantes o signos vitales son aquellos indicadores que nos dan información sobre el estado fisiológico o de salud de un paciente. Los principales signos que se miden en la práctica clínica son: Frecuencia Cardíaca (FC), Frecuencia Respiratoria (FR), Presión Arterial o Tensión Arterial (PA o TA) y Temperatura.

b. OBJETIVOS

- Interpretar, detectar y evaluar los problemas que puedan surgir cuando una constante sobrepasa los límites normales y actuar en consecuencia de manera eficaz.
- Contribuye a una evolución clínica favorable.
- Apoyo al diagnóstico y evaluación de trastornos.
- Controlar el efecto del medicamento y verificar la respuesta al tratamiento.



▼ PULSO.



▼ RESPIRACIÓN.



▼ TEMPERATURA CORPORAL.



▼ TENSIÓN ARTERIAL.

2.8.1 VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

a. DEFINICIÓN

La Tensión Arterial (TA) es la fuerza que ejerce la sangre en el torrente circulatorio durante el ciclo cardiaco. La Tensión Arterial máxima o sistólica corresponde a la contracción del ventrículo izquierdo para bombear la sangre y la Tensión Arterial mínima o diastólica a la dilatación de éste. Se mide en mmHg.

La toma de la presión arterial es la técnica que consiste en medir la presión arterial en mmHg a través de un esfigmomanómetro y un estetoscopio (usando la arteria humeral o braquial).

b. OBJETIVOS

- Determinar objetivamente la presión arterial del paciente.
- Mantener bajo control las alteraciones de la presión arterial.
- Colaborar en el diagnóstico, evolución y tratamiento de determinadas enfermedades.

c. INDICACIONES

- Al ingreso hospitalario
- Ante una evaluación médica
- Antes, durante y después de intervenciones quirúrgicas, en técnicas invasivas, extracción de sangre, administración de medicamentos.
- Cambios en el estado físico o ante un malestar.
- Cambios en el estado de ánimo.

d. CONTRAINDICACIÓN

- Ninguna

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tensiómetro que puede ser aneroide o de mercurio.
- Estetoscopio.
- Lapicero. Azul (Hoja de control de funciones vitales).
- Hoja de grafica de funciones vitales.
- Torundas de algodón con alcohol.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lavarse las manos.
- Preparar el equipo y llevar al ambiente del paciente. Para ahorrar tiempo y energía.
- Preparar psicológicamente al paciente. Para obtener su colaboración.



2. Durante el Procedimiento

- Colocar al paciente en posición cómoda y de cubito dorsal, con el brazo y el antebrazo descubiertos y a lo largo del cuerpo, con la palma de la mano mirando hacia arriba.
- Colocar el brazalete alrededor del brazo del paciente, de modo que el borde inferior del brazalete esté a unos dos o tres centímetros del pliegue del codo. Porque permite ubicar con mayor precisión la arteria humeral los tubos de goma queden al nivel de la arteria cubital.
- Ubicar el pulso humeral y seguidamente colocar el diafragma del estetoscopio sobre el mismo. Para obtener el valor real de la PA.
- Cerrar la llave o espita del maguito e insuflar hasta que desaparezca los ruidos del pulso. Porque de esta manera se ejerce presión logrando que la sangre no circule por el interior de la arteria
- Abrirla llave o espita del manguito y desinflar gradualmente. Porque permite descomprimirla zona de ejecución.
- Observar con atención el manómetro y proceda a realizar la lectura, en el momento en que se escucha el primer latido fuerte nos revela la presión sistólica (PA máxima). Porque la medición de la presión sistólica manifiesta el gasto cardiaco y refleja cambios en los vasos arteriales.
- Continuar desinflando, el último ruido indica la presión diastólica (mínima). Porque la medición de la presión diastólica manifiesta la presión básica del aparato circulatorio.

3. Después del Procedimiento

- Dejar cómodo al paciente. Porque proporciona bienestar
- Colocar el material en su lugar. Facilita su próximo uso.
- Lavarse las manos. Porque permite asegurar la eliminación de bacterias.
- Graficar y anotar los resultados e informar en las notas de enfermería. Para contar con una información veraz y completa, y constituye una ayuda para el diagnóstico oportuno.

g. PRECAUCIONES

- La presión arterial se puede controlar sentada, de cubito dorsal lateral, de acuerdo con el estado general del paciente y según indicación médica.
- Evitar insuflar repetidas veces el esfigmomanómetro por periodos cortos.
- Para tomar la presión la aguja del manómetro debe marcar cero.
- Informe inmediatamente los hallazgos anormales.

h. BIBLIOGRAFÍA

- MEDINA Alejandro. (2005). Primeros Auxilios. 1era Edic. Edit. Palomino EIRL. Lima - Perú. Perri A. y otros.
- Guía clínica de Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. 4ta edición. Editorial Haourcort Brace. Madrid. Pp. 283-303.
- <https://enfermeriapractica>.



2.8.2 VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA

a. DEFINICIÓN

La Frecuencia Cardíaca (FC) es el número de latidos del corazón transcurridos en un minuto (lpm). Un latido es el ciclo completo de llenado y vaciado del corazón, los latidos corresponden con la sístole (bombeo del corazón hacia el resto del cuerpo). Los valores normales de la FC en reposo oscilan entre los 60-80 lpm o ppm (pulsaciones por minuto).

Es la técnica que nos permite conocer el funcionamiento del corazón y los vasos sanguíneos.

b. OBJETIVO

- Permitir valorar el estado general de salud cardiovascular y la respuesta a enfermedades presentes en el organismo.
- Controlar y valorar cambios en el estado de salud del paciente.

c. INDICACIONES

- Al ingreso hospitalario
- Ante una evaluación médica
- Antes, durante y después de intervenciones quirúrgicas, en técnicas invasivas, extracción de sangre, administración de medicamentos.
- Cambios en el estado físico o ante un malestar.
- Cambios en el estado de ánimo.

d. CONTRAINDICACIÓN

- Ninguna

e. MATERIALES Y EQUIPOS

- Reloj con segundero
- Lapicero rojo
- Hoja de control de funciones vitales
- Hoja de grafica de funciones vitales

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lavado de manos con agua y jabón. Para asegurarse de la eliminación de bacterias que producen contaminación.
- Preparar el material necesario. Para ahorrar tiempo y energía.

2. Durante el Procedimiento

- Identificar al paciente y explicarle lo que se le va a realizar.
- Colocar al paciente en posición cómoda (acostado o sentado) y en reposo. Porque el ejercicio y las emociones tienden a acelerar el pulso.
- Aplicar los dedos índice, medio, anular con suavidad sobre la piel y el punto en que la arteria pasa por encima del hueso subyacente. Para permitir tener un pulso con claridad.

- Iniciar el recuento de las pulsaciones en un minuto, considerando el ritmo, impulso, volumen, tensión y amplitud. El pulso en condiciones normales en un adulto es de 70-80 pulsaciones por minuto.

3. Después del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Dejar todo el material en orden y en su respectivo sitio.
- Graficar y registrar los resultados encontrados en las hojas correspondientes. Porque permite contar con una información veraz y completo y constituye aguda para el diagnóstico

g. PRECAUCIONES

- No se debe emplear el pulgar para controlar el pulso ya que podría sentirse las pulsaciones de la propia arteria radial, propagados de este dedo.
- Si se controla el pulso radial, el brazo del paciente debe estar apoyado sobre una superficie y de preferencia controlar el pulso en un minuto.

h. BIBLIOGRAFÍA

- MEDINA Alejandro. (2005). Primeros Auxilios. 1era Edic. Edit. Palomino EIRL. Lima - Perú. Perri A. y otros.
- Guía clínica de Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. 4ta edición. Editorial Haourcort Brace. Madrid. Pp. 283-303



2.8.3 VALORACIÓN DE LA RESPIRACIÓN

a. DEFINICIÓN

La Frecuencia Respiratoria (FR) es el número de ciclos respiratorios completos (inspiración y espiración) que realiza una persona en un minuto. Los valores normales de esta medicación oscilan entre las 12-20 respiraciones por minuto en adultos y 20-30 en niños.

Es la técnica que nos permite observar movimientos respiratorios permitiéndonos evaluar las características, número, carácter, profundidad y ritmo.

b. OBJETIVOS

- Determinar la frecuencia y características de la respiración como indicadores del estado general a cambiar en el estado del paciente.
- Ayudar a establecer un diagnóstico y tratamiento de algunas enfermedades relacionadas con el sistema respiratorio.

c. INDICACIONES

- Al ingreso hospitalario
- Ante una evaluación médica
- Antes, durante y después de intervenciones quirúrgicas, en técnicas invasivas, extracción de sangre, administración de medicamentos.
- Cambios en el estado físico o ante un malestar.
- Cambios en el estado de ánimo.

d. CONTRAINDICACIÓN

- Ninguna

e. MATERIALES Y EQUIPOS

- Reloj con segundero
- Lapicero azul
- Hoja de control de Funciones Vitales
- Hoja grafica de Funciones Vitales

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón. Para asegurarse de la eliminación de bacterias.
- Preparar el material necesario. Para ahorrar tiempo y energía.

2. Durante el Procedimiento

- Mantener al paciente tranquilo y en posición decúbito dorsal, fowler o semifowler. Según el estado del paciente.
- Observar movimientos respiratorios en un ciclo completo y tratar de no intervenir en su ritmo, al mismo tiempo que se puede controlar simultáneamente el pulso.
- Contar los movimientos respiratorios en un minuto, observe el ritmo y características de la respiración, movimientos y expansión del tórax y

abdomen. Tenga en cuenta que la frecuencia respiratoria del adulto en un minuto es de 16 a 20.

3. Después del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón
- Dejar los materiales en orden y en su sitio.
- Graficar y anotar los resultados obtenidos en las hojas correspondientes. Porque permite contar con una información veraz y completa y constituye una ayuda para el diagnóstico.

g. PRECAUCIONES

- De preferencia se debe controlar la respiración simultáneamente al pulso, para evitar que al paciente le sea difícil mantener la frecuencia normal
- Es el único procedimiento que no requiere de preparación psicológica. Para evitar tener falsos resultados.

h. BIBLIOGRAFÍA

- MEDINA Alejandro. (2005). Primeros Auxilios. 1era Edic. Edit. Palomino EIRL. Lima - Perú. Perri A. y otros.
- Guía clínica de Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. 4ta edición. Editorial Haourcort Brace. Madrid. Pp. 283-303.

2.8.4 VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA

a. DEFINICIÓN

La temperatura corporal o Temperatura (T^a) es el resultado calórico de los procesos metabólicos realizados por el organismo. Está regulada por el hipotálamo, por lo que éste es el responsable de que el cuerpo genere o pierda calor según sus necesidades

Es la técnica que se realiza para controlar la temperatura del cuerpo, mediante un termómetro clínico/ digital calibrado en grados centígrados que puede ser oral, axilar o rectal.

b. OBJETIVOS

- Determinar la temperatura del cliente mediante un termómetro clínico.
- Identificar si la temperatura interna se encuentra dentro de los límites normales.
- Ayudar a mantener la temperatura corporal normal del cliente por medios físicos o químicos.
- Favorecer la recuperación del paciente.
- Evitar complicaciones posteriores (fiebre).
- Anotar los resultados inmediatamente en la hoja respectiva después de realizar el procedimiento.

c. INDICACIONES

- Al ingreso hospitalario
- Ante una evaluación médica
- Antes, durante y después de intervenciones quirúrgicas, en técnicas invasivas, extracción de sangre, administración de medicamentos.
- Cambios en el estado físico o ante un malestar.
- Cambios en el estado de ánimo.

d. EQUIPOS Y MATERIALES

- Termómetro clínico. (Cada paciente cuenta con su termómetro)
- Torundas de algodón con alcohol.
- Recipiente de desechos para torundas sucias.
- Hoja de funciones vitales.
- Hoja de grafica de funciones vitales.
- Lapicero azul o negro.
- Reloj con segundero.

e. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón. Para disminuir el riesgo de contaminación.
- Preparar el material y llevar a la habitación del paciente. Porque el arreglo cuidadoso y oportuno del equipo permite ahorro de tiempo y energía.

2. Durante el Procedimiento

- Higiene de manos
- Preparar todos los materiales



- Calzado de guantes limpios
- Preparación psicológica al paciente para obtener su colaboración.
- Retirar el termómetro de su estuche y proceder a limpiar con una torunda de algodón.
- Bajar la columna de mercurio si es mayor de 35° cogiéndolo entre el pulgar y el índice. Mueva la muñeca hacia abajo con un golpe seco.
- Pedir al paciente que exponga la axila, limpiar con una torunda con alcohol y secar con una gasita en forma circular o espiral, del centro hacia afuera.
- Colocar el bulbo del termómetro en la axila y ayudar al paciente a colocar el brazo contra el pecho y los dedos sobre el hombro opuesto.
- Dejar el termómetro durante tres a cinco minutos en la axila del paciente, tiempo suficiente que permite registrar la temperatura corporal en la axila.
- Coger la torunda del recipiente y sacar el termómetro de la axila del paciente. Límpielo con un movimiento circular en dirección al bulbo. El termómetro se limpia del área menos contaminada a la de mayor contaminada.
- Descartar la torunda y constatar la temperatura que marca el termómetro sosteniéndolo al nivel del ojo, girar el termómetro hasta que la columna del mercurio sea claramente visible.
- Registrar la temperatura del paciente en la hoja de funciones vitales y proceda a graficar en la hoja de grafica de funciones. vitales.
- Una vez usado el termómetro, limpiar el termómetro con una torunda empapada en alcohol, del cuerpo hacia el bulbo, guardar en un estuche para su próximo uso.

3. Después del Procedimiento

- Lavarse las manos con agua y jabón.
- Dejar todo en orden y en su respectivo sitio.
- Realizar la gráfica y registros en la hoja correspondiente.

f. PRECAUCIONES RECOMENDACIONES

- Manejar con cuidado los termómetros porque se quiebran con facilidad.
- No se debe usar el mismo termómetro para tomar temperatura oral y rectal.
- Antes de colocar un termómetro asegure que esté limpio y desinfectado, porque puede ser un medio de contagio.
- Usar termómetros individuales para cada paciente
- No dejar por olvido el termómetro en la axila del paciente.

g. BIBLIOGRAFÍA

- MEDINA Alejandro. (2005). Primeros Auxilios. 1era Edic. Edit. Palomino EIRL. Lima - Perú. Perri A. y otros.
- Guía clínica de Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. 4ta edición. Editorial Haourcort Brace. Madrid. Pp. 283-303



2.9 HIGIENE Y CONFORT DEL PACIENTE.

DEFINICIÓN

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

OBJETIVOS

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Observar cualquier signo patológico en la piel y estado general del paciente.
- Activar la circulación periférica y la ejercitación de los músculos y extremidades.
- Proporcionar comodidad y bienestar.
- Eliminar residuos de sudación, secreciones, microbios y desechos.
- Evitar infecciones.



2.9.1 BAÑO DE PACIENTE EN DUCHA

a. DEFINICIÓN

Es el baño que se realiza en la ducha, cuando la condición de salud del paciente lo permite.

b. OBJETIVOS

- Promover y mantener hábitos de higiene personal.
- Eliminar la suciedad y facilitar la transpiración.
- Proporcionar bienestar, confort y comodidad.
- Estimular la circulación y favorecer el ejercicio activo y pasivo.

c. INDICACIONES

- Pacientes postrados en cama.
- Pacientes que no pueden movilizarse a causa de una intervención por traumatismo o enfermedades.

d. CONTRAINDICACIONES

- Solo se realiza cuando no existen riesgos para el paciente y no está contraindicado por motivos terapéuticos.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Toalla.
- Toallita
- Jabón
- Guantes limpios.
- Silla o banco.
- Pijama
- Silla de ruedas (si es necesario)

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Comunicar al paciente sobre la necesidad del baño en ducha.
- Preparar el baño con todo lo necesario al alcance del paciente.
- Realizar higiene de manos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Ayudar al paciente a ir al cuarto de baño, colocar silla si es necesario, cuidando de que no se caiga.
- Ayudar a desvestirse proporcionándole privacidad.

2. Durante el procedimiento

- Realizar o sugerir, dependiendo de la autonomía del paciente, la siguiente secuencia de aseo:
 - Cabeza y cuello.
 - Manos, brazos y axilas, limpiando uñas y espacios interdigitales.
 - Tórax y abdomen, prestando especial atención al pliegue submamario y el ombligo.
 - Piernas y pies, limpiando uñas y espacios interdigitales.
 - Espalda y glúteos.
 - Periné.



- Ayudar a secarse o secar minuciosamente, teniendo especial cuidado en los pliegues cutáneos y espacios interdigitales.
- Ayudar a vestirse y trasladarse a su unidad.

3. Después del procedimiento

- Retirar la ropa sucia del paciente y colocar en el lugar indicado.
- Terminar con el arreglo personal del paciente.
- Dejar cómodo al paciente.
- Dejar el equipo limpio y en orden.
- Quitarse los guantes y realizar la higiene de manos.
- Realizar anotaciones necesarias en la historia clínica.

g. PRECAUCIONES

- No permitir que el paciente ponga seguro en la puerta del baño.
- Nunca dejar solo al paciente.

h. BIBLIOGRAFÍA:

- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>.



2.9.2 BAÑO DEL PACIENTE EN CAMA

a. DEFINICIÓN

Es la técnica que consiste en realizar el baño del paciente en cama cuando está imposibilitado.

b. OBJETIVOS

- Proporcionar limpieza y comodidad al paciente.
- Estimular la circulación y favorecer el ejercicio activo y pasivo.

c. INDICACIONES

- Pacientes postrados en cama.
- Pacientes que no pueden moverse a causa de una intervención por traumatismo o enfermedades.

d. CONTRAINDICACIONES

- En pacientes con afecciones de la piel antes de ser evaluados por el médico.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Coche de curación
- Equipo para cambio de ropa de cama
- Equipo de corta uñas
- Útiles personales: jabón, peine, desodorante, loción, toalla de baño y pijama
- Dos toallitas
- Dos jarras, uno con agua fría y otra con agua caliente
- Dos lavatorios (bandejas)
- Porta lavatorios
- Biombos
- Guantes
- Papel higiénico
- Depósito para ropa sucia

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Lo primero que debemos hacer es anular las posibles corrientes de aire que pudiera haber cerrado puertas y ventanas de la unidad del paciente.
- Realizar lavado de manos. Para prevenir contaminación
- Preparación psicológica del paciente. Todo individuo tiene temor a lo desconocido.
- Preparar el coche de curación con el material y trasladar a la unidad del paciente. Porque el trabajo ordenado ahorra tiempo y energía.
- Preparación física del ambiente y del paciente. Colocar biombos para mantener la individualidad del paciente.
- Aflojar las cubiertas de la cama, sacar los útiles personales de la mesa de noche del paciente y disponer el material necesario en la mesita. Para no interrumpir el procedimiento.

2. Durante el procedimiento

- Calzarse los guantes. Para evitar el riesgo de contaminación.

- Retirar la ropa de cama y dejar al paciente sobre la sábana inferior y cubierto con la sábana superior. Porque la piel interviene en la regulación de la temperatura, y para no afectar el pudor del paciente y mantener su individualidad.
- Preparar agua a temperatura templada.
- Desvestir al paciente dejando siempre protegido con la sábana superior en uso.
- Colocar la toalla sobre la sábana superior. Para mantener la individualidad del paciente.
- Acercar al paciente hacia el lado de la persona que realizará el procedimiento. Para ahorrar tiempo y energía.
- Lavar y secar la cara del paciente según técnica.
- Lavar y secar el cuello, orejas tórax anterior y región abdominal.
- Lavar y secar brazos y axilas. Acercar el lavatorio al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se los lave y seque.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, descubrir el dorso y glúteos.
- Lavar y secar nuca, hombros, tórax posterior y región glútea.
- Dar masajes de la región dorso sacra hasta la región escapular.
- Colocar al paciente una bata limpia.
- Cambiar el agua.
- Lavar y secar los miembros inferiores. Descubrir el miembro inferior proximal y flexionar la rodilla introduciendo el pie en el lavatorio con agua, enjabonar y enjuagar el muslo y pierna, enjabonar y enjuagar el pie, teniendo en cuenta los espacios interdigitales, retirar el pie del lavatorio y secarlo. Repetir el procedimiento con el otro miembro.
- Realizar la higiene perineal según técnica si la paciente no puede realizarlo sola.
- Colocar la ropa interior y resto de ropa al paciente.

3. Después del procedimiento

- Cambiar la ropa de cama del paciente.
- Peinar, facilitar el uso de útiles personales, (desodorante, colonia etc.).
- Dejar cómodo al paciente y tranquilo.
- Retirar el equipo y dejar la unidad en orden.
- Lavar y secar todo el equipo y dejarlo en su lugar.
- Anotar en la hoja de anotaciones de enfermería cualquier anomalía observada.

g. PRECAUCIONES

- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de una vía endovenosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano o libre, para vestirlo se comenzará por brazo afectado.
- No descubrir demasiado al paciente.

h. BIBLIOGRAFÍA:

- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>.



2.9.3 ASEO MATINAL DEL PACIENTE EN CAMA

a. DEFINICIÓN

Es el aseo de la cara, boca, dientes, manos y cabellos del paciente en su unidad durante las primeras horas de la mañana.

b. OBJETIVO

- Satisfacer sus necesidades de higiene al paciente velando por la hidratación de la piel y su confort durante su estadía del paciente en el Hospital.

c. INDICACIONES

- Cuando el paciente lo amerite según la valoración de enfermería con respecto a su higiene personal y a su condición de salud.

d. CONTRAINDICACIONES

- Solo se realiza cuando no existen riesgos para el paciente y no está contraindicado por motivos terapéuticos.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Bañador.
- Balde.
- Pocillo.
- Corta-uñas
- Guantes descartables.
- Artículos de higiene personal.
- Esponja de aseo.
- Toallas.
- Pijama o camisón.
- Jabón de tocador.
- Champú de acuerdo a preferencia del paciente.
- Hule.
- Peine.
- Vaselina líquida o aceite de almendras.
- Papel higiénico.
- Recipiente para residuos.
- Expediente Clínico.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Calzarse los guantes.
- Disponer el material al lado del paciente antes de iniciar el procedimiento.
- Explicar al paciente sobre el objetivo del procedimiento a realizar.

2. Durante el procedimiento

- Colocar al paciente en posición decúbito supino.
- Desarropar al paciente de acuerdo al área que se realizará el aseo.
- Mantener su individualidad.

- Tomar la esponja de aseo e iniciar por la cara del paciente, continuar el aseo por el cuello, orejas, brazos y axilas, enjuagar y secar gentilmente.
- Disponer el bañador al borde de la cama sobre una toalla y solicitar al paciente que se realice el lavado de sus manos y secarle (si puede).
- Cambiar el agua cuantas veces sea necesario.
- Evitar enfriamiento innecesario en el paciente.
- En caso de paciente mujer, poner énfasis en el aseo de la región mamaria, continuar con la región abdominal.
- Continuar el aseo por los miembros inferiores.
- Observando cuidadosamente las uñas de los pies y cortarlas si es necesario y lubricar con vaselina líquida.
- Secar bien la piel, teniendo cuidado en los pliegues cutáneos.
- Lavar la espalda y friccionar con aceite de almendra o vaselina líquida (si no es alérgica la paciente a los mismos).
- Lavar los genitales y la zona anal y enjuagar.

3. Después del procedimiento

- Retirarse los guantes.
- Vestir al paciente con pijama, camisón.
- Disponer una toalla sobre sus hombros del paciente para proceder a su cepillado y peinado correspondiente.
- Proporcionar al paciente el uso de artículos de aseo como desodorante, loción de acuerdo a su preferencia, si tiene.
- Dejar al paciente en su pieza en posición cómoda, con el timbre a su alcance.
- Recoger el material que fue utilizado para el procedimiento.
- Lavarse las manos.
- Convocar al personal de limpieza para el aseo de la pieza si se hubiese derramado agua en el piso.
- Registrar en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma, sello, hora y observaciones de la persona responsable.

g. PRECAUCIONES

- Evitar que el jabón y el agua penetren en las cavidades, especialmente en los ojos.
- No dejar residuos de jabón en la piel.
- En pacientes que tienen vía venosa, desvestir al paciente por el brazo sin vía y vestir por el lado donde cuenta con vía.
- Enviar al servicio de lavandería en bolsa roja si la ropa es de paciente aislado, la bolsa debe tener en la etiqueta Ropa contaminada con fecha y servicio correspondiente

h. BIBLIOGRAFIA:

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>

2.9.4 LAVADO DEL CABELLO EN CAMA

a. DEFINICIÓN

Es la limpieza que se hace al cabello y cuero cabelludo del paciente imposibilitado.

b. OBJETIVO

Satisfacer las necesidades de higiene y confort durante su internación en el hospital.

c. INDICACIONES

Realizar el lavado de cabeza al menos una vez a la semana y siempre que sea necesario, adecuándose a las necesidades higiénicas del paciente.

d. CONTRAINDICACIONES

Si existe infección en el cuero cabelludo, está contraindicado el lavado de cabeza durante la ducha, para evitar su diseminación.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Balde.
- Guantes descartables.
- Algodón.
- Bolsa para ropa sucia.
- Shampoo.
- Crema de enjuague.
- Toalla.
- Peine.
- Hule.
- Torundas de algodón.
- Jarra.
- Historia Clínica.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Preparar el material necesario para el procedimiento y llevar a la unidad del paciente.
- Evitar corriente de aire.
- Explicar al paciente sobre el objetivo del procedimiento.
- Mantener la individualidad del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Calzarse los guantes.
- Poner al paciente en posición decúbito supino si tolera.
- Colocar el hule por debajo de los hombros del paciente.
- Colocar la toalla sobre los hombros del paciente.
- Colocar torundas pequeñas en los oídos del paciente a fin de evitar el ingreso de agua a los oídos.
- Colocar el bañador encima del hule debajo de la cabeza del paciente y proceder al lavado del cabello.



- Enjuagar el cabello con abundante agua y aplicar crema de enjuague si requiere el paciente.
- Enjuagar nuevamente, secar el cabello y peinar.
- Dejar cómodo al paciente.

3. Después del procedimiento

- Recoger todo el material utilizado.
- Retirarse los guantes.
- Convocar al personal de limpieza si se hubiera mojado el piso para su limpieza correspondiente.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de Enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

g. PRECAUCIONES

- Es importante valorar el estado de salud del paciente para evitar movilizarle y decidir el procedimiento recomendado para este caso.
- No usar las uñas para dar masaje en el cuero cabelludo.

h. BIBLIOGRAFIA

- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860905940&ssbin ary=true>
- Acosta-Gnass Silvia I. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.

2.9.5 HIGIENE DE LOS OJOS

a. DEFINICIÓN

Es la limpieza de la región de los ojos durante las primeras horas de la mañana durante su estadía en el hospital.

b. OBJETIVO

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort al paciente, previniendo posibles infecciones oculares.

c. INDICACIONES

- Realizar el cuidado de los ojos siempre que estén indicados y cada vez que el paciente lo precise por la aparición de secreciones, aplicación de tratamientos, sequedad del ojo, etc.

d. CONTRAINDICACIONES

- Solo se realiza cuando no existen riesgos para el paciente y no está contraindicado por motivos terapéuticos.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Mesa auxiliar
- Riñonera
- Guantes estériles.
- Jeringa de 10cc y 20cc.
- Solución salina o agua estéril
- Gasas estériles.
- Historia Clínica.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Lavado de manos.
- Preparar el material necesario para el procedimiento y llevar a la unidad del paciente.
- Explicar al paciente sobre el objetivo del procedimiento.

2. Durante el procedimiento

- Calzarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición Fowler.
- Disponer en la jeringa la solución salina.
- Abrir con una mano el ojo a limpiarse y con la otra mano realizar la limpieza.
- Sutilmente instilar con la solución el ojo desde el canal lacrimal hasta la parte externa una por vez.
- Secar la región peri ocular con toques suaves con una gasa estéril.

3. Después del procedimiento

- Recoger todo el material utilizado.
- Retirarse los guantes.
- Higiene de manos.



- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

g. PRECAUCIONES

- Evitar el frotamiento de los párpados.
- No remover secreciones con las uñas u otros objetos.
- Utilizar jeringas estériles para el aseo de los ojos.
- Utilizar gasas estériles para la limpieza de los ojos.

h. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>.



2.9.6 HIGIENE DE BOCA Y DIENTES

a. DEFINICIÓN

- Es la técnica que consiste en realizar la higiene de boca y dientes del paciente imposibilitado.

b. OBJETIVOS

- Mantener la cavidad oral del paciente limpia, libre de halitosis.
- Prevenir infecciones

c. INDICACIONES

- Cuando el paciente necesita y/o solicita higiene oral.

d. CONTRAINDICACIONES

- Solo se realiza cuando no existen riesgos para el paciente y no está contraindicado por motivos terapéuticos.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Riñonera
- Vaso
- Guantes
- Mascarilla
- Gasa
- Crema dental
- Cepillo dental
- Toallas pequeñas
- Vaselina
- Equipo de aspiración (opcional)
- Baja lenguas
- Agua bicarbonatada.
- Sorbete (opcional).

f. PROCEDIMIENTO

a. Antes del procedimiento

- Lavarse las manos. Para proteger al paciente de la contaminación de gérmenes.
- Preparación psicológica. Para conseguir su colaboración.

b. Durante el procedimiento

- Extraer la dentadura postiza si el paciente lo tuviera y coloque en una toallita, cepíllelo con crema dental manteniendo bajo chorro de agua, una vez limpia se coloca en la otra toallita, colocarlo en un lugar seguro.
- Colocar al paciente en posición sentado o si el estado no lo permite lateralizar la cabeza. Para prevenir la aspiración del líquido utilizado, al tracto respiratorio.
- Colocar la toalla bajo la barbilla. Para proteger la ropa.
- Colocar un centímetro en el cepillo seco, pase el cepillo al paciente si está en condiciones de hacerlo.
- Mantener la riñonera debajo de la barbilla. Para que escupa en la riñonera y no moje la ropa.

- Cepillar las encías hasta el borde cortante, superficies triturantes inferior de los dientes y luego la lengua.
- Alcanzar al paciente un vaso con agua manteniendo la riñonera debajo de la barbilla para proceder al enjuagado.
- Entregar la dentadura postiza al paciente y ayude a colocarlo.
- Colocar a los pacientes inconscientes con la cabeza lateralizada, enrollar gasa en la punta de un baja lengua formando una torunda, empapar en agua bicarbonatada y escurrir bien la gasa en los bordes del vaso, limpiar bien toda la cavidad oral y luego aspirar los residuos de líquido residual, secar labios y aplicar vaselina líquida.

c. Después del procedimiento

- Dejar el material en orden.
- Lavarse las manos. Para evitar contaminación.
- Escribir en anotaciones de enfermería observaciones significativas. Para contribuir al diagnóstico y tratamiento del paciente.

g. PRECAUCIONES

- Manipular las prótesis con cuidado por ser frágiles y costosas.
- Al retirar las prótesis totales, primero se retira la superior después la inferior.
- Las prótesis se cepillarán fuera de los dientes.
- En pacientes inconscientes la limpieza debe hacerse cada 4 horas o las veces que sea necesario.
- La limpieza comprende: Lavado de dientes, encías, lavado de paladar, lengua, lavado del interior de mejillas.

h. BIBLIOGRAFÍA

- Acosta1-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- <https://enfermeriapractica.com/procedimientos/aseo-general-del-paciente-encamado>.

2.9.7 HIGIENE DE UÑAS DE MANOS Y PIES

a. DEFINICIÓN

Conjunto de actividades encaminadas a mantener en buen estado los pies y las uñas.

b. OBJETIVO

- Mantener los pies limpios y las uñas adecuadamente cortadas, y prevenir problemas como infecciones y lesiones en la piel.

c. INDICACIONES

- Realizar el lavado y cuidado de los pies durante el aseo del paciente, o siempre que lo precise y al menos una vez a la semana.

d. CONTRAINDICACIONES

- Prestar especial atención en los pacientes diabéticos, con trastornos metabólicos, circulatorios o neurológicos.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Guantes no estériles.
- Paño de celulosa
- Protector de cama.
- Jabón neutro.
- Cepillo de uñas.
- Toalla.
- Bandeja con agua.
- Almohada, si se precisa.
- Crema hidratante.
- Tijera o alicates cortaúñas.
- Acetona, si es necesario.
- Algodón.
- Lima, si es posible.
- Batea y bolsa de residuos.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Comprobar la identidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento que se va a realizar y solicitar su colaboración.
- Proporcionar intimidad.
- Poner al paciente en la posición adecuada: sentado, en decúbito supino o semifowler; con una almohada debajo de las rodillas del paciente si éste permanece en la cama.
- Preparar todo el material necesario junto a la cama del paciente. El agua debe estar a unos 38-40C°, acomodando la temperatura a las preferencias del paciente.
- Realizar la higiene de manos.
- Colocarse guantes no estériles.
- Retirar el calzado, calcetines y protecciones de los pies del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Colocar el protector de cama debajo de la bandejita y, si es posible, sumergir el pie a lavar en el agua con jabón
- Proteger el borde de la bandejita en contacto con la piel del paciente encamado con una toalla, para evitar la presión en la zona.
- Lavar el pie, prestando especial atención a las zonas interdigitales.
- Frotar las áreas encallecidas, para quitar las capas de piel muerta.
- Sacar el pie de la bandejita y secarlo suavemente con la toalla, prestando especial atención a los pliegues interdigitales.
- Proceder de igual forma con el otro pie.
- Realizar el cuidado de las uñas después de la higiene de los pies
- Retirar el esmalte de las uñas, si lo tuviera, con un algodón impregnado en acetona.
- Sumergir el pie en agua tibia durante 10 a 20 minutos, si no existe contraindicación.
- Cortar la uñas en línea recta en los pies y ovaladas en las manos, evitando cortarlas demasiado.
- Limpiar las uñas con el cepillo.
- Secar el pie.
- Cortar o limar las uñas en línea recta y con los bordes lisos, por encima de la punta del dedo.
- Aplicar crema hidratante.
- Vestir los pies del paciente y/o colocar protecciones, si es necesario.

3. Después del procedimiento

- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Recoger, ordenar y limpiar todos los útiles empleados.
- Quitarse los guantes y realizar la higiene de manos.

g. PRECAUCIONES

- Evitar recortar o excavar dentro de las esquinas de las uñas, para que no crezcan hacia dentro.
- Observar detalladamente el pie para descubrir la presencia de cualquier tipo de alteración: ulceraciones, micosis, grietas, frialdad, color... En caso de su existencia comentar al facultativo y aplicar el cuidado adecuado.
- Evitar la inmersión prolongada para impedir la maceración de la piel.
- Evitar la tensión y el sobrepeso de la ropa de la cama sobre los pies, con especial atención a los pacientes inmóviles.
- Tras la aplicación de crema hidratante en los pies, dejar que se absorba el producto si el paciente va a deambular, para evitar caídas o lesiones.
- En pacientes diabéticos o con vasculopatías periféricas evitar hacer heridas.

h. BIBLIOGRAFIA

- <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1271860905957&sbinary=true>
- Acosta-Gnass Silvia I. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.



2.9.8 HIGIENE PERINEAL

a. DEFINICIÓN

Es la técnica que consiste en realizar el aseo perineal del paciente mediante la irrigación de la vulva y perineo que se practica después de la micción durante determinados períodos después del parto o de algunas intervenciones quirúrgicas.

b. OBJETIVOS

- Ayudar a suprimir los exudados de las regiones vulvar, perinatal, anal.
- Evitar la multiplicación de gérmenes por ser la zona susceptible a infecciones.
- Estimular la buena cicatrización de heridas perineales.
- Brindar comodidad al paciente.
- Favorecer los hábitos higiénicos.

c. INDICACIONES

- Para todos los pacientes a intervenciones ginecológicas.

d. CONTRAINDICACIONES

- Ninguno

e. MATERIALES

- 1 cohechito conteniendo: solución antiséptica (Isodine espuma 7.5%)
- Frasco con agua estéril.
- Pares de guantes limpios.
- 1 toallita higiénica o apósito absorbente.
- 1 una chata.
- 1 bolsa de desecho.
- 1 sábana, solera.
- Paquete de gasa.
- Torundas de algodón.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Lavarse las manos. Disminuye la proliferación de gérmenes contenidos en el mismo.
- Prepare psicológicamente al paciente, Para obtener su colaboración.
- Colóquese la mascarilla, si fuera un paciente infectado
- Colocar el equipo y materiales completos en un coche cerca del paciente, ahorra tiempo, energía y facilita el procedimiento.
- Cierre la puerta del cuarto y/o coloque biombos que circulen la cama. Brinda privacidad y conserva la individualidad del paciente.
- Descubrir al paciente que doble la rodilla
- Proteja las ropas interiores de la cama, se doblan las superiores hacia abajo cubriéndolo la parte superior con una sábana.



2. Durante el procedimiento

- Colocar a la paciente en posición decúbito dorsal, y coloque el protector de hule cubierto con una solera sobre las cubiertas de la cama. Protegemos las cubiertas inferiores de la cama.
- Colocar la chata y retirar la almohada. En la chata recolecte la solución irrigada.
- Pregunte al paciente si desea miccionar, el agua tibia relajada el esfínter vesical durante el procedimiento.
- Cubrir la parte superior del cuerpo y cada pierna del paciente femenino de manera que solo se exponga el área perineal. Se protege el pudor del paciente.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas y los pies separados unos 60 cm. aproximadamente. Coloque una gasa en cada ingle. Permite disminuir el riesgo de que la solución se derrame fuera del área.
- Abrir el paquete de gasa y/o equipo de higiene perineal a usar según técnica.
- Vierta parte de la solución antiséptica sobre la región genital y mantenga el frasco a 15 cm. aproximadamente sobre el pubis. La solución a chorro arrastra por acción mecánica el exudado de gérmenes y se evita la contaminación de la solución.
- Utilizar guantes, cogiendo gasa empezar la limpieza en el siguiente orden:
 - ✓ **Primero.** Región púbica con movimientos en espiral de arriba hacia abajo por una sola vez.
 - ✓ **Segundo.** La cara interna del muslo de arriba hacia abajo iniciando por el lado proximal.
 - ✓ **Tercero.** Los labios mayores en movimiento de arriba hacia abajo por una sola vez iniciando por el lado proximal.
 - ✓ **Cuarto.** Los labios menores y centro de la vulva.
 - ✓ **Quinto.** De igual forma la región perineal de arriba hacia abajo por una sola vez. La pinza protege la mano de quien realiza el procedimiento. El movimiento es del área menos contaminado al más contaminado sin regresar.
 - ✓ Elimina restos de jabón, suciedad y mantiene seca la zona.
 - ✓ Colocarlas pinzas y/o guantes en una riñonera si fuera necesario colocar una toalla higiénica en la vulva.
 - ✓ Arreglar la cama. Para comodidad del paciente.

3. Después del procedimiento

- Retirar equipo utilizado y llevarlo al ambiente de desinfección. Mantiene el orden del ambiente.
- Lavar, secar y esterilizar el material usado. Se protege el equipo y facilita su nuevo uso.
- Lavarse las manos. Disminuye la cantidad de microorganismos contenidos en ella.
- Realizar las respectivas anotaciones de enfermería sobre hallazgos y/o novedades encontradas. Permite colaborar oportunamente con el diagnóstico del paciente.

g. PRECAUCIONES

- El equipo de higiene es individual para cada paciente.



- Realice movimientos suaves si el paciente presenta suturas o lesiones en esta área.
- Si va a colocar un catéter vesical, utilice guantes nuevos.
- Utilizar gasas y/o torundas de algodón prudencialmente.

h. BIBLIOGRAFÍA

- Departamento de Marina Estados Unidos de América. (2005). Técnicas de Enfermería. 5ta Edic. Edit. El ateneo. Buenos Aires.
- ALMEIDA DE JARA Elsa. Et Al. (2005). "Enfermería Básica." Edit. Cultural S.A. Madrid.
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. *Compendio de Técnicas y Procedimientos en Enfermería*. Iquitos - Perú. Pág. 161 – 166.

2.9.9 MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

a. DEFINICIÓN

Conjunto de procedimientos que consisten en movilizar, trasladar, ayudar, al paciente con limitaciones para realizar ciertas actividades en la etapa de hospitalización utilizando la mecánica corporal.

b. OBJETIVOS

- Satisfacer Necesidades básicas.
- Prevenir complicaciones.
- Mantener una adecuada alineación corporal.
- Efectuar procedimientos y exámenes especiales.

c. MATERIALES

- Almohadas
- Rodetes
- Sujetadores
- Loción
- Talco

d. PROCEDIMIENTOS

1. Antes del procedimiento

- Lavarse las manos. Previenen infecciones
- Preparar material y equipo necesario. El trabajo ordenado ahorra tiempo y energía
- Explicar al paciente el procedimiento. Para obtener su colaboración

2. Durante el procedimiento

Mover al Paciente al Borde la Cama

- Bajar la cabecera de la cama. Facilita movilización del paciente
- Trabar las ruedas. Para mantener la cama en su lugar
- Retirar almohadas si las hubiera. Para facilitar la movilización del paciente
- Ubicarse frente al paciente en el lado de la cama al que se desea movilizarlo. Porque facilita el procedimiento
- Separe las piernas, una delante la otra, flexione rodillas y caderas. Porque una buena postura evita someter a músculos, ligamentos y articulaciones a un esfuerzo indebido y da mayor estabilidad. Para deslizar la parte superior del cuerpo.
- Colocar ambos brazos por debajo de hombros y nuca del paciente. Para deslizar la parte superior del cuerpo.
- Pasar el peso de su cuerpo desde el pie delantero al de atrás al tiempo que se balancea y bajando las caderas, arrastrar al paciente hacia el lado deseado sin tratar de alzarlo.
- Empujar o deslizar un objeto requiere menos energía en el movimiento que al levantarlo.
- Colocar un brazo por debajo de la cintura y el otro debajo los muslos del paciente y proceder de la misma forma. Para movilizar la parte media del cuerpo del paciente.
- Realzar el mismo procedimiento con piernas y pie.

Mover Paciente hacia la Cabecera de la Cama

- Bajar la cabecera de la cama.
- Trabar las ruedas.
- Colocar una almohada contra la cabecera de la cama.
- Colocarse junto a la cama.
- Separe las piernas, una delante la otra, colocando el pie más próximo a la cabecera. Porque la estabilidad de un objeto es mayor cuando tiene una base de sustentación ancha y en el centro de gravedad cae una línea perpendicular dentro de la base de sustentación
- Pedir al paciente que flexione las rodillas.
- Coloque los brazos de bajo de nuca, hombros y cintura. Para facilitar el procedimiento.
- Inclínese hacia adelante y hacer pasar el peso del pie delantero hacia el de atrás. Bajando simultáneamente las caderas
- Pedir al paciente que se empuje con los pies.
- Deslizar al paciente hacia la cabecera de la cama.
- Dejar al paciente en posición cómoda y satisfactoria. Para evitar posibles accidentes.

Ayudar al Paciente a Sentarse al Borde de la Cama

- Bajar la cabecera de la cama.
- Observar al paciente.
- Colocar al paciente al borde la cama y dejarlo en posición lateral.
- Subir la cabecera de la cama al nivel más alto.
- Colocarse frente al paciente.
- Sujetarla a cabeza y el cuello del paciente colocando los brazos por debajo de los hombros.
- Colocar el otro brazo por encima de los muslos.
- Haga girar lentamente al paciente hacia usted hasta que los pies queden colgados.
- Apoye al paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda.

Trasladar al Paciente de la Cama a la Silla

- Colocar la silla junto a la cama e inmovilízalo.
- Pedir al paciente que se coloque de cubito dorsal y deslizado al borde de la cama.
- Movilizar al paciente haciendo uso "de la técnica "ayudar al paciente a sentarse al borde la cama".
- Ayudar al paciente a ponerse la bata y zapatos.
- Mantener paciente sentado de 5 a 10 minutos.
- Colocarse frente al paciente.
- Tomar con sus manos los hombros del enfermo mientras que éste lo toma por la cintura.
- Indicar al paciente que coloque los pies sobre el piso y usted doble sus rodillas.
- Girar al paciente conservando la posición inicial y sentar al paciente en la silla.
- Observe al paciente en busca de signos de alarma.

Trasladar al Paciente desde la Cama hasta la Camilla



- Colocar al paciente de cubito dorsal.
- Retirar los cobertores.
- Colocar la camilla la cama y frenar las ruedas.
- Apoyarse de tres personas para llevar a cabo la técnica:
- La primera persona sostiene la cabeza del paciente. La segunda sostiene la espalda y los muslos del paciente. La tercera los muslos y la pantorrilla.
- Una señal las tres llevan al paciente hacia el borde la cama.
- Las tres juntas levantan al paciente haciéndole girar hacia ellos.
- Juntas se dirigen hacia la camilla donde colocan al paciente.

Levantar Caderas

- Colocar la cama en posición horizontal y una almohada atravesada en la cabecera y trabe las ruedas de la cama. Para evitar que el paciente se golpee la cabeza.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas y llevar los talones hacia las caderas. Para facilitar el procedimiento.
- Colocarse frente a las caderas del paciente adoptando una posición firme. Porque una buena postura evita someter a músculos, ligamentos y articulaciones a un esfuerzo indebido
- Flexionar las rodillas de modo que los brazos queden a la altura de la cama. Seguidamente colocar una mano por debajo de la región sacra del paciente y con el codo firmemente apoyado en la cama. Porque el esfuerzo que requiere para mover un cuerpo depende de la resistencia del cuerpo y de la fuerza de la gravedad.
- Agacharse doblando las rodillas para levantar las caderas del paciente. En este caso los brazos de la enfermera actúa como palanca y sus caderas bajan verticalmente. Porque la fuerza requerida para mantener el equilibrio de un cuerpo aumenta conforme la línea de gravedad se aleja del punto de apoyo.

Manera de levantar los hombros en el paciente imposibilitado

- Lávese las manos. Para evitar contaminación
- Explique al paciente el procedimiento. Para obtener su colaboración.
- Colocarse a un lado de la cama, mirando al paciente, uno de sus pies quedará más cerca de la cama y detrás del otro. Esto facilita una postura firme para realizar los movimientos, por que proporciona una buena base de sustentación.
- Deslizar el brazo más lejano del paciente sobre el hombro más cercano y afianzar la mano entre sus omóplatos.
- Para levantar al paciente balancee hacia atrás, pase el peso de su pie delantero al de atrás y bajando simultáneamente la cadera en sentido vertical. Porque este permite contrarrestar el peso de su propio cuerpo, requiriendo menos desgaste de energía.
- Guiar al paciente con su brazo libre. Para mantener el equilibrio y en una posición deseada.
- Dejar al paciente en posición adecuada.
- Arreglar los cobertores.

3. Después del procedimiento

Dejar en orden la unidad del paciente.



e. PRECAUCIONES

- Movilizar al paciente con sumo cuidado si presenta conexiones
- Tener en cuenta el diagnóstico y contraindicaciones antes de realizar el procedimiento.
- Dejar cómodo al paciente.
- Lávese las manos.
- Proteger permanentemente al paciente.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 2002. Pág. 41,42.
- ACEVEDO, G. Et al. (2002) Procedimientos y técnicas de Medicina, 4ta edic, Madrid Pp.10 – 12.



2.9.10 POSICIONES DEL PACIENTE EN CAMA

(DECUBITO SUPINO, PRONO, LATERAL, FOWLER, TRENDELEMBURG)

a. DEFINICIÓN

Son aquellas posiciones que adopta el paciente para obtener comodidad con el apoyo de dispositivos mecánicos (almohadas, bolsas de arena, etc.).

b. OBJETIVOS

- Facilitar el procedimiento terapéutico.
- Mantener la buena alineación corporal.
- Evitar contracturas.
- Facilitar drenajes.
- Mejorar la ventilación pulmonar.
- Evitar úlceras por decúbito.

c. MATERIALES

- Almohadas.
- Sostén para los pies
- Bolsas de arena con fundas.
- Toallas enrolladas.
- Rollos de mano.

d. PROCEDIMIENTO

- Lavarse las manos. Para asegurarse de la eliminación de bacterias.
- Explicar al paciente el procedimiento. Para obtener su colaboración.

1. Posición Fowler

- Levante el extremo superior de la cama en un ángulo de 45 a 60 grados. Porque permite al paciente sentirse cómodo.
- Colocar 3 almohadas, uno para la cabeza, otra para la espalda y una pequeña para colocarle debajo de los muslos. Por que proporciona sostén a la curvatura lumbar y apoyo a la cabeza y hombros y permite flexionar las rodillas.
- Elevar el extremo inferior de la cama. Para evitar el deslizamiento del paciente.
- Dejar cómodo al paciente.
- Lavarse las manos. Según técnica.

2. Posición Sims

- Acostar al paciente sobre el lado izquierdo con la almohada debajo de la cabeza. Porque permite que el peso del paciente descansa sobre las porciones anteriores de hombros y cabeza.
- El brazo izquierdo debe estar debajo del cuerpo o en cualquier otra posición que resulte cómoda. Porque favorece una posición adecuada
- Hacer que el paciente flexione la rodilla derecha y ligeramente la izquierda. Para proporcionar la máxima relajación muscular
- Colocar una almohada debajo de la rodilla derecha y otro debajo del brazo del mismo lado. Para mayor comodidad
- Dejar cómodo al paciente.

- Lavarse las manos. Según técnica, para asegurarse la eliminación de gérmenes.

3. Posición Genupectoral

- Arreglar cubiertas superiores dejando al paciente en posición prona.
- Hacer que el paciente se arrodille y doble los miembros inferiores con la cadera hacia arriba. Exponiendo la zona anogenital
- El tórax y la cabeza descansarán sobre el plano de la cama.
- Deje cómodo al paciente.
- Lavase las manos.

e. BIBLIOGRAFÍA

- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 2002. Pág. 41,42.
- ACEVEDO, G. Et al. (2002) Procedimientos y técnicas de Medicina, 4ta edic, Madrid Pp.10 – 12.

2.9.11 POSICIÓN DECÚBITO LATERAL

a. DEFINICIÓN

Consiste en colocar en posición decúbito lateral al paciente imposibilitado, utilizando la mecánica corporal.

b. OBJETIVOS

- Facilitar los procedimientos de comodidad y confort en el paciente.
- Facilitar procedimientos diagnósticos en el paciente.
- Prevenir úlceras por presión y facilitar la circulación sanguínea.

c. MATERIALES

- 3 almohadas
- Solera
- Equipo de masaje

d. PROCEDIMIENTOS

1. Antes de Procedimiento

- Preparar al paciente psicológicamente. Obtener su colaboración.
- Lavarse las manos. Evita la diseminación de gérmenes.

2. Durante el Procedimiento

- Retirar almohadas y dispositivos empleados en colocaciones previas. Facilita el procedimiento.
- Colocar la cama en posición horizontal, afloje las cubiertas, trabar las ruedas de la cama. Permite al enfermero evitar trabajar contra la gravedad, aumenta las condiciones de seguridad y facilita el trabajo.
- Ubicarse en un lado de la cama hacia el que va a colocarse al paciente. Permite mantener la alineación correcta al movilizar al paciente.
- Separar los pies uno delante del otro. Facilita el procedimiento.
- Colocar el brazo más lejano del paciente sobre el tórax, la pierna más lejana sobre la otra que está, más cerca a la enfermera. Facilita el procedimiento.
- Desplazar el peso desde su pierna delantera hacia la trasera y hacer rodar la paciente hacia usted bajando sus caderas. Permite contrarrestar el peso del paciente con su propio peso o cuerpo y requiere menos desgaste de energía.
- Mantener al paciente apoyando al borde de la cama. Evita caídas accidentales.
- Colocar una almohada reforzada a lo largo de la espalda en toda su longitud. Proporciona apoyo necesario para mantener al paciente de costado.
- Colocar una almohada debajo de la pierna semiflexionada. Evita la presión sobre las prominencias óseas.
- Colocar una almohada paralelamente a la superficie del pie que está más bajo. Evita el pie péndulo.

3. Después del Procedimiento

- Lávese las manos. Para evitar contaminación con gérmenes
- Dejar arreglado los cobertores. Para brindar comodidad al paciente
- Observar reacciones adversas y/o signos de alarma.

e. PRECAUCIONES

- No deje sólo al paciente en esta posición y sin antes protegerlo con barandas y/o almohadas.
- No encorve la cintura flexionando las caderas y piernas.
- No esfuerce los hombros del paciente.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 2002. Pág. 41,42.
- ACEVEDO, G. Et al. (2002) Procedimientos y técnicas de Medicina, 4ta edic, Madrid Pp.10 – 12.

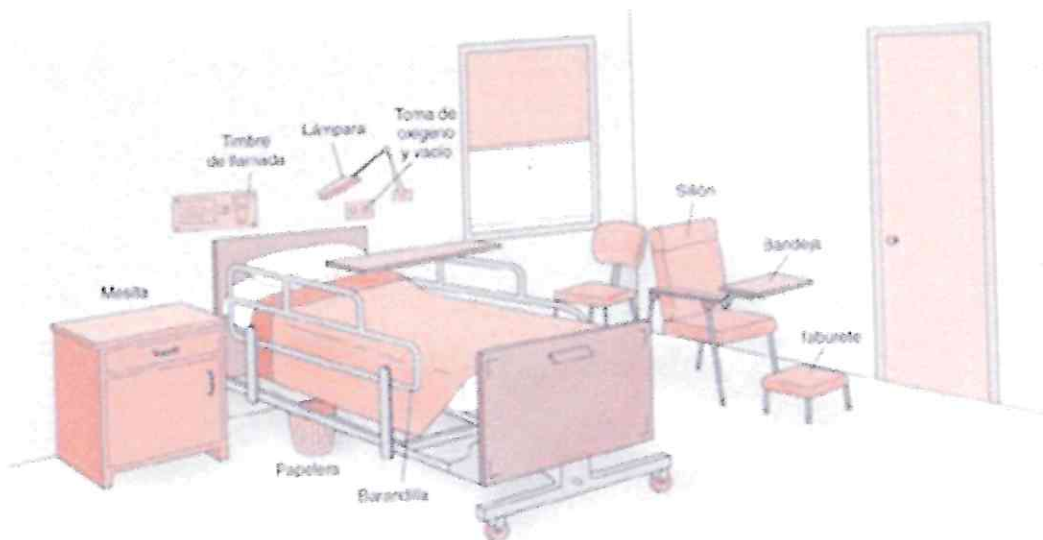
2.10 HIGIENE DE LA UNIDAD DEL PACIENTE

a. DEFINICION.

Se considera unidad del paciente al conjunto formado por el espacio de la habitación, el mobiliario y el material que utiliza el paciente durante su estancia en un establecimiento de salud. En una unidad de hospitalización habrá tantas unidades de paciente como número de camas. La limpieza de la "unidad de paciente", estará a cargo de un técnico de enfermería.

b. OBJETIVO

Mantener orden y limpieza la unidad del paciente.



2.10.1 HIGIENE DE CAMA ABIERTA

a. DEFINICIÓN

Es la técnica que consiste en tender la cama del paciente cuando puede levantarse de la cama.

b. OBJETIVOS

- Eliminar los desechos y polvo de la cama.
- Proporcionar comodidad al paciente manteniendo un ambiente agradable.

c. MATERIALES

- Fundas de almohada
- Almohada
- Sábana inferior
- Sábana superior
- Solera
- Colchón
- Colcha
- Frazada

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lávese las manos y recolectar el equipo necesario. Para evitar contaminación
- Tener el material completo y ordenado según uso en una silla al pie de la cama. Para ahorrar tiempo y energía.
- Explicarle al paciente el procedimiento a realizar. Para lograr su colaboración.
- Llevar al ambiente del paciente toda la ropa que se le va a cambiar.
- Verificar la ropa sucia que se va a cambiar antes de elegir la ropa limpia.
- Colocar una silla a los pies de la cama sobre lo que se colocará la ropa necesaria para cambiar.

2. Durante el procedimiento

- Aflojar todas las cubiertas de la cama. Para ahorrar tiempo y energía.
- Retirar la almohada luego de cambiar la funda, colocarlo sobre la silla. Para facilitar su nuevo uso.
- Retirar la colcha y todas las cubiertas que se va a volver a usar, cogiendo el borde de la cabecera llevándola a los pies, luego levantar cogiendo el centro de ambos bordes. De modo que quede doblado en cuatro, colocarlo en el respaldo de la silla en el mismo orden de uso.
- Retirar la ropa sucia y colocarla en el depósito respectivo. Para facilitar su nuevo uso y dar comodidad al paciente
- Centrar el colchón, limpiar con un trapo humedecido con desinfectante. Para dar comodidad al paciente.
- Colocar las sábanas y solera del mismo modo que de la cama cerrada. Permite que este nivel cubra al paciente hasta los hombros.
- Colocar colcha a unos 30 ó 40 cm. por debajo del borde superior del colchón, sujetar los pies y realice las esquinas con todas las cubiertas superiores, doblar la sábana superior sobre la colcha.

- Pasar al lado opuesto y realizar lo mismo con todas las cubiertas, estirándolas bien a fin de evitar arrugas. Porque evita movimientos involuntarios y gastos de energía.
- Colocar la almohada. Para servir de apoyo a la cabeza y hombros del paciente
- Doblar la esquina por donde el paciente va-a ingresar a la cama, de las cubiertas superiores hacia el centro de la cama, luego el vértice formando un doblez sobre los mismos. Porque facilita el ingreso del paciente a la cama

3. Después del procedimiento

- Invitar al paciente a acostarse.
- Cubrir al paciente.
- Retirar el depósito de la ropa sucia.
- Dejar todo el material empleado en su lugar.
- Dejar en orden el ambiente del paciente.
- Lávese las manos.

e. PRECAUCIONES

- No es necesario cambiar toda la ropa de la cama cuando no hay material suficiente
- No sacudir la ropa de cama en el cuarto, porque se esparce la pelusa y el polvo
- Dejar en orden el ambiente del paciente
- Lavarse las manos.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 2002. Pág. 41,42.
- ACEVEDO, G. Et al. (2002) Procedimientos y técnicas de Medicina, 4ta edic, Madrid Pp.10 – 12.

2.10.2 HIGIENE DE CAMA CERRADA

a. DEFINICIÓN

Es la técnica en realizar el tendido de cama después que el paciente ha sido dado de alta, comprende el arreglo, tendido de ropa de cama, cubriendo el borde superior del colchón, para volver a utilizar.

b. OBJETIVOS

- Tener una cama limpia y arreglada lista para admitir al paciente.
- Conservar el orden y armonía de la sala.

c. MATERIALES

- Una funda de almohada
- Una sábana inferior
- Un hule
- Una solera
- Una sábana superior
- Una colcha (opcional)

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lávese las manos. Según técnica, para evitar contaminación
- Prepare el material completo y ordenado según uso, en una silla al pie de la cama. Para ahorrar tiempo y energía

2. Durante el procedimiento

- La ropa de cama debe estar doblada a lo largo por la mitad y luego plegada.
- La sábana inferior se dobla con el lado liso hacia adentro y la sábana superior con el áspero del dobladillo hacia fuera. Para prevenir irritaciones cutáneas
- Nivelar la cama a una altura que resulte cómodo trabajar. Para prevenir el estiramiento excesivo de la espalda
- Colocar la funda de la almohada y ubicarlo en la silla. Para facilitar el procedimiento
- Doble el colchón por la mitad y proceda a desdoblarlo por la mitad inferior. Para facilitar su ventilación y evitar su deformación.
- Colocar la sábana inferior con el doblez en el centro de la cama, a unos 30-40 cm. sobre el borde superior del colchón. Para sujetar bien y quede centrado
- Deslizar la sábana hacia el lado opuesto y desdoble deslizándola hacia los pies, hacerlas esquinas, asegurarlas bien bajo el colchón. Para evitar formación de arrugas.
- Coloca el hule en la parte media del colchón y cubra totalmente con la solera y asegure bajo el colchón.
- Colocar la sábana superior teniendo presente que el revés quede hacia arriba y la base ancha al nivel del borde superior del colchón, deslice la mitad de la sábana hacia el lado opuesto y la otra mitad desdóblela hacia los pies, doble el borde superior unos 30 - 40 cm. Sobre la misma sábana. Para que extremo superior pueda voltearse y permitir que este nivel cubra al paciente hasta la altura de los hombros.

- Colocar la almohada en la parte superior de la cama, para dar apoyo a la cabeza y hombros del paciente
- Colocar la colcha en el centro del colchón y desdoblar hacia el lado opuesto, cubra la almohada, deslizarlo hacia los pies y cubrir toda la cama (opcional). Para proteger toda la ropa de cama del polvo
- Realzar un dobléz o pliegue vertical de 5 cm. de ancho en sábanas superior y colchas; y asegúrelo bajo el colchón. A fin de dejar espacio para los pies y prevenir el pie péndulo.
- Pasar al lado opuesto y proceder de la misma manera con la otra mitad de la cubierta superior estirándola bien. Para ahorrar tiempo y energía.

3. Después del Procedimiento

- Usar depósito para colocar la ropa sucia. Para evitar la contaminación.
- Retirar toda la ropa de cama que no se utilizó. Para evitar pérdidas.

e. PRECAUCIONES

- Si se tiene que tender varias camas, lleve la ropa necesaria en un cochecito que se dejará en un lugar del cuarto.
- Nunca se debe colocar la ropa sucia en el suelo o en otra cama, utilice los depósitos para la ropa sucia.
- Realizar esta técnica después de la desinfección concurrente.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 2002. Pág. 41,42.
- ACEVEDO, G. Et al. (2002) Procedimientos y técnicas de Medicina, 4ta edic, Madrid Pp.10 – 12.



2.10.3 CAMBIO DE ROPA DE CAMA

a. DEFINICIÓN

Es el cambio de sábanas a las camas ocupadas, realizada en forma diaria o por requerimiento necesario (PRN), en algunas situaciones especiales.

b. OBJETIVO

- Proporcionar confort al paciente, dotándole de una cama limpia con cambio de ropa frecuente durante el tiempo de su estadía en el Hospital.

c. EQUIPO

- Guantes descartables (si se requiere).
- Ropa de cama completa (sábana superior, inferior, funda).
- Sabanilla de tela y hule (si es necesario).
- Frazadas.
- Cubrecama (edredón).
- Bolsa roja (si se requiere).

d. PROCEDIMIENTO

- Higiene de manos.
- Preparar el material a utilizar en el procedimiento y llevar a la unidad del paciente.
- Colocar la silla al lado de la cama con el respaldo a los pies y con espacio suficiente entre la cama y silla para circular (puede usar la mesa de mayo).
- Aflojar la ropa de cama comenzando de la cabecera a los pies dando vuelta a la cama completa.
- Doblar el edredón y las frazadas si se van a volver a usar, y poner en la silla.
- Envolver las sábanas y colocar en la funda o hacer un paquete con la sábana superior amarrando las cuatro puntas o simplemente uniéndolas.
- Voltee el colchón si es necesario, con mecánica corporal adecuada.
- Lavarse las manos antes de poner la ropa limpia, para evitar contaminarla.
- Extender la sábana inferior sobre la mitad baja del colchón, hacia la cabecera, sujetar correctamente las esquinas de la parte lateral debajo el colchón. Proceda del mismo modo con la sábana superior, sujetando está en la parte inferior con el dobles en cartera (triangular), dejar la parte superior libre.
- Después de la sábana inferior se coloca la sabanilla.
- Jalar al lado contrario de la cama y realizar la misma operación anterior, de modo que quede libre de arrugas.
- La cabecera se completa doblando la sábana superior encima los cobertores.
- Al final se coloca la funda a la almohada y ésta en su lugar.
- Arreglar la unidad (timbre, sillas, mesa de noche).
- Lavado de manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. **PRECAUCIONES**

- Verificar que la ropa a ser cambiada este limpia y libre de pliegues.
- Enviar al servicio de lavandería en bolsa roja si la ropa es de paciente aislado, la bolsa debe tener en la etiqueta Ropa Contaminada con fecha y servicio correspondiente y se debe manipular de acuerdo a norma.

g. **BIBLIOGRAFÍA**

- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 2002. Pág. 41,42.
- ACEVEDO, G. Et al. (2002) Procedimientos y técnicas de Medicina, 4ta edic, Madrid Pp.10 – 12.



2.10.4 CAMBIO DE ROPA DE CAMA CON PACIENTE

a. DEFINICIÓN

Es el cambio de ropa de cama que alberga a un paciente durante su hospitalización.

b. OBJETIVO

- Satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente durante su estadía en el
- Hospital.

c. MATERIAL

- Guantes descartables.
- Bolsa de ropa sucia.
- Juego de sabanas.
- Fundas.
- Frazadas.
- Cubrecama o colcha, si requiere.
- Hule.
- Funda de colchón.
- Sabanilla.
- Paño de limpieza.
- Expediente clínico.

d. EQUIPO

- Cama.
- Almohada.

e. PROCEDIMIENTO

- Lavado de manos.
- Prepara el material y llevar a la unidad del paciente.
- Comprobar el estado del material a utilizar.
- Comunicar al paciente el objetivo del procedimiento.
- Preservar la individualidad del paciente.
- Calzarse lo guantes.
- Acomodar la cama en posición horizontal, de acuerdo al estado de salud del paciente.
- Aflojar la ropa de cama del paciente.
- Quitar la colcha y frazadas, verificando si las mismas deben ser cambiadas y disponer lo sucio en bolsa de ropa sucia.
- Dejar al paciente con la sabana superior, cuidando su individualidad.
- Pedir al paciente que se ponga en posición decúbito lateral.
- Retirar la sabana enrollando hacia el centro de la cama.
- Colocar las sabana inferior hasta el centro y fijando las esquinas cuidando que no tengan pliegues (arrugas).
- Colocar de la misma manera el hule y sabanilla, si requiere el paciente.
- Colocar al paciente hacia el lado de la sábana superior limpia.
- Retirar la ropa de cama sucia y disponer la ropa limpia con el mismo procedimiento con que se inició la sabana inferior.
- Poner al paciente en posición decúbito supino.

- Poner las frazadas y la colcha.
- Extender la sabana superior y doblar la parte superior por encima de la colcha.
- Cambiar la funda y colocar en la cabecera de la cama.
- Dejar al paciente en su pieza, cómodo con el timbre a su alcance.
- Recoger todo el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

f. RECOMENDACIONES

- Evitar caídas en el paciente durante el procedimiento.
- Es importante valorar el estado de salud del paciente para evitar movilizarle y decidir el procedimiento recomendado para este caso.
- Enviar al servicio de lavandería en bolsa roja si la ropa es de paciente aislado, la bolsa debe tener en la etiqueta Ropa Contaminada con fecha y servicio correspondiente.
- Evitar accidentes de caídas en el paciente.
- Evitar enfriamientos y cruce de aire innecesarios.

h. BIBLIOGRAFÍA

- Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 2002. Pág. 41,42.
- ACEVEDO, G. Et al. (2002) Procedimientos y técnicas de Medicina, 4ta edic, Madrid Pp.10 – 12.



2.10.5 MANEJO DE ROPA SUCIA

a. DEFINICION

La ropa sucia es una fuente significativa de contaminación, por esta razón es importante realizar su manipulación con métodos adecuados, con la finalidad de eliminar la posibilidad de infección.

Ropa sucia: se denomina toda prenda o textil generada (usada) en los diferentes ambientes (salas) de quirófano del hospital regional de Loreto. Esta ropa hospitalaria se agrupara según su grado de suciedad y/o contaminación, calificándolas de:

- **Bajo riesgo:** se les denominara a toda prenda o elemento textil, usada en las atenciones asistenciales en quirófano, sin evidencia de fluidos corporales o sin contacto con material biocontaminado, por lo tanto, no presenta un riesgo adicional para la salud humana y el ambiente.

- **Alto riesgo:** se le denominara a toda prenda o elemento textil usada en las atenciones asistenciales de las salas de quirófano, contaminadas o biocontaminadas, en contacto con material biocontaminado (sangre, heces, saliva u otras secreciones corporales).

b. OBJETIVOS

- Evitar el riesgo de infección intrahospitalarias por la mala práctica en la manipulación de ropa sucia.

c. INDICACIONES

- La ropa sucia debe ser manipulada con las medidas de bioseguridad y por el personal altamente capacitado.

d. CONTRAINDICACIONES

- No se establece.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Recipiente con tapa (balde).
- Bolsa de color rojo.
- Equipos de protección personal (gorro, mascarilla, guantes, botas)

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Colóquese el equipo de protección personal (gorro, mascarilla, guantes, bata, botas).
- Acerqué el recipiente con tapa y colocado la bolsa roja lo más próximo a usted.

2. Durante el procedimiento

- Retire la ropa sucia (campos operatorios, sabanas) del paciente inspeccionando la presencia de elementos.
- Hacer un bulto uniforme con la ropa sucia al momento de retirarlo del paciente evitando que se pueda caer al piso y/o que se puedan derramar fluidos corporales evitando así la proliferación de microorganismos patógenos.
- Colocar el bulto en el recipiente con bolsa roja y taparlo.

- 3. Después del procedimiento**
- Retírese la bata, los guantes
 - Realícese la higiene de manos.

g. RECOMENDACIONES

- No sacuda nunca la ropa sucia.
- No juntar al cuerpo.
- No colocar la ropa sucia sobre superficies.
- Los recipientes donde se guarda la ropa sucia debe tener tapa y ser exclusiva.
- La ropa sucia debe ser guardada en bolsa roja y rotuladas.
- La ropa sucia debe ser manipulada por el personal técnico de enfermería teniendo en cuenta las medidas de protección para poder sacar la bolsa roja y depositarla en el ambiente de ropa contaminada.

h. BIBLIOGRAFIA

- Directiva administrativa para el manejo de la ropa hospitalaria en el instituto nacional de enfermedades neoplásicas 2017. Pág. 6, 7.
- Guía de procediendo para el manejo de ropa hospitalaria "hospital de emergencias José Casimiro Ulloa 2014. Pág. 11-14.



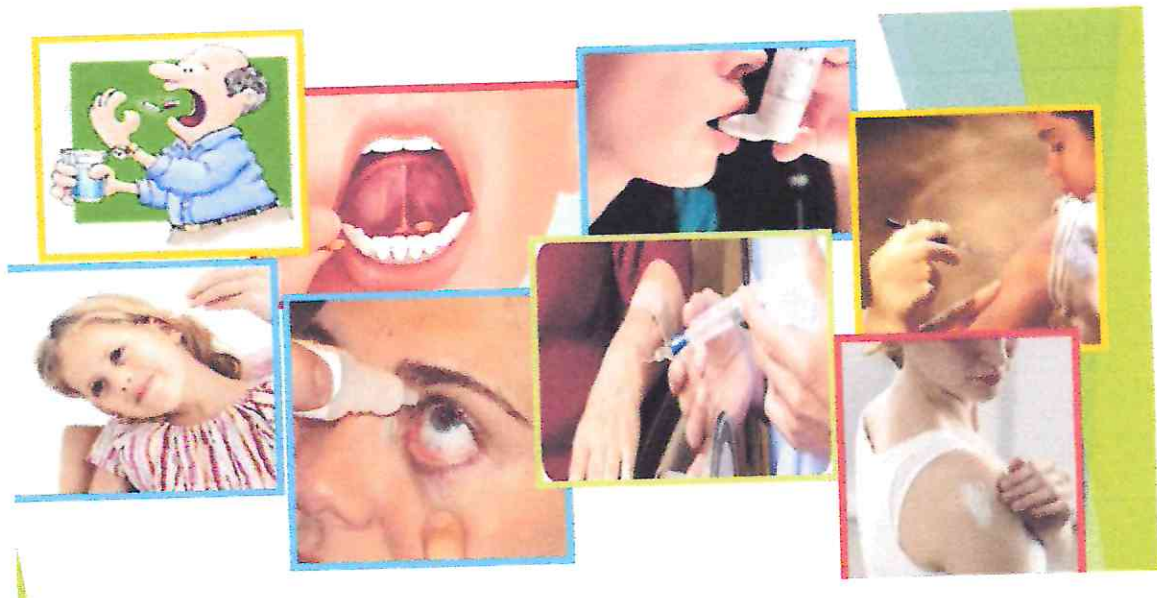
2.11 ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS

DEFINICION:

Es un procedimiento que se realiza bajo prescripción médica por diferentes vías de aplicación como: V.O, I.M, E.V, S.L, etc. Con un fin determinado.

OBJETIVOS

Lograr una acción específica mediante la administración de un medicamento, ya sea con fines preventivos, diagnósticos o terapéuticos en las pacientes intervenidos por cesárea.



2.11.1 VÍA INHALATORIA

a. DEFINICIÓN

Proceso de administración por vía inhalatoria con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el individuo.

b. OBJETIVO

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

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Antiséptico bucal o bicarbonato sódico (diluido con agua).
- Aero cámara para inhalación (si el inhalador prescrito es un cartucho presurizado)
- Inhalador prescrito.
- Toallitas.
- Vaso.
- Expediente Clínico.
- Riñonera.
- Bolsa para riñonera.

d. PROCEDIMIENTO:

a. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Trasladar el material a la unidad del paciente.
- Comunicar al paciente sobre el objetivo del procedimiento.
- Colocar al paciente de pie, sentado o en posición Fowler si está acostado, para permitir la máxima expansión torácica.

b. Durante el procedimiento

- Agitar el inhalador para mezclar su contenido.
- Destapar el inhalador y prepararlo para su utilización.
- Colocar el inhalador en posición invertida (en forma de L).
- Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.

Inhalador Presurizado

- Explicar al paciente que introduzca la boquilla del inhalador dentro de la boca y cierre los labios a su alrededor.
- Indicar al paciente que incline la cabeza ligeramente hacia atrás.
- 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.

Aero cámara

- Acoplar el cartucho en el orificio de la cámara.
- 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).
- Efectuar una pulsación del dosificador y pedir al paciente que realice una inspiración

- Profunda del aire de la cámara (5 ó 6 inspira 13. Retirar el dosificador de la boca y mantener 10 segundos de apnea. Indicar al paciente que espire lentamente. Acciones en pacientes que no controlen el proceso inspiratorio, como niños y ancianos).
- Retirar la cámara de la boca y mantener 10 segundos de apnea.
- Indicar al paciente que realice otra inspiración profunda para aprovechar totalmente la dosis administrada.
- Esperar 30 segundos si se debe administrar una nueva dosis del mismo u otro fármaco.
- 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.

c. Después del procedimiento

- Recoger el material utilizado durante el procedimiento.
- Higiene de manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Usar la Aero 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 todos los días con agua y jabón, enjuagar y secar.
- 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).

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.2 POR SONDA NASOGÁSTRICA

a. DEFINICIÓN

Proceso de administración de agentes farmacológicos diluidos para la administración por sonda nasogástrica en el organismo con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el individuo.

b. OBJETIVO

- Preparar y administrar la medicación prescrita por el médico tratante al paciente a través de una sonda naso gástrica cumpliendo los cinco correctos en la administración de medicamentos.

c. EQUIPOS y MATERIALES

- Tarjetas de tratamiento.
- Medicamentos prescritos.
- Guantes no estériles (opcional).
- Jeringa de alimentación 20 cc, 50 cc.
- Sonda naso gástrico.
- Historia clínica.
- Bandeja de medicación.
- Mortero.
- Riñonera.
- Bolsa para riñonera.
- Estetoscopio.
- Pinza Kelly para realizar clamp.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Llevar la bandeja de medicación a la unidad del paciente.
- Comunicar al paciente el objetivo del procedimiento a realizarse y solicitar su colaboración.
- 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.

2. Durante del procedimiento

- Colocar al paciente en posición Fowler o, siempre que sea posible.
- Calzarse los guantes.
- Comprobar la permeabilidad de la SNG, aspirando con una jeringa para verificar si existe contenido gástrico, si no hubiese proceder a la administración del medicamento.
- Antes de iniciar la administración del medicamento, pinzar la SNG y conectar a su extremo la jeringa de 50 cc sin émbolo (a modo de embudo).
- Administrar la medicación según indicación médica escrita.
- Vaciar el contenido del vaso con la medicación diluida en la jeringa, permitiendo que esta pase por gravedad.

- 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 pasara libremente por la SNG, nos ayudaremos del émbolo de la jeringa, ejerciendo una suave presión, para favorecer el paso y que la medicación no se quede en el trayecto de la sonda.
- Pinzar la SNG y retirar la jeringa.
- Mantener pinzada la SNG durante una hora como mínimo, para que se absorba la medicación.
- Retirar el material utilizado durante el procedimiento.

3. Después del procedimiento

- Lavar la jeringa de 50 cc y mantenerla en condiciones higiénicas para uso posteriores. Cambiarla c/ 24 h. Y siempre que sea necesario.
- Retirarse los guantes.
- Higiene de manos.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada después de la administración del medicamento, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- 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.
- En caso de obstrucción de la SNG y después del intentar permeabilizar la misma, continúa la obstrucción cambiar de sonda.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.

2.11.3 VÍA NASOBUCAL (AEROSOLES)

a. DEFINICIÓN

Proceso de administrar agentes farmacológicos a través de la vía nasobucal en forma de aerosol con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el individuo.

b. OBJETIVO

- Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito mediante aerosoles en dosis y horarios indicados.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Agujas.
- Antiséptico bucal.
- Bicarbonato sódico.
- Conexión para vaso nebulizador.
- Equipo nebulizador.
- Con mascarilla (Adulto / pediatría).
- Con boquilla.
- Jeringa.
- Medicación prescrita.
- Tarjeta de Tratamiento.
- Suero fisiológico.
- Toallita.
- Vaso.
- Expediente Clínico.
- Riñonera.
- Bolsa para riñonera.
- Manómetro o flujómetro.
- Toma de oxígeno central o balón de oxígeno.

d. PROCEDIMIENTO:

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Preparar el equipo nebulizador y la medicación prescrita.
- Trasladar el material a la unidad del paciente.
- Informar al paciente sobre el objetivo del procedimiento a realizar.
- Colocar al paciente sentado o en posición Fowler, si su estado lo permite.

2. Durante el procedimiento

- Enroscar la conexión al manómetro y éste a la fuente de oxígeno.
- Introducir la medicación en el vaso del nebulizador, diluida con suero fisiológico si está indicado.
- Enroscar el vaso a la mascarilla; conectar la tubuladura de oxígeno al vaso nebulizador y a la conexión del manómetro.
- Regular el flujo de oxígeno en el manómetro hasta conseguir una fina niebla (aproximadamente de 6 a 8 litros/minuto).
- Comprobar la correcta salida por la mascarilla.
- Colocar la mascarilla al paciente.
- Explicar al paciente que realice inspiraciones profundas, manteniéndolas uno ó dos segundos antes de la espiración.

- Mantener el nebulizador de 10 a 15 minutos.
- Retirar el equipo nebulizador y administrar oxigenoterapia si estuviera prescrita.
- Proporcionar al paciente antiséptico bucal o bicarbonato sódico diluidos para que realice enjuagues de la cavidad oral, si se le hubieran administrado corticoides.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

3. Después del procedimiento

- Recoger el material utilizado durante el procedimiento.
- Cambiar a diario el equipo nebulizador.
- Retirar la medicación y lavar el equipo nebulizador con agua caliente, después de cada uso. Secar bien.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Mantener la piel de la cara limpia y seca para evitar la irritación cutánea.
- En neonatos con oxigenoterapia en carpa, se fijará el nebulizador sin la mascarilla en el interior de la carpa, de manera que el medicamento pueda ser inhalado dentro de la misma.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.4 VÍA ORAL

a. DEFINICIÓN

Administración de agentes farmacológicos sólidos o líquidos a través de la boca con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el paciente.

b. OBJETIVO

- Prepara y administrar el medicamento indicado por el médico tratante (escrito) al paciente por vía oral con la finalidad de contribuir a su restablecimiento, cumpliendo los cinco correctos.

c. EQUIPOS Y MATERIAL

- Tarjetas de tratamiento.
- Bombillas.
- medicamentos prescritos.
- Guantes no estéril (opcional).
- Jeringas.
- Vasos para líquidos con dosificadores.
- Vasos unidosis medicación.
- Historia clínica.
- Bandeja de medicación.
- Mortero o triturador de pastillas.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Llevar la bandeja de medicación a la unidad del paciente
- Comunicar al paciente el objetivo del procedimiento a realizarse y solicitar su colaboración.
- Disponer al paciente en posición Fowler.
- Valorar la capacidad de deglución del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Administrar la medicación al paciente proporcionándole agua u otro líquido en cantidad suficiente para que la medicación llegue al estómago.
- Permanecer al lado del paciente y asegurarse que la medicación administrada ha sido ingerida.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada después de la administración del medicamento, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirar el material utilizado de la unidad del paciente.

3. Después del procedimiento

- Higiene de manos.
- Vigilar la tolerancia y posibles efectos adversos y comunicarlo al médico tratante.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Vigilar y asegurarse de la capacidad de deglución del paciente. En caso de estar disminuida o anulada se notificará para elegir otra vía de administración.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.5 VÍA SUBLINGUAL

a. DEFINICIÓN

Proceso de preparación de agentes farmacológicos para la administración por vía sublingual en el organismo con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el paciente.

b. OBJETIVO

- Administrar el medicamento indicado por el médico tratante al paciente por vía sublingual, con la finalidad de contribuir a su restablecimiento, cumpliendo los cinco correctos en la administración de medicamentos.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tarjetas de tratamiento.
- Medicamentos prescritos.
- Guantes no estériles (opcional).
- Jeringas.
- Vasos unidosis medicación.
- Expediente Clínico.
- Bandeja de medicación.
- Mortero o triturador de pastillas.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Llevar el carro o bandeja de medicación a la unidad del paciente.
- Comunicar al paciente el objetivo del procedimiento a realizarse y solicitar su colaboración.
- Disponer al paciente en posición Fowler.
- Explicar al paciente que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva y solicitar que el medicamento no debe ser masticado administrada.
- Vigilar la tolerancia y posibles efectos adversos y comunicarlo al médico tratante.

2. Durante el procedimiento

- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada después de la administración del medicamento, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales. Retirar el material utilizado de la unidad del paciente.

3. Después del procedimiento

- Higiene de manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- 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 degluta.
- 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.

f. **BIBLIOGRAFÍA**

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.6 VÍA CUTÁNEA

a. DEFINICIÓN

Proceso de administración de agentes farmacológicos por vía cutánea en el organismo con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el individuo.

b. OBJETIVO

- Administrar la medicación prescrita por el médico tratante al paciente a través de la vía cutánea cumpliendo los cinco correctos en la administración de medicamentos.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tarjeta de tratamiento.
- Aplicador o depresor.
- Apósitos.
- Tela adhesiva.
- Vendas.
- Medicamento prescrito: polvo, loción, crema, pomada, ungüento, pasta, gel, espuma, parche transdérmico, otros.
- Gasas no estériles.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Toalla.
- Historia Clínica.
- Riñonera.
- Bolsa para riñonera.
- Pinzas.
- Bandeja con medicación.

d. PROCEDIMIENTO:

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Llevar la bandeja de medicación a la unidad del paciente.
- Comunicar al paciente el objetivo del procedimiento a realizarse y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Calzarse los guantes.
- Valorar el estado de la piel del paciente antes de la administración de medicamento.
- Lavar la zona a tratar con agua jabonosa, enjuagar y secar sin friccionar, si es necesario.
- Extraer la medicación del envase o aplicar directamente, dependiendo del fármaco,
- y extender sobre la piel afectada.
- Evitar que el medicamento entre en contacto con los ojos y las mucosas.

- Cubrir la zona con apósito y/o vendaje si está indicado.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material utilizado durante el procedimiento.

3. Después del procedimiento

- Retirase los guantes.
- Higiene de manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Valorar el área afectada, revisando la orden de prescripción y leyendo cuidadosamente las instrucciones de aplicación.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.7 VÍA INTRADÉRMICA

a. DEFINICIÓN

Proceso de administrar los agentes farmacológicos, en una pequeña cantidad por vía dérmica con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el paciente.

b. OBJETIVO

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

c. EQUIPOS Y MATERIALES:

- Tarjeta de tratamiento.
- Agujas.
- Torundas embebidas en alcohol.
- Recipiente para residuos punzocortantes.
- Medicamento prescrito.
- Guantes no estériles.
- Jeringa.
- Historia Clínica
- Bandeja.

d. PROCEDIMIENTO:

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Preparar el material y llevar a la unidad del paciente.
- Informar al paciente sobre el objetivo del procedimiento.
- Preservar la intimidad del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Colocar al paciente en una posición cómoda sentada o Fowler, con el codo y el antebrazo extendidos y apoyado en una superficie plana.
- Seleccionar la zona de punción. Se utiliza habitualmente la zona media ante cubital (evitar cualquier zona de vello, lesiones o manchas).
- Limpiar la zona con un algodón embebido en alcohol. Dejar secar.
- Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.
- Insertar la jeringa de forma que la aguja quede con el bisel hacia arriba.
- Introducir en la piel con un ángulo de 5 a 15 grados hasta que se note resistencia.
- Avanzar la aguja a través de la piel del paciente aproximadamente 3mm., por debajo de la superficie cutánea.
- Inyectar la medicación lentamente hasta formar una pápula o vesícula.
- Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.
- No frotar ni dar masaje en la zona.
- Señalar la zona dibujando un círculo alrededor del perímetro.
- Indicar al paciente que no se lave, ni se toque la zona de punción incluyendo el perímetro marcado.

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

3. Después del procedimiento

- Desechar la aguja y el material contaminado de acuerdo a normas.
- Recoger el material utilizado durante el procedimiento.
- Retirarse los guantes.
- Higiene de manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Se utiliza sobre todo en el Test de Tuberculina (Mantoux) y para la realización de las pruebas de alergia.
- No será válida si sangra la zona después de retirar la aguja o si no se ha formado la vesícula.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna. Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.8 VÍA SUBCUTÁNEA

a. DEFINICIÓN:

Proceso de administrar los agentes farmacológicos por vía subcutánea en una cantidad determinada con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el paciente.

b. OBJETIVO

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

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tarjetas de tratamiento.
- Agujas.
- Algodón embebido en alcohol.
- Contenedor para material punzante.
- Medicamentos prescritos.
- Guantes no estériles.
- Jeringas.
- Expediente Clínico.
- Bandeja.
- Riñonera.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Informar al paciente sobre el objetivo del procedimiento.
- Preservar la intimidad del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Calzarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Seleccionar la zona de punción adecuada.
- Palpar la zona de punción para descartar masas, edema o zonas de sensibilidad
- Limpiar la piel con antiséptico y dejar secar.
- Formar un pliegue cutáneo bien definido con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante.
- Sostener la jeringa con la mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 45° a 90° y soltar la piel.
- Sujetar el extremo terminal del cilindro de la jeringa con la mano no dominante.
- 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.

- Administrar la medicación lentamente.
- Retirar la aguja y jeringa y aplicar una suave presión con algodón sobre la zona de punción sin friccionar.
- Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos punzantes.
- Dejar al paciente en posición cómoda.

3. Después del procedimiento

- Retirar el material utilizado durante el procedimiento.
- Retirarse los guantes.
- Higienizar las manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Las zonas de punción más frecuentes son: Abdomen, parte externa de los brazos, parte externa de los muslos, glúteos.
- 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).

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.9 VÍA INTRAVENOSA

a. DEFINICIÓN

Proceso de administrar los agentes farmacológicos por vía intravenosa con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el paciente.

b. OBJETIVO

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

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tarjetas de tratamiento.
- Catéter periférico.
- Torundas embebidas en alcohol.
- Contenedor para material punzante.
- Tela adhesiva.
- Medicamento prescritos.
- Guantes no estériles (opcional).
- Jeringas.
- Ligadura.
- Expediente Clínico.
- Bandeja.
- Reloj.
- Equipo de sueroterapia.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Preparar el material y llevar a la unidad del paciente.
- Informar al paciente sobre el objetivo del procedimiento a realizar.
- Preservar la intimidad del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Colocar al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino.
- Calzarse los guantes.

Administración de medicación I.V. en bolo

- Localizar la zona de punción preferentemente en el área ante cubital, escogiendo la vena de mayor calibre.
- Colocar la ligadura a 10 ó 15 cm. por encima del sitio a puncionar.
- Realizar la asepsia con la torunda embebida en alcohol en el sitio de punción y dejar que seque unos segundos.
- Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa formando un ángulo de 30°, con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena aproximadamente 0,6 cm.
- Aspirar la jeringa y comprobar que fluye sangre hacia la jeringa para verificar que la aguja se encuentra dentro de la vena.

- Retirar la ligadura e inyectar el fármaco lentamente (el tiempo varía de acuerdo a indicación médica).
- Retirar la aguja una vez concluida la administración del fármaco y aplicar presión en el lugar de punción con una torunda embebida en alcohol durante al menos 3 minutos.
- Colocar una torunda de algodón y fijar con tela adhesiva en el punto de punción.

3. Después del procedimiento

- Retirar el material utilizado.
- Retirarse los guantes.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

Administración de medicación I.V. en perfusión continúa

- Higiene de las manos.
- Explicar al paciente el objetivo del procedimiento.
- Localizar la zona de punción preferentemente, escogiendo la vena de mayor calibre.
- Calzarse los guantes.
- Colocar la ligadura a 10 ó 15 cm. por encima del sitio de punción.
- Realizar la asepsia con la torunda embebida en alcohol en el sitio de punción y dejar que seque.
- Atravesar la piel con el catéter elegido formando un ángulo de 30°, con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena aproximadamente 0,6.
- Fijar la bránula en la piel con tela adhesiva.
- Retirar el material utilizado.
- Retirarse los guantes.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

En caso de que exista llave de tres vías

- Higiene de manos.
- Retirar el tapón y colocarlo sobre una gasa estéril.
- Explicar al paciente el objetivo del procedimiento.
- 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 el fármaco.
- Limpiar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico, previamente cargado en otra jeringa.
- Girar la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón.
- Retirar el material utilizado.
- Retirarse los guantes.



- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones.

Si no existe llave de tres vías

- Higiene de manos.
- Realizar la asepsia en el punto de inyección del equipo de suero terapia (zona especial para inyección).
- Cerrar la llave del equipo de suero terapia.
- Realizar la asepsia en el punto de inyección e insertar la aguja en la el punto de inyección, 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.
- Retirar el material utilizado.
- Retirarse los guantes.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

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

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.10 VÍA INTRAMUSCULAR

a. DEFINICIÓN

Proceso de administrar los agentes farmacológicos en una determinada cantidad en el tejido muscular con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el paciente.

b. OBJETIVO

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

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tarjeta de Tratamiento.
- Agujas.
- Algodón embebido con alcohol.
- Contenedor para material punzante.
- Medicamentos prescritos.
- Guantes no estériles.
- Jeringas.
- Expediente Clínico.
- Bandeja.
- Riñonera.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la unidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Preservar la intimidad.
- Calzarse los guantes.
- Seleccionar la zona de punción adecuada.

2. Durante el procedimiento

- 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.
- Palpar la zona de punción para descartar las áreas que presenten hematomas, induración o signos de infección.
- Limpiar la piel con algodón embebido en alcohol y dejar secar.
- Introducir la aguja perpendicular a la piel, con un ángulo de 90 ° 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.
- Aspirar suavemente antes de inyectar el fármaco, si se aspira sangre cambiar de plano o desechar la aguja y pinchar en otro punto.
- 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.

- Retirar la aguja evitando desplazamientos laterales y aplicar un ligero masaje para ayudar a la distribución del medicamento si no está contraindicado.
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

3. Después del procedimiento

- Recoger el material utilizado durante el procedimiento.
- Retirarse los guantes.
- Higiene de manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Se recomienda que el paciente permanezca en decúbito, posterior a la administración del medicamento, para observar efectos colaterales inmediatos.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.11

VÍA VAGINAL

a. DEFINICIÓN

Proceso de administrar los agentes farmacológicos en el conducto vaginal con el objetivo de obtener un efecto terapéutico esperado en el paciente.

b. OBJETIVO

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

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tarjeta de tratamiento.
- Medicación prescrita.
- Compresas.
- Antisépticos.
- Toalla.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Lubricante.
- Chata.
- Expediente Clínico.
- Riñonera.
- Bolsa para riñonera.
- Equipo de aseo perineal.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Preparar y trasladar el material al lado del paciente.
- Informar al paciente sobre el objetivo del procedimiento.
- Preservar la intimidad del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Calzarse los guantes.
- Colocar a la paciente en posición de litotomía.
- Realizar higiene de genitales.
- Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.
- 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).
- Retirar la chata y poner una compresa a la paciente.
- Dejar a la paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

3. Después del procedimiento

- Recoger el material utilizado durante el procedimiento.
- Retirarse los guantes.
- Higiene de manos.

- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Si la paciente puede realizar el procedimiento pásele un bañador con jabón agua para el aseo de manos, antes y después de la aplicación del medicamento, si no sabe hacer. Permita que lo haga bajo supervisión este segura de su aprendizaje para su aplicación en domicilio.
- Si la secreción vaginal es sospechosa. Utilizar guantes en ambas manos y tomar las medidas aconsejables de desinfección.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.12 VÍA RECTAL

a. DEFINICIÓN

Proceso de administración de agentes farmacológicos por el orificio anal con fines terapéuticos locales y generales en el organismo.

b. OBJETIVO

- Preparar y administrar la medicación prescrita por el médico tratante al paciente a través de la vía rectal cumpliendo los cinco correctos en la administración de medicamentos.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Tarjetas de tratamiento.
- Medicamento indicado.
- Gasas no estériles.
- Guantes no estériles.
- Lubricante hidrosoluble.
- Jabón neutro.
- Toalla.
- Papel higiénico.
- Historia Clínica.
- Equipo de enema, si se requiere.
- Riñonera.
- Bolsa para riñonera.
- Bandeja de medicación.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos.
- Llevar la bandeja de medicación a la unidad del paciente.
- Comunicar al paciente el objetivo del procedimiento a realizarse y solicitar su colaboración.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Colocar al paciente en posición de Sims, y dejando cubierto con la sábana superior la región anal.
- Calzarse los guantes.
- Examinar el estado de la región anal y realizar la higiene.
- Cambiarse guantes para realizar el tratamiento.

2. Durante el procedimiento

- Extraer el supositorio o cánula del envase y lubricar el extremo.
- Separar las nalgas del paciente con la mano no dominante.
- Con la mano dominante introducir gentilmente el supositorio o cánula (comprimiendo el tubo para expulsar el medicamento) a través del ano, a la vez indicar al paciente que respire lenta y profundamente por la boca y que relaje el esfínter.
- Indicar al paciente que retenga el supositorio o medicación unos 20 minutos.
- Limpiar la zona anal con gasas.
- Colocar al paciente en posición cómoda con fácil acceso al timbre.

- Retirar el material utilizado durante el procedimiento.
- Retirarse los guantes.

3. Después del procedimiento

- Higiene de manos.
- Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

e. PRECAUCIONES

- Los enemas medicamentosos se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- No administrar agentes filmológicos por vía rectal cuando el paciente presente diarrea.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna. Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.11.13 ENEMA EVACUANTE

a. DEFINICIÓN

Es el procedimiento que consiste en la introducción de líquidos en el recto a través de una cánula.

b. OBJETIVO

- Lograr la eliminación de las heces o de flatos del colon.

c. EQUIPOS

- Irrigador
- Sonda rectal
- Vaselina
- Riñonera
- Solución indicada
- Silla
- Sabana
- Solera
- Hule
- Chata
- Papel higiénico

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Lavar las manos según técnica.
- Preparar la solución según indicaciones: agua 900 cc. jabón diluido 100 cc. Los enemas de limpieza conteniendo 100 cc. a 150. cc de solución de agua jabonosa.
- Colocar la sonda con la cánula al extremo distal de la conexión del irrigador y cerrar la llave.
- Colocar la solución dentro del recipiente y luego abrir la llave de la cánula para dejar salir la solución dentro de la chata y cierre la llave.
- Llevar el equipo al lado del paciente.

2. Durante el Procedimiento

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Aislar al paciente con biombo o cerrar la puerta.
- Colocar la cama en posición horizontal. Para facilitar la llegada de líquido al intestino por gravedad.
- doblar la ropa de cama desde la parte superior a la inferior quedando cubierto solo con una sábana. Para brindar comodidad.
- Pedir al paciente que se coloque en posición de sims (lado izquierdo con ambas rodillas flexionadas, la pierna derecha ligeramente más alta que la izquierda) y se acerque al borde de la cama. Anatómicamente el colon descendente se encuentra al lado izquierdo del abdomen, facilitando la entrada del líquido por gravedad.

- Verter una pequeña cantidad de vaselina en una toalla de papel higiénico y lubricar el extremo de la cánula. Para facilitar su introducción en el recto, disminuir el riesgo de irritación de la mucosa.
- Colocar el recipiente con solución a la altura de 60 cm. por encima de la cama para mayor presión y favorecer la salida del líquido.
- Con la mano izquierda y con la ayuda de una gasa o papel higiénico separe el glúteo superior. Para facilitar la visión del orificio rectal.
- Introducir la sonda rectal o cánula con suavidad unos 10 cm. Porque el recto del adulto mide de 17 a 20 cm. De largo.
- Abrir la llave lentamente. Para evitar lesiones de la mucosa a la salida del líquido.
- Si el paciente se queja de malestar detener la salida del líquido de uno a dos minutos. Para evitar molestias en el paciente.
- Continuar irrigando hasta que se haya recibido toda la solución. Para obtener mejores resultados.
- Cerrar la llave de la cánula, y retírela espere diez minutos antes de ir al baño.
- Si no se encuentra en condiciones de ir al baño colocar la chata y elevar la cabecera. Para facilitar la expulsión de las heces.
- Observar las características de las heces.
- Asear al paciente y dejarla cómodo.

3. Después del Procedimiento

- Llevar el equipo, lavar y colocar en su sitio. Para ser utilizado posteriormente.
- Lavar las manos. Para evitar diseminar MO.
- Hacer las anotaciones de enfermería indicando hora tipo de solución, características de las deposiciones, reacciones del paciente. Para ayuda al diagnóstico y a tratamiento del paciente.

e. BIBLIOGRAFÍA

- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN "Dr. Eduardo Caceres Graziani". MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DPTO. ENFERMERIA. 2005. PAG. 25-27.
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic. Perú.



2.12 RECOLECCIÓN TOMA DE MUESTRA PARA EXAMENES



2.12.1 RECOLECCIÓN DE MUESTRA DE HECES

a. DEFINICIÓN

Es la técnica que consiste en obtener una muestra de material fecal para un estudio diagnóstico.

b. OBJETIVO

Obtener una muestra de material fecal para su estudio y diagnóstico.

c. MATERIALES

- Frasco limpio de boca ancha con tapa.
- Espátula de madera.
- Orden de pedido de laboratorio.
- Chata limpia
- Rótulo.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Obtener la orden de laboratorio firmado por el médico. Para identificar al paciente y preparar el material respectivo.
- Rotular el frasco. Para medidas de control.
- Preparar el material y equipo necesario cerca del paciente.
- Realzar la preparación psicológica. Lo desconocido provoca ansiedad.

2. Durante el procedimiento

- Colocar y retirar la chata al paciente. Para facilitar la toma de muestra de heces.
- Llevar la chata al baño y con la espátula tome aproximadamente unos 5 gramos, colocar en el frasco, taparlo y descartar la espátula en la caja de deshechos.



- Enviar la muestra a laboratorio con respectivo orden. La muestra de heces debe ser reciente y evitar errores.

3. Después del procedimiento

- Lavar y desinfectar la chata. Para disminuir la propagación de microorganismos.
- Lavarse las manos. Disminuir el riesgo de contaminación de gérmenes.
- Observar las características de las heces, hacer las anotaciones respectivas en historia del paciente.

e. PRECAUCIONES

- El paciente debe miccionar antes, para que no se mezcle la orina con las heces.
- Tener en cuenta que se toma muestras de heces para examen coproparasitológico (detectar huevos y parásitos) reacción de Thevenon (Observar si hay sangre oculta en heces) e investigación de amebas.
- Registrar la hora en que fue remitida la muestra a laboratorio.

f. BIBLIOGRAFÍA

- CASTILLO, B. (2006). "Manual de Técnicas y Procedimientos de Enfermería". 2da Edic. Managua, Nicaragua.
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic. Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006). Manual de la Enfermería Moderna. Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.12.2 RECOLECCION DE MUESTRA DE ORINA

a. DEFINICIÓN:

Es la técnica que consiste en obtener una muestra de orina para su estudio diagnóstico.

b. OBJETIVO:

Obtener una muestra de orina para cultivo (urocultivo).

c. MATERIALES:

- Una chata o riñonera
- Equipo de higiene perineal
- frasco estéril, sonda vesical (opcional)
- Guantes estériles y limpios.

d. PROCEDIMIENTO:

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos. Para disminuir el riesgo de contaminación.
- Recolectar todo el material. Para ahorrar tiempo y energía.
- Preparación psicológica del paciente. Para obtener su colaboración.
- Preparación física del ambiente. Para dar privacidad al paciente.

2. Durante el procedimiento

- Colocar al paciente en posición ginecológica, colocar la chata, doblar la camisa hasta la altura del pubis. Para facilitar el procedimiento.
- Colocarse los guantes. Para evitar contaminación.
- Realizar higiene perineal según técnica. Para eliminar microorganismos existentes.
- Enrollarla sonda vesical en la mano derecha sin contaminar, lubricarla con agua estéril.
- Separar los labios menores con la mano izquierda y con mano derecha insertar la sonda hasta obtener salida de orina. Para obtener una muestra de orina libre de microorganismos que se encuentran en la zona.
- Se recolecta la muestra directamente de la sonda al frasco estéril de 10 a 15 c.c de orina y se tapa inmediatamente. Para asegurar la correcta recolección de la muestra.
- Se retira la sonda vesical y se invita la paciente a seguir orinando. Para evitar incomodidad.
- Se rotula el frasco y se envía a laboratorio previa orden firmada por el médico. Para evitar errores.

3. Después del procedimiento

- Lavar la chata dejar en su sitio.
- Lavar las manos.
- Realizar anotaciones de enfermería sobre características de la orina. Para realizar una buena evaluación del paciente.
- Rotular el frasco y enviar a laboratorio con la orden firmada por médico. Para evitar errores.



e. PRECAUCIONES:

- Recolectar muestras de orina en las primeras horas de la mañana.
- Rotular el frasco antes o inmediatamente después de obtenida la muestra.
- Se debe utilizar sonda solo cuando se necesita muestra para urocultivo.
- Recolectar la muestra antes de haber iniciado tratamiento con antibióticos.
- Conservar la orina en refrigerador si se demora el transporte a laboratorio.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic.2012 Perú.
- Universidad Virtual Andina San Francisco de Asís. (2006).Manual de la Enfermería Moderna.Vol. II, III. 1era Edic. Perú.



2.13 LIMPIEZA Y DESINFECCION HOSPITALARIA

LIMPIEZA. Es la remoción de todos los materiales extraños (detritus, sangre, proteínas) que se adhieren a los diferentes objetos. Se realiza con agua, detergente y productos enzimáticos. Siempre debe preceder a los procesos de desinfección y esterilización.

DESINFECCIÓN. Es un proceso que elimina los microorganismos patógenos, con la excepción de las endoesporas bacterianas, de los objetos inanimados. Se lleva a cabo con líquidos químicos.

OBJETIVO

- Mantener los ambientes limpios y ordenados.
- Eliminar los agentes patógenos de los ambientes, mediante la desinfección



2.13.1 MANEJO DE SOLUCIONES ANTISEPTICOS

a. DEFINICIÓN

Es el trasvase de una solución de un frasco o recipiente.

b. OBJETIVOS

- Evitar la contaminación de la solución.

c. INDICACIONES

- Para la desinfección de los pacientes quirúrgicos.

d. CONTRAINDICACIONES

- Antes de usar un antiséptico en un paciente, asegurarse que el mismo no sea alérgico, utilizar un antiséptico alternativo.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Antisépticos
- Guantes

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Realizar higiene de manos
- Limpiar el recipiente.
- Destape la botella o recipiente
- Coloque la tapa boca arriba de tal manera que usted vea el interior.

2. Durante el procedimiento

- Vierta una cantidad pequeña en el basurero.
- Proceda a pasarla al otro recipiente o en la riñonera.
- Tape el recipiente.

3. Después del procedimiento

- Si la etiqueta se humedeció proceda a cambiarla.

f. PRECAUCIONES

- No tocar con la solución el cuello exterior del recipiente donde se desea trasvasar.
- Después de abrir un tapón o tapa, se sostiene en la mano, o se coloca en el lado estéril (interno) hacia arriba sobre una superficie limpia, de forma que pueda verse su interior.
- El borde externo de la tapa no estéril, por tal razón se debe tener cuidado con la contaminación de la solución, al manipular la tapa.
- La botella debe sostenerse con la etiqueta en la palma de la mano, para evitar que la solución empape y destiña la etiqueta.
- Verter una pequeña cantidad en la basura, la solución desechada limpia el borde de la botella.

g. BIBLIOGRAFIA

- García García Amparo, Hernández Hernández Verónica. Enfermería de quirófano I. volumen I. Ediciones DAES. España. 2012. Pág. 291– 292.



2.13.2 MANEJO DE SOLUCIONES DETERGENTE ENZIMÁTICO Y DESINFECTANTES

a. DEFINICIÓN

Son las soluciones químicas que destruyen o inactivan microorganismos que pueden causar enfermedades y que se aplican sobre material inerte sin deteriorarlo.

b. OBJETIVOS

- Mantener los ambientes limpios y ordenados.

c. INDICACIONES

- **Artículos críticos:** Son aquellos que acceden a cavidades normalmente estériles del organismo, por lo que deben ser siempre estériles.
- **Artículos semicríticos:** Son aquellos que entran en contacto con piel no intacta o con mucosas. Si la esterilización no es factible deben ser sometidos a desinfección de alto nivel.
- **Artículos no críticos:** Son aquellos que toman contacto con piel intacta, o no toman contacto con el paciente. Estos artículos sólo requieren limpieza y secado y en ocasiones desinfección de bajo nivel.

d. CONTRAINDICACIONES

- Antes de usar un antiséptico en un paciente, asegurarse que el mismo no sea alérgico, utilizar un antiséptico alternativo.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Detergente enzimático
- Desinfectantes
- Guantes

f. PROCEDIMIENTO

1. DETERGENTE ENZIMÁTICO X 4 L GALÓN.

- **Mecanismo de acción.** Utilizados para la eliminación de suciedad que es insoluble en el agua. El principio activo son las sustancias producidas por células vivas llamadas 4 enzimas (proteasas, amilasas, lipasas, carbohidrasas).
- **Uso.** Está indicado en períodos cortos de 1 hasta 15 minutos y son clasificados dependiendo del tipo de biocarga (suciedad) que se quiere afectar.
- **Materiales.**
 1. Mascarilla, lentes, delantal impermeable y guantes
 2. Cepillo y escobillas con cerdas de diferentes tamaños y formas.
 3. Bandejas perforadas o fenestradas.
 4. Recipientes o bandejas de diferentes tamaños.



- **Dilución.** 12cc de detergente enzimático en 4 litros de agua. Luego sumergir

2. AMONIO CUATERNARIO X 4L GALÓN.

- **Mecanismo de acción.** Su acción se debe de las proteínas celulares y a la ruptura de la membrana celular. a la inactivación de enzimas productoras de energía, a la desnaturalización Espectro: Fungicida, bactericida y virucida.

- **Uso.** Es utilizado para la desinfección de superficies no críticas, como pisos, paredes, camillas, colchones, ropa de cama, sillas de ruedas, muebles en general y como las incubadoras, esfingnomanómetros.

- **Materiales**

1. Mascarilla, lentes, delantal impermeable y guantes.
2. Recipientes con pulverizador.
3. Pañitos para la limpieza

- **Preparación.** El producto **NO SE DILUYE**

1. Llenar el desinfectante en el recipiente.
2. Limpiar previamente la zona a desinfectar.
3. Pulverizar en forma de escalera el área a desinfectar.
4. Limpiar con un pañito de limpieza.

3. GLUTARALDEHIDO X 3.785 L GALÓN.

- **Mecanismo de acción.** Su acción es consecuencia de la alquilación de componentes celulares alterando la síntesis proteica de los ácidos ADN Y ARN. Espectro: Es bactericida, fungicida, virucida, micobactericida y esporicida.

- **Uso.** Está indicado para la Desinfección de Alto Nivel (DAN) de endoscopios cuando la esterilización no es posible. También en el uso de materiales semicríticas como son los espéculos, los instrumentos otorrinológicos y odontológicos y las láminas de laringoscopio.

- **Materiales.**

1. Mandil impermeable, mascarilla, lentes protectores y guantes.
2. Escobillas apropiadas y jeringas para la limpieza de los lúmenes y deberá tenerse en cuenta que el material que será sometido a DAN debe estar limpio y seco.
3. Gasas o campos estériles para el secado.

- **Preparación.**

1. Pre lavado adecuado: Detergente enzimático.
2. Sumergir los materiales según el tiempo que indica el fabricante
3. Tapar para evitar exposición laboral.
4. La solución desinfectante será aspirada con una jeringa por todos los canales o lúmenes del artículo.
5. Enjuagar con abundante agua estéril.
6. Secar con gasas o campos estériles.

g. RECOMENDACIONES

- Son sustancias químicas capaces de destruir diferentes gérmenes, solo se aplica en objetos inanimados. Es importante conocer las recomendaciones del fabricante.

h. BIBLIOGRAFIA

- García García Amparo, Hernández Hernández Verónica. Enfermería de quirófano I. volumen I. Ediciones DAES. España. 2012. Pág. 291– 292.



2.13.3 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN CONCURRENTES

a. DEFINICIÓN

Medidas que se toman para la limpieza y desinfección diaria estando el paciente en la unidad.

b. OBJETIVOS

- Evitar la acumulación de los microorganismos y de los residuos de alimentos, partículas de polvo en el mobiliario del paciente
- Proporcionar un ambiente adecuado, agradable del paciente
- Dar seguridad al paciente y hacer que se sienta protegido

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Lavatorio, balde y jarra con agua y solución desinfectante.
- Dos campos limpios, uno para limpiar otro para secar.
- Depósito para desechos.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Realizar higiene de manos según técnica. Porque las manos están contaminadas, el agua y el jabón facilitan el deslizamiento y arrastre de microorganismos de las manos y la espuma de jabón facilita la disolución de las grasas.
- Recolectar el equipo necesario. Porque el trabajo ordenado y bien planeado ahorra tiempo y energía.
- Dirigirse a la unidad del paciente y explicar lo que se va realizar. Para respetar la individualidad del paciente, y todo ser humano tiene miedo a lo desconocido.

2. Durante el procedimiento

- Colocarse los guantes.
- Alejar de la cama del paciente la mesa de noche, retirar todos los objetos de la mesa.
- Colocar un pedazo de periódico en la parte libre de la mesa de noche del paciente y poner el lavatorio. Para proteger el objeto limpio de M.O, evitando el contacto su contacto con otro objeto contaminado
- Lavar primero la mesa de noche, cogiendo uno de los campos limpios y enjabonar, y con ello pasar la superficie de la mesa y los lados, enjuagar y cambiar el agua del lavatorio cuantas veces sea necesario. Con el otro campo limpio secar toda la parte lavada. Porque el agua y el jabón favorecen la eliminación de los M.O y facilitan el arrastre mecánico de la suciedad. Los medios húmedos son propicios para la proliferación de gérmenes.
- Limpiar con el campo húmedo la base de los objetos del paciente para volver a colocar en la superficie de la mesa en forma ordenada. Porque el trapo húmedo absorbe el polvo.
- Sacar todo los objetos del cajón de la mesa de noche, limpiar y depositar sobre la mesa de noche, enjabonar, enjuagar y secar, para luego volver a colocar los objetos retirados en el mismo orden encontrado

- Lavar en igual forma la parte inferior de la mesa de noche, incluyendo el secado de esta
- Luego lavar, secar la mesa comedor del paciente de la misma forma como se hizo con mesa de noche.
- Limpiar con el campo de secar la cabecera de la cama del paciente, si está muy sucia, limpiarla con cepillo, de la misma manera hacerla con la pateadura, limpiar también la parte visible de la cama.

3. Después del procedimiento

- Lavar todo el equipo en el tóxico
- Dejar todo en orden y en su respectivo sitio
- Higiene de manos.

e. BIBLIOGRAFÍA

- García García Amparo, Hernández Hernández Verónica. Enfermería de quirófano I. volumen I. Ediciones DAES. España. 2012. Pág. 291– 292.
- Abilio Rodríguez P. La desinfección-antisepsia y esterilización en la atención primaria de salud.



2.13.4 LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN TERMINAL

a. DEFINICIÓN

Medidas que se toman para la limpieza y desinfección de la unidad del paciente cuando este ha sido dado de alta, fallece o se transfiere, es necesaria para evitar la proliferación de microorganismos y por consiguiente, posibles enfermedades. Ello requiere la movilización de todos los enseres y material para su proceso.

b. OBJETIVOS

- Evitar la diseminación de M.O
- Tener un ambiente adecuado y agradable para recibir a un nuevo paciente.
- Disminuir infecciones Intrahospitalarias.

c. MATERIALES

- Depósito para ropa sucia
- Campo limpio (lo necesario)
- Desinfectante
- Lavatorio
- Jarra con agua
- Balde
- Guantes limpio

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de las manos. Porque las manos están contaminadas con M.O, y el agua y jabón facilita el arrastre y remoción de M.O
- Colocarse guantes.
- Recolectar el material necesario. El trabajo ordenado y sistematizado ahorra tiempo y energía.
- Llevar la bolsa de ropa sucia a la unidad del paciente y preparar el ambiente. Retirar todos los implementos utilizados por el paciente (chata, urinario, portasueros etc.). esta función es del personal técnico de salud.

2. Durante el procedimiento

- Aflojar las cubiertas para quitar la funda de la almohada y descartarla en la bolsa de ropa sucia, luego retirar las cubiertas una, a una, teniendo en cuenta que se envolverá en tal forma que las zonas que estuvieron en contacto con el paciente estén cubiertas por la cara interna. Porque la diseminación de M.O es causa de transmisión de enfermedades.
- Humedecer la escobilla para friccionar enérgicamente la almohada y colchón, dando mayor énfasis a las partes oscuras y terminar recogiendo las partículas de desechos. Porque la humedad facilita la adhesión de partículas de polvo. Y la fricción mecánica facilita la eliminación y arrastre de los M.O.
- Aplicar el desinfectante en la superficie del colchón y almohada. Porque el uso de desinfectante elimina los M.O.



- Doblar el colchón por la mitad hacia la piecera repitiendo el mismo procedimiento de fricción según el paso 2 y 3. Porque la diseminación de M.O es causa de transmisión de enfermedades.
- Lavar el cuadrante superior de la cama con una escobilla húmeda con jabón, enjuagar secar bien y luego cambiar el aguay repetir el procedimiento por la parte distal.
- Mojar el campo de limpieza, echar jabón y limpiar la parte de la cabecera, enjuagar y secar.
- Repetir el procedimiento. El lavado de la mesa de noche se hace con un campo húmedo y jabón, primero la parte superior, luego los lados y finalmente la parte interna. Enjuagar el campo, secar y desinfectar.
- Se lava la mesa de noche, enjabonar, enjuagar secar y desinfectar.
- Llevar el material y dejar en su lugar.

3. Después del procedimiento

- Dejar el desinfectante en su sitio
- Lavar, secar y guardar la bandeja, jarra balde.
- Realizar la Higiene de manos.

e. BIBLIOGRAFÍA:

- García García Amparo, Hernández Hernández Verónica. Enfermería de quirófano I. volumen I. Ediciones DAES. España. 2012. Pág. 291– 292.
- Abilio Rodríguez P. La desinfección-antisepsia y esterilización en la atención primaria de salud.



3. PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

3.1 MANTENIMIENTO DEL CATETER VENOSO CENTRAL (C.V.C)

a. DEFINICION

El catéter venoso central es un tubo largo, delgado y flexible que se inserta en una vena grande, a través de la piel, en el brazo o el pecho a hasta llegar a una vena grande cerca del corazón.

Procedimiento realizado por el médico.

El personal de enfermería realiza los cuidados que se le brinda al paciente que cuenta con la instalación del catéter venoso central para mantener su permanencia sin focos de infección.

b. OBJETIVOS

- Prevenir la contaminación y disminuir la posibilidad del que el paciente sufra una infección por la manipulación inapropiada del catéter venoso central.
- Establecer medidas para el control y la prevención de la bacteriemia relacionada a catéter venoso central.

c. INDICACIONES

- Administración tratamiento a largo plazo, con medicamentos para el dolor las infecciones o el cáncer o para suministrar nutrición
- Administrar medicamentos que afectan el corazón especialmente si se desean obtener una respuesta rápida
- Administrar grandes cantidades de sangre o líquido con rapidez.
- Tomar muestras de sangre con frecuencia sin tener que pinchar.
- Recibir diálisis renal

d. CONTRAINDICACIONES

- Existencia de lesiones cutáneas infecciosas en el sitio de la punción.
- Imposibilidad de poder realizar una técnica estéril (Aún en los casos de emergencia debe seguir los pasos de antisepsia)
- Edematización en la zona de punción
- Dolor durante la percusión de líquidos a través del catéter.
- Aparición de inflamaciones al perfundir líquidos.
- Resistencia o imposibilidad de perfusión.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Equipo de curación
- Guantes estériles.
- Gasas
- Cloruro de sodio
- Clorhexidina 4
- Yodo povidona solución
- Alcohol
- Tegaderm
- Esparadrapos
- Jeringas de 5 o 10 cc
- Riñonera.



f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

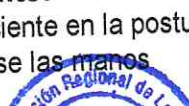
- Lavarse las manos según las normas.
- Colocarse los guantes estériles
- Tener todos los equipos y materiales necesarios.

2. Durante el procedimiento

- Cuidados del punto de inserción y cambio de apósito
- Disponer el material necesario en mesa mayo.
- Poner guantes estériles.
- Retirar los apósitos.
- Cambiar de guantes.
- Limpiar con suero salino empezando en el punto de inserción de catéter en forma circular.
- A continuación, se procede con el antiséptico de la misma manera.
- Observar el punto de punción cada 24 horas.
- Usar apósito estéril de gasa o tegaderm:
- Con apósito estéril se debe realizar la curación
- Cada 48 horas para evaluar el sitio de inserción y comprobar el punto de fijación.
- Con tegader puede ser utilizado hasta 7 días y/o cada vez que sea necesario, SIEMPRE que el sitio de inserción pueda visualizarse para su evaluación.
- Cambiar los apósitos siempre que estén mojados, sucios o despegados.
- Poner la fecha de los cambios en un lugar visible
- Proteger con gasa estéril y fijarlo con esparadrapo.
- No mojar el catéter con agua en el momento que se realiza el baño al paciente.
- Cambio de sets de administración de fluidos y conexiones.
- Aplicar medidas estériles en el manejo de fluidos.
- Se recomienda distribuir las luces:
 - **Luz distal:** Preservar para la Nutrición parenteral.
 - **Luz media:** Fluidos y drogas
 - **Luz proximal:** Medicación intermitente.
- Cambiar los sistemas de suero cada 72 horas salvo que haya sospecha de infección.
- Rotular el sistema con la fecha y la hora en que fue cambiado.
- Cambiar los sistemas de la Nutrición Parenteral cada 24 horas.
- Rotular el sistema con la fecha y la hora en que fue cambiado.
- Lavar la luz del catéter con solución salina cada vez que se administra una medicación o se suspende (siempre que no sea un fármaco vasoactivos).
- Cubrir los lúmenes y llave triple vía con un campo estéril.
- Si se retira alguna droga, se debe extraer con una jeringa el suero de la vía hasta que salga sangre y después lavar con solución salina para impedir que se administra un bolo de dicho fármaco al torrente sanguíneo.

3. Después del procedimiento:

- Recolocarse y acomodar al paciente en la postura más adecuada
- Retirarse los guantes y lavarse las manos



- Retirar todos los equipos y materiales utilizados
- Registra en las notas de enfermería el estado del catéter venoso central

g. PRECAUCIONES

- Comprobar la permeabilidad de los lúmenes del catéter antes de administrar los medicamentos.
- Administrar solución fisiológica antes y después de administrar cada medicamento.

h. BIBLIOGRAFIA

- Cuidados de enfermería el catéter venoso central "Hospital universitaria 12 de octubre" año 2013.
- Protocolo de instalación y manejo de catéter venoso central "Ernesto torres galdames Iquique " 2015
- Cuidados de enfermería para la inserción y mantenimiento de catéter venoso central "Universidad de Jaen facultad de ciencias de la salud" gema soria carrion 2014



3.2 INSTALACION Y MANTENIMIENTO DE SONDAJE NASOGASTRICO (SNG)

a. DEFINICION

Técnica que consiste en introducir una sonda desde uno de los orificios nasales hasta el estómago. El sondaje también puede ser orogástrico, es decir la introducción de la sonda por la boca hasta el estómago.

b. OBJETIVO

- Toma de muestras del contenido gástrico con fines diagnósticos.
- Vaciar el contenido gástrico mediante drenaje o aspiración.
- Lavado gástrico.
- Administración de alimentación enteral.
- Administración de medicamentos.
- Prevención de bronco aspiración en pacientes con disminución de conciencia.
- Diagnóstico de hemorragia digestiva alta.

c. EQUIPO Y MATERIALES

- Sonda nasogástrica calibre 14, 16.
- Lubricante, debe ser hidrosoluble.
- Un par de guantes, que no necesariamente han de ser estériles.
- Esparadrapo, a ser posible hipoalergénico.
- Hilo cero para fijación.
- Un vaso de agua con una cañita.
- Una jeringa de 50 ml
- Estetoscopio.
- Riñonera.
- Campo.
- Un tapón para la sonda
- Una bolsa colectora adaptable a la luz de la sonda elegida.
- Gasas.

d. PROCEDIMIENTOS

1. Antes del Procedimiento

- Preparación del material.
- Preparación psicológica al paciente.
- Lavado de manos.
- Retiro de prótesis.
- Colocar en posición fowler (paciente inconsciente debe ser colocada con la cabeza baja, preferiblemente yaciendo sobre el lado izquierdo).
- Examinar los orificios nasales para comprobar su permeabilidad. Le diremos al paciente que respire alternativamente por cada uno de los orificios mientras bloqueamos el contra lateral. Seleccionar la fosa nasal con mejor flujo de aire.

2. Durante el procedimiento

- Lavado de manos.



- Calzado de guantes.
- Calcular la longitud de la sonda que se necesita para llegar al estómago. Para ello y, ayudándonos de la propia sonda, mediremos la distancia que va desde la punta de la nariz del paciente al lóbulo de la oreja, y de aquí al apéndice xifoides del esternón. Las sondas suelen presentar unas marcas que nos pueden servir de orientación, pero es conveniente que tras realizar la medida hagamos nosotros una señal en el lugar deseado.
- Curvar la sonda envolviendo la punta de la misma y lubricar.
- Pasar la sonda a través de la fosa nasal con la extremidad curvada apuntando hacia abajo y hacia atrás en dirección de la faringe con la cabeza flexionada hacia adelante.
- Avanzar la sonda mientras el paciente deglute (simulando que ingiere un sorbo de agua), hasta llegar al nivel marcado.
- Para comprobar si la sonda esta en estomago auscultar sobre el epigastrio en busca de aire mientras se instila 30 ml de aire.

3. Después el procedimiento

- Fijar la sonda con hilo seda formando un lazo hacia la frente del paciente y pegar con el esparadrapo
- Registrar la fecha de colocación en la historia clínica.
- En caso que el paciente lo requiera dejar a gravedad, conectando a una bolsa colectora.

e. PRECAUCIONES

- No realizar la aspiración nasofaríngea cuando exista sospecha de salida de líquido cefalorraquídeo o trastorno hemorrágico.
- No almacenar las sondas utilizadas en los recipientes con la solución antiséptica.
- La sonda debe estar tapada
- La sonda que está en drenaje debe de estar colocada hacia abajo.
- No dejar que la sonda se obstruya, irrigándola cada vez que sea necesario con solución estéril o solución fisiológica.

f. BIBLIOGRAFÍA

- Proehl Jean. Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. 3era Edición. Editorial Elsevier S.A. España. 2005. Pp. 332-333.
- Perri A. y otros. Guía clínica de Enfermería. Técnicas y Procedimientos Básicos. 4ta edición. Editorial Haourcort Brace. Madrid. Pp. 283-303.
- <http://www.tubotica.net>
- <http://www.opolanco.es/apap/boletin12/sondas.html>
- <http://www.zambon.es/áreas terapéuticas/02>.
- <http://www.fisterra.com>.

3.3 INSTALACION Y MANTENIMIENTO DEL CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

a. DEFINICIÓN

Es la inserción de un catéter venoso periférico, en una vena basilica, cefálica, dorso de la mano, etc.

b. OBJETIVO

Administrar soluciones de hidratación, medicamentos, sangre y sus derivados.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Catéter para punción N° indicado
- Llave de triple vía
- Antiséptico: alcohol, povidona 2%
- Ligadura
- Gasa estéril
- Tela adhesiva
- Receptáculo para desechos
- Solución intravenosa a administrar con equipo de venoclisis
- Guantes
- Torundas de algodón
- Férulas opcionales
- Porta sueros
- Jeringas

d. PROCEDIMIENTOS

1. Antes del Procedimiento

- Explicarle al paciente el procedimiento a fin de obtener su colaboración
- Preparar material y equipo informar al paciente del procedimiento si las condiciones de éste lo permiten
- Lavado de manos según normas
- Calzado de guantes
- Permeabilizar el equipo de venoclisis y la conexión del catéter, llave de doble vía o triple vía o extensión DIS

2. Durante el Procedimiento

- Elegir sitio de punción
- Preparar sitio de punción con alcohol o yodo povidona al 2% (aplicar solución antiséptica con movimiento circular hacia fuera)
- Colocar ligadura por sobre sitio de punción
- Puncionar con catéter en ángulo de 15 a 30 grados con bisel hacia arriba
- Cuando el flujo sanguíneo sea evidente en la cabeza del trocar, introduzca lentamente el teflón a la vez que va retirando el trocar
- Soltar la ligadura
- Presionar la piel sobre la zona en donde quedó la punta del catéter, para evitar reflujo de sangre hacia fuera.
- Conectar la llave de tres vías a la solución indicada
- Fijar el catéter cubriendo el sitio de punción con gasa estéril y luego fijar con tela adhesiva



- Si fuera necesario colocar férula para limitar el movimiento en el lugar de punción.

3. Después del Procedimiento

- Eliminar el material punzante y jeringas según normas de precaución estándar
- Sacarse los guantes
- Registrar:
 - Fecha de instalación en sitio de punción
 - Fecha de instalación del equipo de venoclisis y extensión DIS
 - En la hoja de Enfermería: fecha, hora, nombre del operador vena punccionada y calibre del catéter utilizado.

e. PRECAUCIONES

- Será realizado solo por personal profesional de Enfermería
- Este procedimiento debe realizarse con guantes
- El catéter permite solo una punción
- El material utilizado: llave de tres vías, alargadores venosos, tapones endovenosos, bránulas, equipo de venoclisis, debe cambiarse cada 72 horas y cuando se requiere en pacientes pediátricos
- De preferencia se debe utilizar venas de las extremidades superiores
- El sitio de punción se debe cubrir con gasa estéril
- No se debe permitir que el material no estéril quede en contacto directo con el sitio de punción
- Los pacientes deben ser evaluados diariamente en busca de reacciones inflamatorias en el sitio de punción
- No se debe curar el sitio de punción, salvo en caso que se humedezca la gasa y debe cambiarse por otro estéril.
- El catéter debe quedar lo más fijo posible para evitar entradas y salidas través del punto de inserción.
- Intentaremos que el esparadrapo no caiga sobre el punto de inserción, ya que favorece la fijación de gérmenes y la humedad.
- Toda manipulación del punto de inserción, se hará previo lavado de manos y con guantes.
- Toda manipulación del equipo de infusión se hará previo lavado de manos y con guantes
- Las llaves de tres pasos deben ser manipulados previo lavado de manos y con guantes estériles y deben permanecer tapados.
- Todos los sistemas que estén conectados se cambiarán al tiempo, no poniendo en contacto nunca un sistema nuevo con un utilizado.
- Se anotarán en todos los frascos de sueros la hora de comienzo y la medicación que contiene.
- Retiremos un catéter en cuanto deje de ser necesario.

f. BIBLIOGRAFÍA

- GARITANO B. BARBERENA C. ALONSO V. et al. (2002). Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. Enfermería Clínica. Pp.164-172.
- CARBALLO ALVARAZ M. (2005). Catéter de acceso venoso periférico. Pp.19-22 <http://www.fepafem.org/ve/guiaurgencias.php>

- PARSA, MH. SHOEMAKER WC. (2002). Acceso intravascular y Mantenimiento prolongado de Catéteres. En: Tratado de Medicina Crítica y Terapia Intensiva, 5ta. Edición. Editorial Médica Panamericana. Bogotá. Pp. 239 – 241.

3.4 INSTALACION Y MANEJO DE CATETER URINARIO PERMANENTE

a. DEFINICION

Es el procedimiento por el cual, se introduce una sonda urinaria de calibre adecuado por la uretra hasta la vejiga del paciente.

b. OBJETIVOS

- Extraer orina estéril, para muestra de examen de laboratorio.
- Vaciar la vejiga en caso de globo vesical.
- Control de diuresis horaria.
- Para control de la micción en pacientes con problema de incontinencia.
- Realizar irrigación vesical (si corresponde)
- Prevenir complicaciones vesicales en intervenciones pélvicas.

c. INDICACIONES

- Para la descompresión de la vejiga durante ciertos procedimientos quirúrgicos.

d. CONTRAINDICACIONES

- Alergia a los látex.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Equipo para higiene perineal
- Sonda Foley calibre adecuado (14, 16, 18) según indicación.
- Bolsa recolectora de orina (estéril).
- Jeringa de 10ml.
- Riñonera.
- Guantes estériles.
- Agua destilada estéril (ampolla de 10ml)
- Solución antiséptico (yodo povidona 7.5%)
- Gasa estéril
- Campo pequeño (estéril)
- Solera
- Depósito para corto punzante

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Lavarse las manos. Para no adicionar gérmenes.
- Reúna el equipo, cuidando que esté completo y estéril.
- Preparación psicológica del paciente. Para lograr su colaboración durante el proceso.
- Llevar todo el equipo a la unidad del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Preservar la intimidad del paciente



EN LA MUJERES:

- Coloque al paciente en posición ginecológica. Realizar la higiene perineal de acuerdo a la técnica. Porque la entrada de gérmenes a la mucosa provoca infección local o general.
- Colocar los guantes esteril.
- Prepare los materiales necesarios sobre un campo estéril y una superficie estable para evitar accidentes.
- Coloque el paño perforado estéril sobre el área genital, a continuación de este disponga el paño clínico para formar un campo estéril y sobre este, coloque el riñón estéril.
- Prepare el material en el campo estéril; sonda Foley, jeringa cargada con agua destilada o agua estéril. Mantener rigurosa técnica de aséptica.
- Pruebe con aire, el balón de la sonda Foley. Asegura el buen estado del balón y la posterior fijación de la sonda.
- Pida que le impregnen varias gasas con povidona yodada
- Tome la sonda y lubrique con un antiséptico estéril (vaselina o Furacin). Para no lesionar la mucosa uretral y facilitar el paso de la sonda por la uretra, la lubricación se realiza con todas las reglas de asepsia.
- Estimular la relajación del paciente induciéndolo a respirar profundamente durante la introducción de la sonda.
- Para introducir la sonda separe los labios mayores y menores con la mano no dominante hasta visualizar el meato urinario y con la mano derecha coger la sonda a unos 10 cm de la punta e introduzca suavemente 5 a 7 cm. hasta que fluya orina. Porque es la distancia necesaria para llegar desde la uretra a la vejiga en la mujer.
- Si se necesita sonda permanente se inyecta 5 a 10ml de agua destilada o agua estéril por la segunda vía. Para formar el globo y que no escape la sonda fuera de la vejiga.
- Conectar la bolsa de recepción con la debida precaución. Para que drene y recolecte permanentemente la orina.

3. Después del procedimiento

- Dejar cómodo al paciente.
- Retirar el equipo utilizado dejarlo limpio en su lugar. Para su nuevo uso.

g. PREUCACIONES

- Realizar una buena técnica de asepsia para no producir infección.
- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.
- Mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Si se introduce erróneamente la sonda en vagina, debe desecharse, desinfectar de nuevo la zona y usar una sonda nueva, repitiendo el procedimiento.
- Evitar que la bolsa este apoyada en el suelo o en otros objetos.
- No descubrir demasiado al paciente, para no afectar su pudor.
- Realizar una buena técnica de asepsia para no producir infección.

- La instalación y mantención de catéteres debe ser realizada por personal capacitado.
- Uso de cateterización sólo si es necesario y por el mínimo tiempo posible.
- Fijación apropiada del catéter para evitar su desplazamiento.
- Uso y mantención del circuito cerrado del sistema de drenaje urinario.
- Mantención permanente del flujo urinario sin obstrucciones.
- Observar periódicamente la permeabilidad de la sonda.
- Fijar el tubo de drenaje a la pierna del paciente calculando la movilidad de la misma para evitar tirones.
- Mantenga la bolsa del drenaje por debajo del nivel de la vejiga, para prevenir infecciones por reflujo.
- Evitar desconexiones de la sonda innecesarias siempre que se puedan utilizar sistemas cerrados de drenaje.
- Limpieza de la zona perineal exhaustivamente cada 12 horas.

h. BIBLIOGRAFIA

- Perry A, Potter P. Guía clínica de enfermería. Técnicas y procedimientos ed. Eliminación. Sondaje vesical femenino: permanencia e intermitente. Sondaje vesical masculino: a permanencia e intermitente. Madrid. Harcourt Brace. Pág. 283-303.
- Martin JC. Cuidados al paciente con Sonda Foley. Barcelona. 2008. Pp. 135-140.
- Proehl Jean. Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. 3era Edición. Editorial Elsevier S.A. España. 2005. Pp. 332-333.



3.5 PREPARACIÓN DEL COCHE DE PARO

a. DEFINICIÓN

Se debe mantener el carro con la medicación y el material adecuado para proporcionar actuación rápida y segura.

b. OBJETIVO

Equipo de salud debe proporcionar una atención inmediata y oportuna ante cualquier emergencia dentro del servicio.

c. MATERIALES

1. Para apertura de vía aérea y ventilación

- Laringoscopio con juego de palas curvas y rectas.
- Tubos orofaríngeos N° 1,2,3,4 y 5 para adultos.
- Ventilador manual provisto de entrada de oxígeno.
- Juego de tres mascarillas transparentes para la ventilación artificial, provistas de borde almohadillado para facilitar el sello hermético.
- Tubos endotraqueales con balón de baja presión N° 6 – 6.5 – 7 – 7.5 – 8 – 8.5 y 9 guía.
- Tubos en T para tubos endotraqueales.
- Jeringas descartables de 10cc, 20cc.
- Pilas de recambio para laringoscopio (mínimo 2).
- Cinta o venda de gasa para fijación del tubo endotraqueal.
- Sonda de aspiración N° 12 – 14.
- Mascarilla con bolsa de reservorio.
- Máscara de vénturi con dispositivos de Fio 2 en diferentes concentraciones.
- Conexiones para sondas de aspiración.
- Corrugados de 20cm.
- Esparadrapo.

2. Material para soporte circulatorio y complementario

- Tabla para RCP
- Tensiómetro y estetoscopio
- Cánulas intravenosas
- Agujas hipodérmicas
- Jeringas
- Catéteres para vía central
- Equipo de venoclisis
- Equipo microgotero
- Llaves de tres pasos
- Guantes estériles
- Seda con aguja
- Linterna
- Pilas para linterna
- Medicación
- Adrenalina ampollas de 1mg/ml
- Amiodarona ampollas de 150mg
- Anestésico local lidocaína 2%
- Atropina ampollas de 1mg/ml
- Bicarbonato ampollas de 20 ml

- Gluconato de calcio ampolla de 10ml
- Diazepán ampolla de 10mg
- Dopamina ampollas 200mg
- Dobutamina ampolla de 250mg.
- Dextrosa al 33% ampolla de 20 ml
- Nitroglicerina fco.
- Sulfato de magnesio ampolla de 10ml.
- Solución salina 9% 1 lt.
- Glucosa al 5% 1lt.
- Haemacel 500ml
- Petidina ampolla 100mg/1ml
- Tramadol ampolla 100mg /2ml
- Hidrocortisona frasco ampolla de 250mg.
- Midazolán ampolla de 5mg

d. PROCEDIMIENTO

- El coche de paro debe estar implementado con todo el material de urgencia necesario (material para apertura de vía aérea y ventilación, material para soporte circulatorio y complementario) para atender a los pacientes.
- La distribución del material en el coche de paro se hará de forma que todo esté visible o bien etiquetado para un uso rápido de todos sus componentes.
- El coche de paro se ubicará en un lugar visible y de fácil acceso por parte del personal de la unidad.
- Se revisará periódicamente el buen estado y funcionamiento de los componentes del carro y se debe establecer turnos de revisión en la unidad.
- Reponer toda la medicación y material fungible utilizado tras cada uso, a ser posible en el mismo turno de trabajo en que se utilizó.
- Comunicar a la jefa del servicio la existencia de deterioro o carencia de material, cuando se produzca alguna de estas situaciones.

e. BIBLIOGRAFÍA

- BUCHDA, V.; TRYNISZEWSKI, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 3aEd. Editorial Interamericana. México D.F. 2002 Pp. 277
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic. Perú.



3.6 REANIMACION CARDIOPULMONAR

a. DEFINICION

Es un conjunto de maniobras necesarias estandarizadas de aplicación secuencial encaminadas a revertir un paro cardiorrespiratorio, optimizando la sustitución de las funciones respiratorias y circulatorias hasta el momento en que estas se recuperen.

b. OBJETIVOS

- Tratamiento definitivo de la PCR
- Sustituir, restaurar la circulación y la respiración garantizando una oxigenación tisular suficiente, evitando lesión en el sistema nervioso central.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Carro de paro
- Carro de enfermería
- Aspirador
- Tabla rígida
- Oxígeno Y/O materiales
- Desfibrilador.
- Medicamentos específicos: sueros, epinefrina, bicarbonato, amiodarona, inotrópicos, vocativos, etc.
- Equipos necesarios para la medicación: jeringas, volutroles, etc.
- Guantes, mascarillas
- Monitor de EKG
- Bombas de infusión
- Equipo humano. Que deberá estar conformado por:
 - Un médico y el jefe de guardia
 - Dos profesionales en enfermería
 - Uno o dos técnicos en enfermería.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Mantener el área ordenada y operativa
- El personal debe saber lo que tiene y la ubicación.
- Revisar , chequear y registrar medicamentos y/o insumos del coche paro(anticipadamente)
- Mantener equipo biomédico operativo.
- Reconocer la PCR inmediatamente. Demos reconocer el nivel de consciencia. Comprobar la respuesta del paciente, ausencia de respiración o respiración ineficaz
- Activar el sistema de alerta hospitalario

2. Durante el procedimiento

- Colocar al paciente en posición de cubito supino sobre la tabla de parada.
- El personal técnico verifica el llamado al equipo. Trae el carro de paro, en caso de que no haya llegado.
- Colabora con la preparación de drogas y mezclas. Coordinación con el profesional en enfermería.
- Enfermera 1 se encargada del monitor y manejo del desfibrilador.

- Ubica los electrodos para monitorizar al paciente,
- analiza el trazado electrocardiográfico
- Prepara el desfibrilador y desfíbrala
- Manejo de vía aérea
- Valora la respuesta del paciente a las intervenciones
- Interpreta los ritmos en el monitor para que sean registrados en la hoja de monitoreo.
- Los profesionales de enfermería se distribuyen en forma espacial alrededor del paciente (lado derecho o izquierdo, por sobre la cabeza o cuerpo), dando la prioridad la enfermera 1, al manejo de la vía aérea y la 2 a la instalación o permeabilización de una vía venosa periférica
- Evalúa y solicita información del paciente y designa funciones específicas de enfermería al personal técnico
- Asiste en la vía aérea (alineación, permeabilización de la vía aérea y apoya en ventilación asistida con resucitador manual) •
- Ejecuta o supervisa el control y registro de signos vitales
- Prepara o Supervisa la administra drogas y/o fluido
- Toma muestras para exámenes
- Releva en el masaje cardíaco externo y/o ventilación con Ambú
- Evalúa estado de conciencia
- Traslada paciente si corresponde
- Apoya en el masaje cardiaco externo
- Colocar al paciente palas de desfibrilador, evaluar tipo de parada, fibrilación ventricular, taquicardia ventricular sin pulso, disociación electromecánica o actividad eléctrica sin pulso.
- Realización de maniobra frente-mentón.
- Introducción de una cánula de Guedel (tubo de Mayo).
- Aspiración de las secreciones
- Colocación de mascarilla y ambú.
- Conectar el Ambú al flujo de oxígeno
- La frecuencia de ventilación será de 8 A 10 insuflaciones por minuto, con una relación inspiración/expiración de 1:2.
- Con estas maniobras empezamos a ventilar al paciente en espera de la intubación orotraqueal.
- Proceder a la intubación orotraqueal, el tiempo máximo para realizar a IOT será de 30 segundos. Debe llevarse a cabo con la mínima interrupción de las compresiones torácicas.
- Cambiar a quien realice las compresiones cada 2 min.
- La relación Masaje/ventilación
- Paciente no intubado: 30/2
- Paciente intubado: Compresiones torácicas continuas a una frecuencia de 100 x min., Ventilaciones a una frecuencia de 8 a 10 x minuto (cada 6-8 seg)
- La DF precoz y la RCP básica son las intervenciones que mejoran la supervivencia tras la PC. Será inmediata en caso de PC presenciada y tras RCP.
- La energía recomendada para desfibriladores bifásicos es 150 a 200J, para desfibriladores monofásicos 300J seguida de inmediata RCP(30 Compresiones 2 ventilaciones)



- Para un desfibrilador monofásico la energía será de 360J, tanto para la descarga inicial como para las siguientes. La comprobación del ritmo se hará cada 5 ciclos de RCPo 2 minutos.
- Adm. Medicamentos: adrenalina 1mg/ 3-5m. no hay dosis tope.
- Amiodarona elección en FV, TV monofarmica dosis de 300mg EV bolo inicial y una segunda y única dosis de 150mgIV infusión. Posterior de 1mg/min./18horas., contraindicado en TV polimórfica.
- La atropina según las actuales guías no se ha logrado demostrar que mejore la sobrevida del paciente con AESP y FC menor de 60 latidos por minuto, queda únicamente para el algoritmo de bradicardia sintomática
- Comprobar la efectividad del masaje con palpación del pulso cada d2 a 3 min.
- Realizar gasometría arterial si el medico lo indica.
- Interrumpir la RCP cuando el medico lo decida.

3. Después del procedimiento

- Documentar en historia clínica: procedimiento, medicación utilizada y/o respuesta, tiempo de inicio y duración.
- Recoger el material utilizado, proceder a su limpieza y/o reponer los medicamentos e insumos utilizados del coche paro.
- Dejar el área limpio y ordenado

e. PRECAUCIONES

- **Las maniobras de RCP pueden causar lesiones:** Estas incluyen la fractura de costillas. Para prevenirlo, colocar las manos en la posición correcta sobre el tórax de la víctima, no demasiado bajo, presionando hacia abajo y no hacia un lado; Asegurándose que la compresión es pareja.
- **Asegurarse de que no exista prótesis y restos alimenticios en la vía aérea superior.**

f. BIBLIOGRAFIA

- www.fdm.org.pe/documentos/V_Capac_Enferm_ROL_ENFERM_RCP_Junio2015.pdf
- https://ocw.unican.es/pluginfile.php/735/course/.../2-RCP_Basica_y_avanzada.pdf
- www.codem.es/Adjuntos/.../c48a5409-8b9c-45f5-8a46-1f271e020e4a.pdf
- American Heart Association Guías de la AHA 2010 para RCP. USA 2010



3.7 BALANCE HÍDRICO

a. DEFINICIÓN

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

b. OBJETIVO

Valorar los ingresos y egresos de los pacientes hospitalizados.

c. MATERIALES Y EQUIPO

- Registros de Enfermería
- Balanza.
- Formato de balance hídrico.

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- De acuerdo a la evaluación clínica y condición del paciente, el médico indica realizar el balance hídrico.
- Recibe, verifica las indicaciones y decide realizar el balance hídrico.
- Informar al paciente sobre el procedimiento.
- Indica y coordina con el técnico el control y registro de egresos.

2. Durante el procedimiento

- Lavado de manos.
- Calzado de guantes por cada control realizar.
- Realiza la medición de egresos del paciente e informa a la enfermera.
- Medir todos los egresos: orina, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc., (excepto drenajes de hemosuc, Blake, etc.)
- Controlar y registrar todas las ingresos de líquidos: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, I. V., hemoderivados, NE, NPP, NPT...
- Controlar y registrar todas las salidas, orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc.,...
- Pesar al paciente para valorar pérdidas insensibles, cada 24 horas. Añadir en el egreso las pérdidas insensibles. Estas se calcularán según la fórmula siguiente: $P. I. = \text{Peso} \times n^{\circ} \text{ de horas}$.
- Restar los ingresos y egresos. Registrar en la hoja gráfica. Al cerrar balance, contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.
- Si el resultado obtenido no guarda relación con el estado del paciente, ni el ingreso con el egreso, se rechazan los resultados y vuelve al paso "4".
- Comunicar al médico cualquier alteración/cambio en el procedimiento.

3. Después del procedimiento

- Registrar en las anotaciones de enfermería y otros registros de la historia clínica.



e. PRECAUCIONES

- Valorar el estado de piel y mucosas, color de la orina y valorar la aparición de edemas.
- Realizar el balance cada 24 horas (considerar fecha y hora de inicio).

f. BIBLIOGRAFIA

- https://www.ecured.cu/Balance_h%C3%ADrico
- <https://es.slideshare.net/guestc07ad2/balance-hidrico-3309457>



3.8 BOMBA DE INFUSIÓN

a. DEFINICIÓN

Procedimiento por medio del cual se instala una bomba de infusión (dispositivos electro médico que facilitan la administración parenteral de drogas y soluciones, y son usados donde es esencial la precisión y un aporte constante).

b. OBJETIVOS

- Facilitar la administración de soluciones y drogas parenterales en una cantidad precisa y constante.

c. EQUIPOS Y MATERIALES

- Bomba de infusión.
- Manual de instrucciones.
- Soluciones a instalar.

d. PROCEDIMIENTO:

1. Antes del procedimiento

- Revisar órdenes médicas.
- Lavarse las manos.
- Trasladar el equipo a la unidad del paciente
- Informar al paciente del procedimiento.
- Antes de preparar el equipo, familiarícese con sus componentes: el equipo cuenta con un cassette que es el que divide en dos partes, del lado superior es una línea corta que se llama primaria y es la que se conecta a la solución, la que continua para abajo es más larga y es la que va conectada a la venopunción; el cassette tiene un botón llamado regulador de flujo que se oprime y se saca y tiene la misma función que la llave reguladora de los equipos convencionales, una cámara de bombeo, puerta de equipos convencionales.
- Prepare el equipo de administración para el purgado.
- Utilizando una técnica aséptica y luego proceda como se indica a continuación

2. Durante el procedimiento

- Cierre la pinza superior del equipo de administración.
- Presione el regulador de flujo para cerrarlo.
- Deje al descubierto la toma de caucho de la solución intravenosa, luego inserte el perforador con un movimiento de torsión.
- Llene la cámara de goteo hasta la mitad o hasta la marce de graduación.
- Abra la pinza superior.
- Para purgar el equipo de administración: invierta el casset de manera que el puerto de entrada secundario quede boca abajo.
- Haga girar el regulador de flujo hasta que caiga una gota de líquido en la cámara de bombeo.
- Coloque el cassette boca arriba, luego purgue el resto del equipo de administración.
- Presione el regulador de flujo para cerrarlo.
- Certifique que no fluya ningún líquido.

- Abra la puerta de la bomba tirando de la manija hacia arriba.
- Sostenga el cassette purgado por el asidero y deslícelo por las guías de la puerta del cassette hasta que quede firmemente asentado en la puerta; cierre la puerta.
- En caso de requerir solución secundaria y dependiendo del modelo de la bomba, prepare la línea secundaria: Existen dos modelos de bombas, una en la que se pueden programar las dos líneas y estar pasando simultáneamente y otra donde se programa la primaria y cuando se requiere pasar un medicamento en bolo o en un lapso corto y una vez terminado este automáticamente continua la línea primaria programada.
- Retire la tapa del puerto de entrada secundaria.
- Seleccione el equipo a utilizar.
- Purgue el equipo.
- Conecte el medicamento o solución a pasar, enlazando la entrada del equipo en el puerto de entrada secundaria.
- Programe la bomba.
- Consulte el manual de la bomba de infusión para cualquier duda que pueda presentar el equipo y que debe encontrarse en la unidad.

3. Después del procedimiento

- Lavado de manos.
- Permanencia constante en la unidad del paciente para verificación del tratamiento.

e. PRECAUCIONES

- Las bombas de infusión son un dispositivo efectivo para la administración de soluciones y medicamentos en cantidad y tiempo preciso y en el paciente crítico es de vital importancia para su estabilización y posibles cambios en su tratamiento.
- Los equipos utilizados para el funcionamiento de la bomba de infusión deberán ser los que el distribuidor indique.
- Siempre que se tenga una duda sobre el funcionamiento de la bomba, consultar el manual por lo que deberá permanecer en el servicio.

f. BIBLIOGRAFIA

- http://www.pisa.com.mx/publicidad/portal/enfermeria/manual/4_1_4.htm
- Santos Ramos, B.; Guerrero Aznar, M.D. (2004). «13. Bombas de infusión». *Administración de medicamentos: teoría y práctica*. Ediciones Díaz de Santos



3.9 ELECTROCARDIOGRAMA (EKG)

a. DEFINICIÓN

El electrocardiograma (ECG) es el registro gráfico de la actividad eléctrica del corazón, este registro se realiza a través de electrodos, que se colocan en la superficie corporal y se conectan a una máquina llamada electrocardiógrafo. Mediante esta prueba obtendremos 12 derivaciones, seis frontales y seis precordiales, que nos darán información de distintos puntos del corazón.

b. OBJETIVOS

- Determinar enfermedades cardiovasculares
- Identificar alteraciones metabólicas
- Predisposición a una muerte súbita cardíaca

c. INDICACIONES

- En pacientes pre-quirúrgicos
- Pacientes con alguna patología cardiológica
- En crisis ansiosa

d. CONTRAINDICACIONES

- Es una prueba no invasiva y prácticamente inocua por lo que no tiene contraindicaciones.

e. EQUIPO Y MATERIALES

- Electrocardiógrafo
- Electrodos.
- Material conductor: alcohol/agua jabonosa/pasta conductora
- Papel milimetrado.
- Gasas o pañuelos de papel.
- Sábana o toalla.
- Bolígrafo.
- Camilla.
- Maquinilla de rasurar desechable.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

- Informe al paciente del procedimiento y que la temperatura de la habitación sea agradable.
- Dígame al paciente que se desprenda de todos los objetos metálicos que lleve encima (reloj, pulseras, anillos, pendientes, monedas, cinturones, etc.).
- A continuación, pídale que se descubra el tórax, que se acueste en la camilla en decúbito supino. Si no tolera esta posición, eleve el cabezal de la camilla.
- Exponga las muñecas y los tobillos del paciente. Cúbrale el tórax con una sábana o una toalla.



2. Durante el Procedimiento

- Limpie con una gasa impregnada en alcohol la zona interior de las muñecas y de los tobillos del paciente (con ello se disminuye la grasa de la piel y se facilita la conducción eléctrica).
- Aplique la pasta conductora en la superficie del electrodo que entrará en contacto con la piel del paciente (si no dispone de pasta, se puede emplear alcohol o suero fisiológico).
- Coloque los cuatro electrodos periféricos en las muñecas y los tobillos del paciente.
- Si el paciente tiene una extremidad amputada, sitúe el electrodo correspondiente a esa extremidad en el muñón. Si no hay muñón, coloque el electrodo en el tronco, lo más próximo posible a la extremidad amputada.
- Si el paciente tiene una extremidad escayolada coloque el electrodo sobre la zona de la piel más proximal al yeso.
- Conecte cada uno de los cables a su electrodo periférico correspondiente (el extremo de cada cable está rotulado con las siglas y el código de color de identificación):
 - Conecte el cable RA (right arm o brazo derecho) o rojo al electrodo de la muñeca derecha.
 - Conecte el cable LA (left arm o brazo izquierdo) o amarillo al electrodo de la muñeca izquierda.
 - Conecte el cable LL (left leg o pierna izquierda) o verde al electrodo del tobillo izquierdo.
 - Conecte el cable RL (right leg o pierna derecha) o negro al electrodo del tobillo derecho.
- Descubra el tórax del paciente hasta aproximadamente el séptimo espacio intercostal.
- Limpie con una gasa impregnada en alcohol las zonas donde va a colocar los electrodos torácicos. Si fuera necesario, rasure previamente la piel.
- Identifique y ordene cada uno de los cables de las derivaciones precordiales.
- Asegúrese de que cada cable está conectado a un electrodo precordial.
- Aplique la pasta conductora en el electrodo (gel, alcohol o agua) y coloque cada uno de ellos en el área torácica correspondiente:
 - V1. Cuarto espacio intercostal derecho, junto al esternón.
 - V2. Cuarto espacio intercostal izquierdo, junto al esternón.
 - V3. En un lugar entre V2 y V4 (a mitad del camino de la línea que une ambas derivaciones).
 - V4. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea medio claviclar.
 - V5. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar anterior.
 - V6. Quinto espacio intercostal izquierdo, en la línea axilar media.
- Dígame al paciente que vamos a realizar el registro y que es conveniente que se esté quieto y que no hable, para no interferir en el trazado.
- Seleccione la velocidad estándar (25 mm/segundo).
- Calibre o pulse el botón "auto", según el modelo del aparato.
- Seleccione y registre las derivaciones durante al menos 6 segundos cada una de ellas (Los 6 segundos proporcionan un tiempo óptimo para detectar posibles alteraciones del ritmo y de la conducción).
- Observe la calidad del trazado. Si la calidad no es adecuada, repita el trazado correspondiente.

3. Después el Procedimiento

- Al finalizar el registro apague el aparato y retire los electrodos.
- Limpie la piel del paciente e indíquele que ya puede vestirse.
- Recoja y limpie el material.
- Desconecte las clavijas y limpie cada electrodo con una gasa empapada en alcohol.
- Deje los cables de los electrodos recogidos y desenredados.
- Identifique el trazado obtenido con el nombre del paciente, la fecha y la hora en que se obtuvo el registro.

g. PRECAUCIONES

- Asegurarse del buen funcionamiento del electrocardiógrafo y de que se dispone de todo el material necesario.
- En pacientes amputados o con vendajes, colocar abrazaderas en la zona más distal del miembro afectado.
- En pacientes con monitorización continua, parar el monitor durante la realización del E.C.G. para evitar interferencias.
- Evitar el contacto del paciente con objetos metálicos.
- Si el electrocardiógrafo es monocanal, el registro de precordiales se realizará variando la posición de la pera ó electrodo según los puntos antes mencionados.
- Desconectar teléfonos móviles si los hubiera.
- El uso de exceso de gel en los sistemas de electrodos pueden conducir a error.
- No mantener las ventosas (Chupón) mucho tiempo (Equimosis).
- Comprobar que la goma de sujeción de los electrodos no está demasiado apretada. Si la presencia de vello impide la obtención de un registro adecuado, rasurar en pequeños círculos donde se va a aplicar la ventosa.

h. BIBLIOGRAFÍA

- Bayes A. Electrocardiografía clínica. Editorial Elsevier. Madrid. 1996.
- Botella M. y otros. Realización de un ECG. Cuidados auxiliares de enfermería. Cuadernillo de técnicas básicas de enfermería. Santa Cruz de Tenerife. 2002. Pp. 43.
- Salcedo J.C. Aplicaciones prácticas del ECG (conducción y ritmo). Guía de Actuación en Atención Primaria. 2da edición. Barcelona. 2002. Pp. 1637-1650.
- Proehl Jean. Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. 3era Edición. Editorial Elsevier S.A. España. 2005. Pp. 332-333.

3.10 OXIGENOTERAPIA

a. DEFINICION

Medida terapéutica que trata administración de oxígeno a concentraciones mayores que las del aire ambiental y el control de su eficacia, con intención de tratar prevenir los síntomas y las manifestaciones de la hipoxia (asfixia).- por tanto, con la oxigenoterapia aumentamos la concentración de oxígeno que siempre será mayor del 21 %.

b. OBJETIVOS

- Mejorar el aporte de oxígeno necesario y prescrito para mejorar su estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio.
- Disminuir el esfuerzo respiratorio.
- Disminuir la sobrecarga cardiaca.

c. EQUIPO

- Gasas pequeñas.
- Mascarilla de no respiración
- Guantes no estériles.
- Fuente de oxígeno portátil o empotrado.
- Medidor de Flujo (fluxómetro).
- Solución de irrigación.
- Humidificador con agua estéril.
- Tubo de oxígeno.
- Cánula binasal
- Mascarilla de oxígeno de alta concentración
- Oxímetro de pulso.
- Registro de Enfermería

d. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Verificar la prescripción médica e identificación del paciente.
- Reunir el equipo.
- Lavarse las manos.
- Colocar solución para irrigación en el humidificador para oxígeno al nivel donde marca el frasco. Conectar la tapa del humidificador al fluxómetro de oxígeno, y a su vez conectar a la fuente de oxígeno.
- Unir el tubo de conexión al humidificador de oxígeno y a la conexión del casco cefálico.
- Regular el flujo de oxígeno (litros por minuto) prescritos al paciente.
- Colocar el paciente en postura más adecuada semi-fowler y fijar el tubo de acceso a la fuente de oxígeno. Mantener la concentración y el flujo de oxígeno indicado en un 40 a 50% y verifique la cantidad de humedad que pudiese acumular y empañar, a nivel de la cara del paciente.
- Valorar al paciente en cuanto al flujo adecuado de oxígeno, signos vitales, patrón respiratorio, estado general del paciente, oximetría, movilización y ejercicios respiratorios.

2. Durante el procedimiento

Cánula Nasal:

- Abra la fuente de oxígeno y ajuste el ritmo del flujo a los litros por minuto prescrito. Asegura que el paciente esté recibiendo el flujo suficiente para cubrir su demanda respiratoria.
- Introduzca la cánula en cada fosa nasal, fíjalo sobre la nariz, boca y debajo de la barbilla. Amoldarla para que se ajuste a la cara del paciente.

Máscara con bolsa de reservorio.

- Proporciona al paciente concentraciones de oxígeno mayor de 60% (cada litro por minuto puede incrementar la concentración en 10%)
- Abra la fuente de oxígeno, permitiendo que la bolsa de la máscara se infle.
- Colocar la máscara en la cara del paciente. Asegúrese que la mascarilla ajuste bien, pues debe haber un sello entre la mascarilla y la cara del paciente.
- Ajustar el flujo de manera que la bolsa no se colapse durante el ciclo inspiratorio. Si el flujo de oxígeno no basta para conservar llena la bolsa reservorio, la concentración de oxígeno se reduce a medida que penetra aire ambiente a través de las válvulas de membrana.
- Seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia
- Comprobar que le paciente respire por la nariz y no por la boca.
- Evitar acodaduras que impida el flujo de oxígeno.
- Vigilar las aéreas de la presión (orejas y nariz) cada 24 horas.
- Limpiar y humedece la nariz del paciente si precisa.
- Enseñar al paciente y familia humedecer periódicamente la nariz.
- Registrar en la documentación de enfermería; procedimiento, motivo, fecha y hora, concentración del oxígeno y volumen, incidencia y respuesta el paciente.

3. Después del procedimiento

- Evalúe la Saturación de oxígeno periódicamente, hasta obtener valores >95%.
- Comprobar la eficacia y efectividad de la oxigenoterapia, valorando color de la piel y mucosas, frecuencia respiratoria, y valores de la gasometría.
- Eliminar secreciones bucales, nasales, y traqueales, si procede.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración de oxígeno prescrita y el cumplimiento de las medidas de seguridad (por ejemplo, no fumar, ya que el oxígeno es altamente inflamable).
- Mantener el dispositivo de aporte de oxígeno (mascarilla, gafas nasales, etc.) limpio, observar posibles obstrucciones.
- Recoger el material
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavados de manos
- Registrar en la documentación de enfermería.

e. PRECAUCIONES

- Verifique siempre que el humidificador contenga agua.
- Retire artefactos eléctricos.
- Proteja la piel y mucosas de las lesiones.
- Verificar si las válvulas de los orificios de la máscara de reservorio estén presentes.
- Cambie máscara, conectores y frasco humidificadores cada 24 horas con agua estéril.
- Evitar toxicidad por oxígeno.
- Evitar hemorragia nasal.
- Evitar fibroplastia.

f. BIBLIOGRAFIA

- Caballero López A. y otros. Terapia Intensiva. Ciencias Médicas. La Habana. 2001. Pp.545.
- Freytag J. Manual of Medical Therapeutics. 23 ed. Editorial. Spiral. Boston. 1999.
- Sabiston D. C. y otros. Cirugía Torácica. Editorial. Mosby. St Louis. 2000. Pp. 113-145.
- <http://www.portalesmedicos.com/.../Revision-de-protocolos-de-Enfermeria-Oxigenoterapia/html>.
- GARITANO B. BARBERENA C. ALONSO V. et al. (2002). Revisión sistemática: efectividad de los cuidados en el mantenimiento de catéteres de inserción periférica. Enfermería Clínica. Pp.164-172.
- Instituto Nacional de Enfermedades Neoplásicas INEN "Dr. Eduardo Caceres Graziani". MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DPTO. ENFERMERIA. 2005. PAG. 25-27.
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic. Perú.



3.11 ASPIRACIÓN DE SECRECIONES

a. DEFINICIÓN

Es la extracción de secreciones del árbol traqueo bronquial, a través de nariz, boca o de una vía aérea artificial (Tubo Endotraqueal Y Traqueotomía) mediante un procedimiento estéril.

b. OBJETIVOS

- Eliminar total o parcialmente las secreciones que ocluyen la vía aérea
- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas
- Favorecer el intercambio de gases
- Prevenir neumonías asociadas a ventilación mecánica (NAVM)
- Estimular el reflejo tusígeno.

c. EQUIPO

- Sistema de vacío (centralizado ó no centralizado).
- Manómetro de vacío para el control de presión.
- Tubo para conectar la aspiración o Sonda de aspiración estéril
- Mascarillas
- Gafas
- Mandilón
- Guantes estériles de un solo uso
- Agua o solución salina estéril
- Tubo de mayo
- Bolsa o riñonera para residuos
- Bolsa o reanimador con reservorio conectado a fuente de oxígeno.
- Gasa.

d. PROCEDIMIENTOS

1. Antes del Procedimiento

- Comprobar el funcionamiento del aspirador
- Verificar la fijación del tubo
- Si el paciente está consciente, se la explicará el procedimiento a realizar.
- Se colocará al paciente en posición correcta en un ángulo de 45°
- Se verificará que la sonda de aspiración ha de tener un diámetro externo no superior al 1/3 del diámetro interno del tubo endotraqueal
- Auscultación de los campos pulmonares.
- Esta técnica debe ser realizada por dos miembros del equipo: enfermera y técnico de enfermería.

2. Durante el Procedimiento

- Lavado de manos.
- Fije los parámetros del manómetro de aspiración entre 80 - 100 mmHg ó 100 a 150 cm H₂O.
- Ocluya la tubuladura de la aspiración para comprobar el nivel de succión.

- Colocarse los guantes estériles. Mantener la mano dominante estéril y la otra limpia.
- La persona que ayuda abrirá de su envase estéril la sonda de aspiración que cogeremos con la mano estéril; con la otra mano limpia cogeremos el tubo o goma de aspiración.
- Conecte la sonda de aspiración al tubo conector, sujete la sonda con la mano dominante. Emplee la otra mano para controlar el dispositivo de control de succión
- Emplee el ventilador para hipen/entilar e hiperoxigenar al paciente (oprime el botón de oxigenación al 100% x 3 minutos en la pantalla del ventilador) o pida a su ayudante que hiperventile al paciente con oxígeno al 100% mediante una mascarilla con bolsa y válvula durante 30 segundos o al menos 5-6 hiperinflación.
- Método para traqueotomía: si el paciente lleva una traqueotomía de doble pared retire la cánula interna y coloque en una batea con suero fisiológico durante el procedimiento.
- Sumerja la punta de la sonda en suero fisiológico y aspire una pequeña cantidad para lubricarla.
- Para la aspiración endotraqueal, pida a su ayudante que estabilice el tubo para prevenir movimientos excesivos o el desplazamiento del tubo.
- Inserte con cuidado la sonda a través del tubo y hágala avanzar hasta que encuentre resistencia, retire la sonda 1cm. No aplique succión durante la introducción de la sonda.
- Iniciar la aspiración de forma intermitente con pequeños movimientos oscilatorios de rotación mientras se va retirando la sonda. No debe superar los 8-10 segundos,
- Hipen/entilar e hiperoxigenar al paciente tras la aspiración.
- Permita que el paciente disponga al menos 1 minuto para recuperarse antes de repetir el procedimiento.
- Vuelva a conectar al paciente al ventilador o tubo en T.
- Enjuague la sonda y el tubo conector aspirando agua estéril o suero fisiológico.
- Aspire las fosas nasales o la oro faringe (colocar tubo de mayo si es preciso)
- Para la traqueotomía; restituya la cánula interna, previamente la cánula se debe limpiar con agua oxigenada y un limpiador de pipas o hisopo y enjuáguela con suero fisiológico.
- Rotular los frascos especificar para tubo y/o boca.

3. Después el Procedimiento

- Auscultar los pulmones para verificar la desaparición o disminución de los ruidos agregados
- Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada
- Recoger el material.
- Limpieza del recipiente colector del aspirador y del tubo de conexión del aspirador a la sonda de aspiración.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en el curso clínico, la técnica realizada, aspecto y cantidad de secreciones, tolerancia del paciente y si se han presentado complicaciones. Hipoxia, Atelectasias, broncoespasmo, bronco aspiración, etc

e. PRECAUCIONES

- Es importante que se proteja de las bacterias que pueda haber presentes. Recordar siempre lavarse las manos minuciosamente después de realizar las aspiraciones y de manejar los catéteres.
- Sólo se debe realizar si hay presencia de secreciones. Aspirar cuando no las hay no es sólo innecesario sino que puede causar lesiones o irritar las vías respiratorias del paciente.
- No forzar nunca la sonda si se encuentra una obstrucción.
- Se aspirará suavemente, evitando traumatismos en mucosas.
- Es conveniente aplicar aerosoles y fisioterapia respiratoria antes de aspirar, para favorecer el flujo de las secreciones.
- Indicar al paciente que tosa y respire profundamente entre cada aspiración (si es capaz).

f. BIBLIOGRAFÍA

- Proehl Jean. Enfermería de urgencias. Técnicas y procedimientos. 3era Edición. Editorial Elsevier S.A. España. 2005. Pp. 143-148.
- http://www.acarahd.com/doc_aspiracion.html.
- <http://www.slideshare.et/uciperu/aspiracion-secreciones>.

3.12 TRANSFUSION SANGUINEA

a. DEFINICIÓN

Es el procedimiento que consiste en transfundir una determinada cantidad de sangre de un individuo DADOR a otro que es el RECEPTOR.

La terapia transfusional puede ser una intervención que salva la vida o mejora rápidamente una condición grave, sin embargo, como todo tratamiento puede conllevar a complicaciones agudas o tardías, además incluye riesgos infecciosos que pueden tener consecuencias graves o mortales a pesar de los estrictos controles que anteceden a la transfusión.

Terapia transfusional:

Procedimiento terapéutico consistente en la administración de sangre o componentes sanguíneos a un ser humano.

La intervención de enfermería en la terapia transfusional, incluye la administración de los componentes sanguíneos y la monitorización de la respuesta del paciente.

b. OBJETIVOS

- Incrementar la volemia o algunos de los componentes de la sangre.
- Detener hemorragia por deficiencia de factores de la coagulación.
- Mejorar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre.
- Combatir infecciones por leucocitos o anticuerpos disminuidos o defectuosos.

c. INDICACIONES

- La indicación de transfusión es de exclusiva responsabilidad del médico tratante. El médico que prescribe la sangre o sus componentes influye en la forma de utilizar estos recursos terapéuticos, por lo tanto, una adecuada indicación permite una correcta utilización clínica y efectiva de la sangre.
- Para mantener o restaurar un volumen adecuado de sangre circulante con el fin de prevenir o combatir el choque hipovolémico.
- Para mantener y restaurar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre.
- Para reponer componentes específicos de la sangre, como proteínas plasmáticas o elementos formados (glóbulos rojos, plaquetas o leucocitos) cuyo déficit produce manifestaciones clínicas
- Para satisfacer estas demandas, el médico cuenta actualmente con una variedad de productos, como sangre total, concentrados de glóbulos rojos (GR), plaquetas o granulocitos, y componentes y derivados plasmáticos.

d. CONTRAINDICACIONES

- Contraindicaciones de la Sangre Total:
- Riesgo de sobrecarga de volumen en pacientes.
- Anemia Crónica
- Insuficiencia cardíaca incipiente
- Contraindicaciones de Concentrado de Glóbulos rojos:
- No se recomienda para la exsanguíneo transfusión en recién nacidos. La solución aditiva puede ser reemplazada con plasma, albúmina al 45% o una solución cristaloides isotónica como la solución salina normal.

- Anemia susceptible de corrección por otros recursos terapéuticos (hierro, ácido fólico, B12, eritropoyetina etc.).
- Contraindicaciones de Concentrado de Plaquetas:
- Generalmente no está indicada la profilaxis del sangrado en pacientes quirúrgicos, al menos que se sepa de una deficiencia plaquetaria significativa preoperatorio.
- Contraindicaciones del Plasma Fresco Congelado:
- Hipovolemia.
- Procedimientos de recambio plasmático, excepto para tratamiento de microangiopatía trombótica.
- Apoyo nutricional.
- Hipoalbuminemia
- Tratamiento de Inmunodeficiencias.
- Paciente asintomático con alargamiento de tiempos de coagulación o cuando la coagulopatía pueda ser corregida con tratamiento específico (por ejemplo vitamina K)

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Sangre y componentes sanguíneos, según se prescriba.
- Solución salina normal (para administrar antes de la sangre).
- Administración de Dexametaxona 2mg /ml.
- **Bandeja que contenga:**
- Equipo descartable con filtro para transfusión de sangre.
- Aguja Nro. 18 y 19.
- Jeringa de 10 ml.
- Torundas de algodón embebidas en alcohol.
- Esparadrapo, riñonera, férula, tijera y guantes.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Antes de la transfusión:
- Verificar la existencia del consentimiento informado del paciente o familiar responsable.
- Realizar la identificación y verificación de la calidad del componente sanguíneo conjuntamente con el médico, a través de:
- Confirmar la compatibilidad sanguínea con la hoja de solicitud y las hojas de reporte de pruebas de compatibilidad.
- Confrontar las papeletas con el formato de solicitud (nombre completo del paciente, tipo de sangre y Rh, número de bolsa, fecha de caducidad del hemocomponente).
- Revisar en forma detallada el componente sanguíneo verificando que la unidad permanezca sellada sin fugas y que tenga los rótulos de calidad correspondientes.
- Observar las características generales físicas, del componente (libre de grumos, coágulos y de color adecuado)
- Evitar transfundir productos que hayan estado sin refrigeración controlada durante más de 4 horas, una vez que hayan salido del laboratorio.
- Transportar los hemocomponentes en contenedores preferentemente de material plástico, herméticos, termoaislantes y lavables que aseguren la

temperatura interior. De tal forma que se minimicen daños por movimientos violentos o por el contacto directo con refrigerantes.

- Hacer una pausa para confirmar que se trata del paciente correcto, procedimiento correcto y elemento correcto previo inicio a la administración del elemento sanguíneo.
- Registrar el pulso y la presión arterial al comienzo de una transfusión, y posteriormente cada 15 minutos en la primera media hora y por último al finalizar transfusión de la unidad.
- Los hemocomponentes no deben ser calentados por medios no idóneos, como ponerlos encima de un monitor o bajo un chorro de agua caliente. Deben ser calentados en aparatos indicados para ello, los cuales no superan los 37 ° C. en baño maría.
- Tomar y registrar la temperatura previa transfusión, e informar el incremento de > 1°C respecto a la temperatura basal.
- Utilizar una vía venosa gruesa y corta para la administración de hemocomponentes, empleando las medidas de asepsia y antisepsia en su inserción.
- 10. Utilizar preferentemente un catéter periférico calibre N°18 para favorecer la infusión y evitar la hemólisis. Optar por venas de la mano o del antebrazo.
- 11. Utilizar un equipo de transfusión por cada unidad de hemocomponente a transfundir.
- 12. Administrar concentrados eritrocitario en equipos con filtro convencional de 170 – 260 micras.
- El plasma fresco congelado y los crioprecipitados deberán descongelarse en bolsa de plástico individual a una temperatura de 30 a 37°C para no desactivar los factores de la coagulación. Una vez descongelados deberán transfundirse en un período no mayor de 6 horas.
- Las bajas temperaturas pueden causar fracturas de las bolsas contenedoras del plasma o crioprecipitados, por lo que durante el descongelamiento se revisará la existencia de fugas, en caso de haber alguna, se le dará destino final a la unidad de laboratorio.
- El plasma se debe descongelar en agua sin sumergir los puertos, de no ser así, sumergirlo dentro de una bolsa sellada.

2. Durante el procedimiento

- Coloque al paciente en posición cómoda. Facilita el procedimiento y por la permanencia en cama durante varias horas
- Regular el goteo inicialmente a 30 gotas por minuto y observar la presencia de alguna manifestación clínica de reacción y posteriormente graduar el goteo a 60 gotas por minuto, verificando el ritmo de infusión
- No mezclar el hemo componente con ningún fármaco o fluido de reposición, con excepción de solución salina al 0.9% de forma simultánea por un equipo alterno.
- En caso de colocar un manguito de presión en la unidad del hemocomponente para acelera su flujo, no superar los 300 mmHg ya que puede ocasionar hemólisis.
- Orientar al paciente sobre los signos y síntomas de una reacción transfusional (ansiedad escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, dolor lumbar y dolor torácico) para su notificación oportuna.

- Monitorizar el sitio de punción intravenosa para saber si hay signos de infiltración o flebitis.

3. Después del procedimiento

- Tomar y registrar los signos vitales.
- Vigilar la aparición de signos clínicos de reacción transfusional (escalofríos, cefalea, prurito, mareo, náuseas, vómito, taquicardia, sensación de calor, disnea, hipotensión, dolor lumbar y dolor torácico).
- Registrar la administración del hemocomponente, cantidad y tiempo de administración, fecha, tipo de componente, número de folio del componente, volumen, hora de inicio, hora de término, signos vitales, observaciones y firma del responsable.
- Al finalizar la transfusión anotar y describir las siguientes características de la transfusión realizada:
 - Productos sanguíneos administrados.
 - Signos vitales, antes, durante, después de la transfusión.
 - Volumen total transfundido.
 - Tiempo de transfusión.
 - Respuesta del paciente
- Para el desecho de la bolsa de sangre
- Separar el equipo de transfusión de la bolsa y desecharlo en el contenedor rojo (bolsa roja).

g. PRECAUCIONES

- Si el paciente presenta alguno de los siguientes síntomas: escalofríos, hipotermia, hipotensión, cefalea, urticaria, disnea, dolor lumbar, dolor torácico, sensación de calor, náuseas, vómitos o taquicardia. Los pasos a seguir serán:
 - Suspender la transfusión y comience con goteo de solución salina para mantener permeable la vía venosa a fin de seguir teniendo acceso a la circulación
 - Avisar al médico.
 - Vigilar signos vitales cada quince minutos o según lo indique el tipo y la gravedad de la reacción.
 - Administración de Oxígeno, adrenalina, etc, según prescripción médica
 - Vigile muy de cerca ingestión y excreción de líquidos y recoja la primera muestra de orina después de la reacción.
 - Comuníquelo al banco de sangre.
 - Registro de todas las incidencias.

h. BIBLIOGRAFIA

- García García Amparo, Hernández Hernández Verónica. *Enfermería de quirófano* I. volumen I. Ediciones DAES. España. 2012. Pág. 176 – 181
- Díaz Domingo María Isabel. Fernández Jiménez Juan Luis. *Manual de Enfermería*. Barcelona España. Edición 2012. Pág 369 - 370.

3.13 CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA ADMINISTRACIÓN DE PROFILAXIS ANTIBIÓTICA.

a. DEFINICION

La profilaxis antimicrobiana en cirugía (PAC) se recomienda en cirugías con riesgo de infección mayor o igual a 5%, o en aquellas en que el riesgo es menor pero su presencia podría acarrear elevada morbimortalidad, siendo sus beneficios en otros procedimientos menos claros.

b. OBJETIVO

- Alcanzar niveles antimicrobianos inhibitorios en el momento de la incisión y mantener niveles adecuados durante toda la cirugía.

c. INDICACIONES

- Según indicaciones médicas.

d. EQUIPOS Y MATERIALES

- Equipo de micro gotero
- Guantes estériles
- Jeringa 20 cc
- Abocath N° 18
- Torundas.
- Esparadrapo
- Cubeta

e. MEDICAMENTO DE ELECCIÓN

- Cefazolina 1 gr (2) En caso de alergia al beta lactámicos puede utilizarse Clindamicina 600mg IV.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Informar a la paciente del procedimiento.
- Realiza la Higiene de manos según técnica, para eliminar gérmenes.
- Preparar, ordenar el material y equipo necesario, llevar a la unidad del paciente. Para ahorrar tiempo y energía.
- Canalización de una vía periférica en antebrazo con catéter # 18.
- Se administra la profilaxis menos de 1 hora de la intervención quirúrgica.

2. Durante el procedimiento

- Una sola dosis de antibiótico en el pre quirúrgico inmediato es efectiva como profilaxis.

3. Después del procedimiento

- Valorar la reacción del paciente.
- Al término de la administración de la profilaxis antibiótica se retira la vía periférica si la paciente recibirá cesárea electiva, si es de emergencia se deberá verificar y valorara la permeabilidad de la misma.



g. PRECAUCIONES

- Deben utilizarse antibióticos de espectro reducido.
- La dosis pre quirúrgica no debe omitirse bajo ningún concepto.

h. BIBLIOGRAFIA

- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Guía de práctica clínica para operación cesárea. México; Secretaria de salud. 2010.

3.14 LIMPIEZA PREOPERATORIA

a. DEFINICION

Son pasos a seguir para desinfectar la piel del paciente haciendo uso de la Clorhexidina al 2%.

b. OBJETIVOS

- Remover contaminación grosera de la piel disminuyendo la carga microbiológica.
- Disminuir al máximo los riesgos de adquirir infecciones del sitio operatorio.

c. **INDICACIONES:** Para todo paciente programado para intervención quirúrgica.

d. CONTRAINDICACIONES

La clorhexidina al 2% utilizada como antiséptico por vía tópica no debe ser empleada en pacientes con enfermedades de la piel o heridas que afectan a capas no superficiales de la piel.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Guantes limpios
- Bata estéril
- Clorhexidina 2%
- Gasa estéril.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Explicar el procedimiento al paciente.
- Duchar al paciente con agua y jabón. Asegurarse de remover bien el jabón del cabello y el cuerpo.
- Realizar baño en cama a pacientes que tengan contraindicado la movilización.
- No rasurar. Evitar el rasurado ya que puede incrementar el riesgo de infección del sitio quirúrgico. La presencia de vello en el sitio de la incisión debe ser evaluada y removida cortando el vello con tijera.

2. Durante el procedimiento

- Con una gasa estéril y con jabón antiséptico (clorhexidina al 2%) comenzar a limpiar la zona donde se realizará la incisión pasando la gasa con clorhexidina al 2% por tres minutos con movimiento circular.
- Colocar bata estéril

3. Después del procedimiento

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Dejar cómoda a la paciente.



g. PRECAUCIONES

- Evitar frotar la piel con demasiada fuerza.
- Revisar la condición de la piel del área que será abordada por si hay erupciones, laceraciones o abrasiones. Informar cualquier hallazgo anormal al médico antes del procedimiento.
- Educar al paciente y al personal de salud la no manipulación de la zona operatoria desinfectada.

h. BIBLIOGRAFIA

- Manual de Normas prevención y control de I.I.H. Hospital Las Higueras Thno Revisado en Junio de 2002.
- Acosta-Gnass Silvia. Manual de control de infecciones y Epidemiología hospitalaria. Washington, D, C: OPS. 2011.
- Cohen DW, Atlas SL. Chlorhexidine gluconate in periodontal treatment. *Compendium* 1994 Suppl 18: S711-3; quiz S714-7



3.15 APERTURA DE PAQUETES ESTERILES

a. DEFINICION

Apertura de paquetes estériles, son las maniobras que se realiza para su manejo conservación de paquetes de diferentes tamaños.

El manejo del material y equipo se realiza por los métodos: manual, con guantes estériles, con pinza de traslado.

b. OBJETIVOS

- Mantener asepsia y esterilidad en el procedimiento quirúrgico.
- Disminuir al mínimo el riesgo de infección en el paciente.

c. INDICACIONES

Para toda intervención quirúrgica.

d. CONTRAINDICACIONES

Ninguno.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Paquete estéril
- Superficie plana limpia (mesa o coche)

f. PROCEDIMIENTO

Método manual sin guantes estéril, con: Equipos grandes.

1. Antes del procedimiento

- Higiene de las manos según técnica.
- Verificar conformidad de esterilización, integridad del paquete. Asegura que fue esterilizado a través de los cambios de color de la cinta de testigo.
- Cerciórese que el equipo no este mojado. Los microorganismos viajan rápidamente a través de superficies húmedas, por lo cual todo equipo mojado se considera contaminado.
- Colocar el paquete en superficie o mesas adecuadas, tratando de que el lado en donde se encuentra la última punta de la envoltura quede frente a la persona que abra el equipo.

2. Durante el procedimiento

- Retire la etiqueta de la cinta testigo, tomar la punta de la envoltura y deslizarla hacia atrás.
- Tomar las puntas laterales con la mano derecha e izquierda respectivamente, para dejarla caer hacia los lados, para no contaminar el contenido.
- Tomar la punta que queda por el dobléz caer hacia adelante y abajo, sin tocar a la persona que manipula el equipo.
- Manipule el equipo estéril descubierto, con pinza de traslado o en forma manual con guantes estériles.

3. Después del procedimiento

- Dejar todo los materiales estériles para el inicio de la cirugía.



Método manual sin guantes estéril con: Equipos Pequeños.

1. Antes del procedimiento

- Higiene de las manos según técnica.
- Verificar conformidad de esterilización, integridad del paquete.
- Sostener el equipo con la mano izquierda, procurando que la punta quede frente a la persona que abre el equipo, y con la mano derecha tomar la punta y dejarla caer hacia atrás.

2. Durante el procedimiento

- Con la mano derecha tomar la punta y dejarla caer hacia atrás, sostener el equipo con la mano izquierda, procurando que la punta quede frente a la persona que abre el equipo, y con la mano derecha tomar la punta y dejarla caer atrás.
- Sin cruzar el paquete, llevar hacia los lados las puntas de la envoltura.
- Tomar la punta y dejarla caer frente a la persona que manipula el bulto.
- Tomar las cuatro puntas con la mano derecha, formando un guante sobre la mano izquierda, si el paquete y la envoltura son muy pequeños, sostener las puntas entre los dedos de la mano izquierda.
- Colocar el contenido del bulto sobre un campo estéril mediante tres formas: dejarlo caer sin contaminarlo, con pinzas de traslado y ofreciéndoles al personal "estéril".

3. Después del procedimiento

- Dejar todo los materiales estériles para el inicio de la cirugía.

g. PRECAUCIONES

- Aléjese del campo estéril, al abrir el paquete estéril.
- Evite el manejo de material estéril sobre superficies no estéril.
- Verificar conformidad e integridad del paquete estéril.
- Realizar la apertura del paquete estéril, tocando solamente la superficie externa.
- Una vez abierto el paquete e
- vitar su contaminación manteniéndose a una distancia de 30cm y no hablar cerca del material.
- No hable sobre el campo estéril a menos que puesto un barbijo o mascarillas.

h. BIBLIOGRAFIA

- García García Amparo, Hernández Hernández Verónica. *Enfermería de quirófano I. volumen I*. Ediciones DAES. España. 2012. Pág. 65.



3.16. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO DE CESAREA

a. DEFINICION

Cuidado, está vinculada a la preservación o la conservación de algo o a la asistencia y ayuda que se brinda a otro ser vivo. El término deriva del verbo cuidar (del latín coidar).

Enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.

Cuidado de enfermería, supone todas aquellas acciones y tareas que un enfermero realiza en orden a atender satisfactoriamente a un paciente que demandan de su intervención. Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto.

b. OBJETIVOS

- Identificar la importancia de los signos que manifiesta el paciente, anticiparse y prevenir complicaciones post- operatorias. Además de cubrir sus necesidades y/o problemas hasta lograr su recuperación por completo de la anestesia.
- Identificar los problemas reales y potenciales del paciente que puedan ocurrir como resultado de la administración de la anestesia y la intervención quirúrgica, anticiparse y prevenir complicaciones e intervenir apropiadamente.

c. INDICACIONES

- Los cuidados de enfermería a los pacientes post operados inmediatos están indicados una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica, el inicio de esta etapa se considera al ser ingresado a la unidad de recuperación post-anestésica (URPA).

d. CONTRAINDICACIONES

- Pacientes que precisen soporte ventilatorio, monitorización hemodinámica o cuidados extensos de enfermería.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Monitor de signos vitales.
- Equipo para administración de oxígeno.
- Equipo para aspiración de secreciones.
- Cinta métrica.
- Riñoneras y pañuelos desechables.
- Sondas de aspiración.
- Cánulas de guedel.
- Jeringas.
- Gasas y guantes desechables.



f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

Recepción del paciente en la sala de recuperación

- Para el traslado a la sala de recuperación postanestésica, el paciente debe ir acompañado por personal de anestesia y por la enfermera (o) circulante, la enfermera (o) del servicio recibe al paciente del cual se entrega información de los aspectos más importantes como serían:
- Verificar la identificación del paciente.
- Técnica anestésica utilizada y duración de la misma.
- El procedimiento quirúrgico y el cirujano que practicó la cirugía.
- Estado pre-operatorio del paciente, antecedentes que pudiesen ocasionar una complicación post-operatoria como: Diabetes, insuficiencia renal, cardiopatía, alergia a medicamentos, etc.
- Valoración de las condiciones del paciente, nivel de conciencia, datos sobre la función respiratoria y hemodinámicos, coloración de la piel, temperatura, etc. Observar si existe reflejo nauseoso.
- Información sobre el periodo trans-operatorio, hallazgos operatorios, si existieron complicaciones o acontecimientos no habituales.
- Pérdida sanguínea.
- Fármacos administrados en el quirófano (incluyendo los anestésicos).
- Líquidos y sangre perdidos y administrados durante la cirugía.
- Localización de catéteres, drenajes y apósitos.
- Aplicación de vendaje como protección de la herida quirúrgica.
- Revisión del expediente clínico.

2. Durante el procedimiento

- Una vez realizada la identificación del paciente y la recepción del mismo de la sala de recuperación, se procede a su instalación de la siguiente manera:
- Conservar la seguridad del paciente y promover su comodidad.
- Colocar los barandales laterales de la camilla.
- Colocar un cobertor al paciente o regular la temperatura ambiental, si es que existe el sistema de clima artificial.
- Proteger las extremidades de la flebopunción de manera que el catéter no se desconecte accidentalmente.
- Practicar cambios de posición del paciente y conservar la alineación correcta de su cuerpo.
- Colocar almohadas en las zonas de presión para prevenir el daño a los nervios y articulaciones musculares.
- Conectar al paciente al monitor de signos vitales.
- Vigilar los signos vitales una vez cada 5 minutos hasta que esté estable, y luego espaciar el control a una vez cada 15 minutos, siempre que el estado del paciente lo permita.
- Valoración de las cifras y sus características (hipertensión, hipotensión, arritmias cardíacas, taquicardia o bradicardia, taquipnea o bradipnea, hipertermia o hipotermia).
- Llevar el control de líquidos (ingresos de líquidos parenterales, excreción de orina, drenes, sondas, etc.)

- Vigilar la administración de líquidos parenterales: Cantidad, velocidad del flujo ya sea a través de bomba de infusión o controlador manual. Observar el sitio de la flebopunción para detectar datos de infiltración o flebitis.
- Vigilar la diuresis horaria.
- Llevar el registro de fármacos administrados y las observaciones de sus efectos.
- Vigilar la infusión de sangre y derivados (si se está administrando al paciente) verificar la identificación correcta del paquete y corroborar con los datos del paciente, asimismo la tipificación, exámenes clínicos reglamentarios para su administración (si existe duda se debe revisar el banco de sangre), prescripción, hora de inicio y terminación de la infusión. Estar alerta ante la aparición de signos adversos a la transfusión sanguínea.
- Observar posibles signos adversos de la anestesia general o raquídea: Hipertermia maligna, vigilar estado de conciencia, movilidad de las extremidades inferiores y su sensibilidad.
- Vigilar cantidad de sangrado vaginal y la involución uterina.
- Vigilar signos y síntomas tempranos de hemorragia y choque como son: Extremidades frías, oliguria (menos de 30 ml/hora) retraso en el llenado capilar (más de 3 segundos), hipotensión, taquicardia, pulso débil, diaforesis fría.

Informar al médico para iniciar tratamiento o tomar medidas inmediatas como:

- Iniciar la oxigenoterapia o aumentar la concentración de oxígeno.
- Colocar al paciente en posición Trendelenburg si es que no existe contraindicación.
- Aumentar el flujo de líquidos parenterales si no existe contraindicación o buscar alternativas.
- Observar los apósitos y drenes quirúrgicos cada media hora o cada hora según las condiciones del paciente.
- Realizar anotaciones sobre la cantidad, color del material que está drenando en apósitos, sondas y drenes.
- Comunicar al médico si existe una cantidad excesiva.
- Verificar que los apósitos estén bien colocados y seguros.

Valorar la presencia de dolor.

- Observar manifestaciones fisiológicas y de conducta.
- Administrar analgésico según indicaciones médicas y observar la respuesta del paciente.
- Vigilar el vendaje de protección de la herida quirúrgica (si está bien colocado) que no presente demasiada presión o poca que no cumpla su efectividad.
- Orientar al paciente una vez que recupere el estado de conciencia con respecto a su entorno.
- Ubicar al paciente, informarle repetidamente que la cirugía terminó y que se encuentra en la sala de recuperación, esto puede disminuir su ansiedad.
- Disipar dudas con respecto a sus condiciones y tratamiento para disminuir su ansiedad o temor.
- Preparar el alta del paciente.
- En algunas instituciones uno de los requisitos para aprobar el alta de la sala de recuperación es:

- La escala de valoración de Aldrete (anestesia general.)
- Habitualmente se considera un valor mínimo mayor de 8 para considerar que el paciente es candidato al alta de la Unidad. A los criterios anteriores se asocian, además: ausencia de dolor, vómito o sangrado y SatO₂ > 95%.
- La escala de bromage (anestesia regional.)
- Se considera que el paciente puede ser egresado del servicio de recuperación cuando es capaz de movilizar libremente las piernas y los pies. Puntuación de 0.
- Tramitar el traslado del paciente.

3. Después del procedimiento

- Para dar de alta a un paciente debe cumplir unos criterios mínimos que incluyen:
 - Despertar fácil ante estímulos.
 - Orientación en tiempo y espacio.
 - Capacidad de mantener y proteger la vía respiratoria. Al menos 30 minutos
 - Después de la última dosis de opioide parenteral se debe vigilar la presencia de depresión respiratoria.
 - En pacientes con aporte de oxígeno suplementario, se debe controlar que no disminuya la saturación al respirar aire ambiente.
 - Estabilidad hemodinámica de, al menos, 1 hora.
 - Resolución del bloqueo en caso de anestesia raquídea.
 - Capacidad de pedir ayuda.
 - Ausencia de complicaciones quirúrgicas.
 - Dolor controlado.
 - El alta estará firmada por el anesthesiólogo encargado.
- Una vez aprobada el alta del paciente de la sala de recuperación, la enfermera (o) que estuvo encargada (o) de su vigilancia, debe comunicar al área de hospitalización a dónde va a ser trasladado el paciente y sobre el equipo especial que va a necesitar el mismo.
- Reportar a la enfermera de hospitalización el expediente clínico en el que se hará referencia a:
 - Tipo de intervención quirúrgica realizada.
 - Estado general del paciente.
 - Altura uterina y cantidad de loquios eliminados.
 - Medicamentos y analgésicos administrados, soluciones parenterales, sangre y derivados.
 - Evolución post-operatoria, si existieron complicaciones o tratamientos administrados en la sala de recuperación post-anestésica.
 - Existencia y situación de apósitos, drenajes y catéteres.
 - Registro de las últimas cifras de signos vitales.

g. PRECAUCIONES

- Evitar comentarios en presencia del paciente, pretendiendo pensar que el paciente se encuentra dormido, dichos comentarios pueden ser comprometedores para el hospital o bien pueden faltar a la ética profesional o crear una imagen negativa de la institución o de la profesión de enfermería.



h. BIBLIOGRAFIA

- OMS | Enfermería www.who.int/topics/nursing/es/
- www.who.int/topics/nursing/es/
- <https://es.slideshare.net/VICTORABAN/cuidados-postcesarea-en-sala-de-recuperacion-y-alta>

3.17. MONITOREO DEL PACIENTE

a. DEFINICIÓN

Es el registro permanente de signos vitales del paciente mediante un monitor.

b. OBJETIVOS

- Detectar en forma precoz las alteraciones que se producen en los órganos vitales del
- Paciente.
- Apoyar al anestesiólogo.
- Valorar y tratar en forma rápida y oportuna al paciente.

c. INDICACIONES

- Evaluar las funciones vitales de los pacientes intervenidos quirúrgicamente.

d. CONTRAINDICACIONES

- Ninguno

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Monitor de signos vitales, electrodos.
- Hoja de anestesia.
- Lapicero.
- Alcohol 70%
- Gasas estériles.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Preparación psicología del paciente.

2. Durante el procedimiento

- Explicar al paciente lo que se va a realizar
- Retirar las mangas de la bata del paciente y colocar los soportes de la camilla en los brazos.
- Colocar el brazalete del tensiómetro en el brazo derecho de preferencia y calibrar el monitor en automático cada 5 minutos, acomodar el brazo en forma anatómica y fija.
- Colocar el electrodo del Pulsoxímetro en el dedo índice de la mano que tiene la vía periférica y presionar el botón de encendido.
- Observar que valor muestra el trazado (plexograma) e informar.
- Colocar los electrodos para el monitoreo cardíaco (3 o 5 según preferencia del anestesiólogo).
- Verificar el ritmo cardíaco y el trazado del EKG, e informar cualquier eventualidad.



- El anestesiólogo es quien registra en la hoja de anestesia, todos los datos del paciente.

3. Después del procedimiento

- Se registra en la hoja de transoperatoria.

g. PRECAUCIONES

- Uso de medidas de bioseguridad.
- Vigilar el monitoreo del paciente en caso de alguna eventualidad presentada.

h. BIBLIOGRAFIA

- García García Amparo, Hernández Hernández Verónica. Enfermería de quirófano I. volumen I. Ediciones DAES. España. 2012. pág. 162 – 173.



3.18. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN MANEJO DE DOLOR POR CESAREA

a. DEFINICION

Los cuidados de enfermería en el manejo de dolor por cesárea son la atención y vigilancia que se brinda al paciente y que abarcan diversas atenciones que un enfermero debe dedicar a su paciente; Sus características dependerán del estado y la gravedad del sujeto, aunque a nivel general puede decirse que se orientan a monitorear la salud y a asistir sanitariamente al paciente.

Es la atención especializada al paciente en la etapa pre e intra operatoria para optimizar y garantizar la salud del paciente.

b. OBJETIVOS

- Establecer las ventajas y desventajas de las diferentes opciones farmacológicas usadas después de la cesárea para el control del dolor, mejorando la seguridad y la satisfacción de las pacientes.
- Valorar adecuadamente el síntoma de dolor.
- Utilizar los instrumentos disponibles para medir su intensidad
- Disponer del conocimiento necesario que le permita administrar el tratamiento indicado de forma eficaz.
- Evaluar y registrar la respuesta del tratamiento

c. INDICACIONES

- Durante el postoperatorio de cesárea se pueden utilizar diversas modalidades analgésicas:
 - Farmacológicas.
 - Opioides neuroaxiales
 - Opioides sistémicos
 - No farmacológicas.
- Colocar en posición antalgica
- Brindar comodidad y confort
- Brindar apoyo emocional

d. CONTRAINDICACIONES

- Enfermeras no entrenadas.
- Alergias a los opioides.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Medicinas analgésicas.
- Jeringas.
- Monitor de signos vitales.
- Estetoscopio y tensiómetro.
- Riñonera.
- Equipos Venoclisis.
- Torundas.
- Alcohol.
- Gasas y guantes desechables.
- Ligadura.
- Esparadrapo.



- Insumos para lavado de mano (jabón líquido).

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Controlar funciones vitales mínimo cada 15 minutos poniendo más atención a la frecuencia respiratoria y presión arterial e informando ante cualquier eventualidad.
- Mantener vía permeable.
- Contar con los insumos correspondientes ante la presencia de dolor.
- Verificar si el paciente presenta algún tipo de alergia.
- Verificar en la historia clínica por escrito las prescripciones médicas con sus firmas y sellos del cirujano correspondiente.
- Verificar los diez correctos para la administración de pacientes.

2. Durante el procedimiento

- Vigilar que la solución analgésica esté debidamente rotulada.
- Cuidar que la solución este pasando conforme lo indicado.
- Monitorizar funciones vitales.
- Brindar comodidad y confort al paciente.
- Brindar apoyo emocional al paciente.
- Colocar en posición antálgica al paciente.

3. Después del procedimiento

- Vigilar al paciente ante cualquier efecto adverso que pueda presentar por la medicina administrada.
- Monitorizar funciones vitales.
- Reportar en la historia clínica cualquier eventualidad presente en centro quirúrgico.

g. PRECAUCIONES

- Tener en cuenta los diez correctos.
- Proteger la integridad del paciente.
- Salvaguardar la salud y bienestar del paciente.
- Verificar si el paciente presenta algún tipo de alergia.

h. BIBLIOGRAFÍA

- Pérez Porto Julián. Gardey Ana. Publicado. Definición de cuidados de enfermería. (<https://definicion.de/cuidados-de-enfermeria/>).2014.



3.19 CONTROL DEL SANGRADO

a. DEFINICION

Son procedimientos para controlar toda pérdida de sangre mayor a 500 ml luego de un parto vaginal, y mayor a 1000 ml luego de una cesárea.

b. OBJETIVOS

Disminuir el sangrado post parto por cesárea.

c. INDICACIONES

Palidez marcada, sangrado vaginal abundante, taquicardia, hipotensión arterial, taquipnea.

d. CONTRAINDICACIONES

Ninguno

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Monitor cardiaco.
- Termómetro
- Guantes.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de manos clínico.
- Preparación psicológica del paciente
- Explicar brevemente lo que lo vamos a realizar en el procedimiento.

2. Durante el procedimiento

- Realizar masaje uterino presionando la parte superior tanto en la zona interna (con una mano) como externa (con la otra mano).
- Aplicación de hielo.
- Administración de oxitócica para controlar la hemorragia posparto.
- Monitorizar las funciones vitales cada 15 minutos y los signos de alarma.
- Aplicar Ergometrina 1 ampolla (0,2 mg) intramuscular con presión arterial en valores normales.
- Si el sangrado es abundante colocar segunda vía con catéter nº 18, sólo con cloruro de sodio y pasar 500 cc chorro y continuar a 30 gotas por minuto. previa prescripción médica.

3. Después del procedimiento

- Dejar cómodo al paciente.

g. PRECAUCIONES

- Si el útero comienza a ser palpado en un nivel superior cada vez que se revisa, puede que se esté llenando con sangre.
- También se puede observar moretones o un tono azulado en la piel debajo del ombligo si se produce una hemorragia interna. El abdomen puede sentirse duro, distendido o con dolor al tacto.

h. BIBLIOGRAFIA

- Díaz Domingo María Isabel. Fernández Jiménez Juan Luis. Manual de Enfermería. Barcelona España. Edición 2012.pag 666- 669.



3.20. CONTROL DE DIURESIS

a. DEFINICION

Controlar la cantidad de orina eliminada en un tiempo determinado, observando las características de la misma.

b. OBJETIVOS

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

c. INDICACIONES

- En pacientes en los que se quiera valorar el estado de hidratación.

d. CONTRAINDICACIONES

- Alteraciones anatómicas del tracto urinario.
- Sospecha de rotura uretral.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Guantes desechables.
- Botella graduada de plástico graduado de 1 litros de capacidad.
- Hoja de control de diuresis.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Informe al paciente sobre el procedimiento.
- Contar con el material y equipo necesario.

2. Durante el procedimiento

- Recoja la orina y viértala en la botella graduada.
- Realice la medición.
- Deseche el contenido.

3. Después del procedimiento

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.
- Asegúrese de que todo el personal de enfermería y paciente estén informados.
- Registre la cantidad y las características de la orina.

g. PRECAUCIONES

- Manipular las bolsas colectoras de diuresis, en pacientes portadores de sonda vesical.
- Las bolsas de drenaje deben vaciarse regularmente para evitar el reflujo de orina.
- Observar directamente en la bolsa la cantidad de orina y vaciar la bolsa, utilizando la válvula de drenaje.

h. BIBLIOGRAFIA

- De Elorza Martínez Gustavo. *Material De Enfermería Zamora*. Editores LTD. 2017. Colombia. Pág. 74.



3.21. CUIDADOS DE ENFERMERIA EN HERIDA QUIRÚRGICA POR CESAREA

a. DEFINICION

Es aquella herida quirúrgica producto de la incisión separación de la continuidad del tejido corte de bordes regulares, longitudinales, profundos llamadas pfannenstiel.y las media infraumbilicales.

b. OBJETIVOS

- Unificar cuidados en cuanto al manejo de la herida quirúrgica por cesárea inmediata en la URPA, para disminuir las posibles complicaciones de un manejo erróneo o insuficiente.

c. INDICACIONES

- Cuidado primordial a todo paciente post quirúrgico en este caso de cesárea.

d. CONTRAINDICACIONES

- Uso de antisépticos, pomadas y uso fajas.

e. EQUIPOS Y MATERIAL

- Gasas estéril
- Compresas estéril
- Suero fisiológico
- Esparadrapo.
- Guantes estériles.

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del procedimiento

- Higiene de mano.
- Informar al paciente de lo que se va hacer para obtener su colaboración y consentimiento.
- Preservar la intimidad del paciente

2. Durante el procedimiento

- Colocar al paciente en posición decúbito supino.
- Mantener el apósito pegado limpio y seco.
- Valorar la zona de incisión con frecuencia junto al monitoreo de funciones vitales.

3. Después del procedimiento

- Registrar y firmar.

g. PRECAUCIONES

- Informar inmediatamente a cirujano la presencia de cualquier tipo sangrado significativo.



h. BIBLIOGRAFIA

- García García, V. Hernández Hernández, R. Montero Arroyo, R. Ranz González. Enfermería de quirófano. Ediciones DAE. Volumen II. Edición 2012. Pág. 747-748.

3.22 AISLAMIENTO DEL PACIENTE

a. DEFINICION

Consiste en la separación de personas infectadas de los huéspedes susceptibles durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad, bajo condiciones que eviten o limiten la transmisión del agente infeccioso.

b. OBJETIVO

- Evitar la propagación y facilitar el tratamiento del paciente con enfermedad transmisible.

c. EQUIPO

- En el ambiente: dos depósitos para desechos recubiertos interiormente con bolsas de polietileno (uno cerca de la puerta y el otro en el cuarto).
- Bolsa de ropa, recubierto por bolsa de polietileno.
- Chatas y/o papagayos.
- Toallas para baño, papel higiénico y jabón germicida.
- Riñoneras.
- Cubeta con equipo de inyectables.
- Equipos para control de funciones vitales
- Biombo para separar el ambiente.
- Porta sueros.
- Recipiente con desinfectante para material quirúrgico utilizado.
- Fuera del ambiente: Mesita con tambor con gorros, mascarillas, batas y otro con guantes estériles.
- Caja con ropa, toallas, batas, sábanas, soleras estériles para uso del paciente.
- Aviso o rotulo de "AISLAMIENTO" que se coloca en la puerta.

d. PROCEDIMIENTOS

1. Antes del procedimiento

- Lavarse las manos según técnica establecida. Previene las infecciones.
- Preparar el equipo completo. Facilita el trabajo.
- Colocar la bata, ate el cinturón por la espalda y asegurarlo.
- Colocarse el gorro tratando que cubra todo el cabello. Del mismo modo la mascarilla ciñéndola sobre la nariz, boca y átelas por detrás de la cabeza.
- Colocarse los guantes tratando de cubrir la orilla de la manga de la bata.

2. Durante el procedimiento

- Realizar el procedimiento indicado según las precauciones basadas en la vía de transmisión

3. Después del procedimiento

- Para quitarse la ropa de aislamiento:
- Con la mano derecha enguantada, quitarse el guante izquierdo tirando de la manga y volteándola al revés al tiempo que lo saca. Quitese el otro guante encajándose uno o dos dedos de la mano por debajo de la manga y tirando hacia afuera, volteándola al revés al tiempo que lo saca.

- Desate la mascarilla cogiéndola solo de los cinturones, del mismo modo quítese el gorro (en caso de enfermedad por vía exógena, se saca el último).
- Desate los cinturones del cuello de la bata, cójalo por la parte externa de atrás de los hombros y tire de ella hacia debajo de los brazos, volteándola al revés mientras se lo quita. Asegura la no contaminación de microorganismos.
- Sostenga la bata bien alejada del uniforme y dóblela con el revés hacia fuera y deposítela en la bolsa para lavandería.
- Lávese las manos con antiséptico antes de salir de la habitación y utilice toallitas de papel para cerrar el grifo, luego coja la manija de la puerta para abrirla y posteriormente cerrarla con la mano desnuda.
- Use solo una vez botas, guantes, gorros y mascarillas y deséchalos en los recipientes adecuados.

e. PRECAUCIONES:

1. Precauciones para la transmisión por aire:

Habitación:

- Habitación Individual.
- Con extractor de aire.
- Conservar la puerta cerrada.

Usar mascarilla

- En pacientes con TBC usar respirador N 95.
- En varicela, sarampión, zoster diseminada no se requiere mascarilla.
- En pacientes con Covid 19 usar mascarilla facial

Transporte del paciente:

- Limitar el transporte.
- Avisar al área que recepciona al paciente.

2. Precauciones para la transmisión por gotitas:

Habitación:

- Habitación individual, de lo contrario colocar al paciente con otros que tengan infección con el mismo agente con una separación mínima de 1.50 cm. entre paciente.

Usar mascarilla:

- Cuando se atiende al paciente.
- Transporte del paciente:
- Con mascarilla y avisar al área que lo va recepcionar.

3. Precauciones para la transmisión por contacto:

Habitación

- Habitación individual, de lo contrario usar método de cohorte.
- Usar guantes.

4. Para la atención del paciente.

- Al manipular cualquier elemento que se ha utilizado.
- Lavado de manos con antiséptico después de retirarse los guantes.



- Usar mandil
 - al realizar un procedimiento.
 - Al remover elementos contaminados, retirar el mandil de la habitación.
- 5. Transporte del paciente.**
- Limitar el transporte.
 - Precauciones para reducir el riesgo de transmisión:
- 6. Equipos y materiales.**
- Lavar y desinfectar después de su uso.
- 7. Control de signos vitales.**
- El control de presión arterial debe hacerse previa protección de la banda del tensiómetro con el contacto de la piel del paciente, esto se hace sobre todo en aislamiento con enfermedades de piel. El control del pulso, temperatura y respiración es similar a la técnica determinada.
- 8. Control de ropa:**
- Tanto la ropa del personal como la de cama deben eliminarse en la bolsa determinada para ello dentro del cuarto del paciente. Para transportar esta bolsa a lavandería se coloca dentro de una nueva y se coloca un letrero "CONTAMINADO", se sella con cinta adhesiva.
- 9. Equipo usado en tratamiento.**
- Riñoneras, pinzas hemostáticas, jeringas, etc., se remojan en desinfectante durante 15 o 20 minutos; después de sacarlos de la habitación, si el equipo no puede esterilizarse en autoclave.
- 10. Eliminación de deposiciones.**
- Antes de eliminar las deposiciones u orina, estas deben ser tratadas o desinfectadas para destruir los gérmenes y evitar su diseminación. Se usa hipoclorito de sodio 9cc. De agua + 1cc. De lejía, el tiempo de exposición es de 30 minutos.

f. BIBLIOGRAFIA:

- CDC. Center for Disease Control and Preventions Guidelines of Isolation. 2010
- CDC. Guideline for preventing the transmission of mycobacterium tuberculosis inhealthcare facilities. MMWR, 28 de octubre, 1994. Pp. 1-1320.
- Precaucoes e Isolamento. Associacao Paulista de Estudos e Controle de Infeccao Hospitalar. Sao Paulo. 1999. Pp. 2-48.
- MINSA. Manual de Desinfección y esterilización Hospitalaria. 2012
- MINSA. Manual de Aislamiento Hospitalario. 2012



3.23 ASISTENCIA DURANTE EL PROCEDIMIENTO DE LEGRADO UTERINO

a. DEFINICIÓN:

Es la extracción del contenido endouterino por medio de curetas fenestradas en caso de aborto y de cureta de Novak en caso de legrado uterino biopsico.

b. OBJETIVOS

- Asistir al Gineco-obstetra responsable del procedimiento.
- Brindar orientación y consejería a la paciente y familiares acerca del procedimiento (Legrado Uterino).

c. INDICACIONES

- Aborto incompleto
- Aborto incompleto complicado
- Gestación anaembrionaria
- Aborto frustrado
- Mola Hidatiforme

d. EQUIPOS Y MATERIALES

- Fármacos solicitados por el médico para el procedimiento
- Guantes quirúrgicos
- Jeringas descartables de 10cc (2)
- Equipo completo de legrado uterino incluyendo:
 - Curetas fenestrada (En caso de aborto)
 - Cureta de Novak (En caso de LU. biopsico)
 - Campos estériles dobles y simples
 - Campo fenestrado
 - Gasas
 - Solución desinfectante.

e. PROCEDIMIENTO

1. RESPONSABILIDAD DE ENFERMERÍA

- Verificar que este firmado el consentimiento informado de la paciente por el familiar.
- Brindar consejería a la paciente previa al procedimiento.
- Asegurarse que la paciente este en ayunas desde la noche anterior
- Verificar que la paciente haya evacuado la vejiga.
- Verificar que tenga todos los insumos que el médico le receto

2. Consejería

- Tratar a la paciente con respeto y evitar expresión de juicio verbal o no verbal.
- El trato positivo facilita el tratamiento y mejora la calidad de la atención recibida.
- Informar a la paciente sobre su estado de salud y en qué consiste el procedimiento del legrado uterino.
- Permite la colaboración del paciente durante el procedimiento.

- Permitir que la paciente exprese sus temores en relación con su estado de salud o el tratamiento.
- El temor o un concepto falso pueden afectar la capacidad de comprensión de la paciente
- Hacer firmar la autorización de consentimiento para el procedimiento de legrado uterino.
- Proceso en la que la paciente conoce los riesgos y beneficios del tratamiento y toma la libre decisión de autorizar o no el procedimiento.

a. Antes del Procedimiento

- Programación médica para SOP (El médico encargado programara la fecha en que se realizará el procedimiento); o programación en sala de AMEU, donde es importante el consentimiento informado.
- Preparación Psicológica. Comunicar a la paciente acerca de la intervención (se debe explicar el procedimiento a realizar, tranquilizándola si manifiesta ansiedad o temor para ello debo estar en constante control de las funciones vitales haciendo énfasis en presión arterial).
- Comunicar a la paciente que ella y el familiar más cercano deberá firmar una autorización para dicho procedimiento. En caso de ser menor de edad, la persona responsable.
- Solicitar los medicamentos a utilizar en el procedimiento y en caso de anemia de la paciente se solicitará un depósito de sangre (Si hemoglobina es menor de 7gramos)
- Verificar si la paciente cuenta con análisis pre quirúrgico como: Exámenes de laboratorio (hematocrito, hemograma, tiempo de coagulación, tiempo de sangría, plaquetas, Grupo, Factor y Electrocardiograma), de no ser así sugerir al médico solicitar los análisis.
- Controlar los insumos solicitados.
- Se debe advertir a la paciente guardar ayuno las 12 horas previas a la intervención (Esto se realiza con la finalidad de evitar riesgos y complicaciones cuando entren a sala de operaciones).
- Solicitar a la paciente retirarse todos los accesorios personales (como joyas y prótesis dentales si lo tuviera, ya que estos son reservorios de microorganismos y además pueden causar laceraciones en la paciente).
- Solicitar a la paciente realizar sus necesidades fisiológicas si lo desea y realizar su higiene personal diaria.
- Esperar el llamado de SOP,(si la intervención se realizara en SOP) y una vez que eso sucede se traslada a la paciente con todos sus insumos completos.

d. Durante el Procedimiento

- Recibir a la paciente, controlar sus insumos entregados del servicio y prepararla para ser colocada en ambiente donde será intervenida
- El rol fundamental de la enfermera durante el procedimiento es la de seguir brindando apoyo psicológico a la paciente y verificar sus datos si es la paciente correcta, o si consumió alimentos horas o minutos previos a la intervención.
- La paciente suele ser sedada con anestesia general (cuando este en SOP, pero en Sala de AMEU es muy poca la posibilidad de sedación) y el procedimiento dura de 10 a 15 minutos.

- Una vez culminada la intervención la paciente pasa a sala de recuperación y nuevamente la enfermera toma el rol de controlar las funciones vitales del paciente, hemodinámica, verificar estado de ansiedad (esta vez generalmente por dolor)
- Al cabo de aproximadamente 2 horas de recuperación post anestesia la paciente está apta para regresar a su servicio.

e. Después del Procedimiento

- Tras el legrado, se controlarán las constantes vitales de la paciente hasta que esté estabilizada y antes del alta. Se le advertirá que comunique de inmediato al médico cualquier signo de infección o hemorragia.
- Es importante decirle también que deberá evitar las relaciones sexuales al menos durante 15 días y que no debe utilizar tampones ni tomar baños de asiento hasta el alta médica definitiva.
- Si presentase dolor se aplicará analgésico ordenado por médico tratante, al igual que otros medicamentos indicados.
- Orientar a la paciente que deberá guardar reposo durante las primeras veinticuatro horas, el segundo día debe caminar pero evitando largos periodos de estar parada, entre el cuarto y quinto día podrá volver a sus actividades diarias evitando alzar cosas pesadas o realizar ejercicios físicos.
- La paciente debe guardar dieta durante las primeras seis horas.
- Una vez que el paciente es dado de alta, se le orienta a venir a su control por consultorio a los 8 días posteriores a la intervención, y si el legrado fue con fines biopsicos deberá venir con los resultados dentro de aproximadamente un mes.

f. BIBLIOGRAFÍA

- BUCHDA, V.; TRYNISZEWSKI, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 3aEd. Editorial Interamericana. México D.F. 2002 Pp. 277
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica 3era edic. Perú



3.24. ASISTENCIA DURANTE LA ASPIRACIÓN MANUAL ENDOUTERINA (AMEU)

a. **DEFINICIÓN:** Es un procedimiento que consiste en la evacuación o toma de muestra uterina producida al introducir una cánula al útero a través del cerviz y unirla a una jeringa, en la cual se ha preparado una presión de vacío, la cual producirá la aspiración del contenido uterino cuando esta presión negativa de la jeringa sea transmitida al interior del útero.

b. OBJETIVO:

- El profesional de enfermería debe conocer e identificar el procedimiento a realizar.

c. INDICACIONES

- Aborto incompleto no complicado menor de 12 semanas
- Aborto infectado luego del manejo de la infección.
- Mola hidatiforme de tamaño menor a 12 semanas
- Biopsia endometrial.

d. CONTRAINDICACIONES

- Biopsia: Sospecha o confirmación de embarazo
- Tamaño uterino mayor de 12 semanas FUM
- Dilatación mayor de 12 mm.

e. EQUIPOS Y MATERIALES

- Jeringa de válvula sencilla de 60 cm.
- Jeringa de válvula doble de 60 cm.
- Cánulas de Kartman N° 5 al 12
- Anillo de seguridad
- Silicona
- Guantes Quirúrgicos
- Gasas
- Espéculos (pequeños, medianos, grandes)
- Adaptador de metal
- Pinza Foerster.
- Pinza Museaux.
- Solución desinfectante
- Campo doble
- Campo simple
- Campo fenestrado
- Bandeja de con agua y lejía (instrumental utilizado)
- Balde para depositar desechos.
- Adaptadores N° 5 al 12

f. PROCEDIMIENTO

1. Antes del Procedimiento

Consejería

- Tratar a la paciente con respeto y evitar expresión de juicio verbal o no verbal.
- El trato positivo facilita el tratamiento y mejora la calidad de la atención recibida.
- Informar a la paciente sobre su estado de salud y el procedimiento de la AMEU.
- Permite la colaboración del paciente durante el procedimiento.
- Permitir que la paciente exprese sus temores en relación con su estado de salud o el tratamiento.
- El temor o un concepto falso pueden afectar la capacidad de comprensión de la paciente
- Hacer firmar la autorización de consentimiento para el procedimiento de AMEU.
- Proceso en la que la paciente conoce riesgos y beneficios del tratamiento y toma la libre decisión de autorizar o no el procedimiento.
- Si es RH negativa, comunicar al médico

Preparación física

- Revisar y completar la historia clínica.
- Control de Funciones vitales
- Verificar el tipo de anestesia, sedante o analgesia solicitada para la paciente, y la administración de otros medicamentos que fueran necesarios
- Constatar el equipamiento suficiente de la sala de procedimientos, en cuanto a equipo de AMEU, medicamentos de emergencia, soluciones des-contaminantes y antisépticas.
- Asegurar la evacuación vesical ya sea con micción previa o con sonda.
- Preparar la región bulbo perineal con una limpieza minuciosa con agua y jabón.

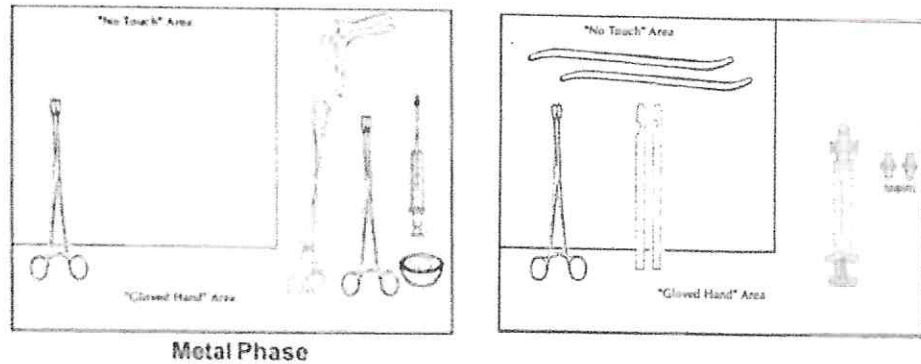
2. Durante el Procedimiento

- Colocar a la paciente en posición ginecológica.
- Preparar la mesa de Mayo con un campo estéril
- Considerar un 60% de la mesa "área rígida" y un 40% "área semirrígida".
- Preparar la mesa considerando dos momentos: el metálico y el plástico.
- Valorar funciones vitales
- Observar a la paciente y comunicar lo que está sucediendo.

3. Después del Procedimiento

- Tomar los signos vitales
- Vigilar constantemente a la paciente durante su recuperación
- Observar la presencia de sangrado vaginal
- Realizar los registros de enfermería en la hoja respectiva





Cuidados pos AMEU

1. Informar sobre los signos de alarma
2. Dar recomendaciones sobre actividad física, sexual, y régimen higiénico-dietético
3. Conversar sobre la metodología anticonceptiva
4. Recordar fecha para visita de control

g. BIBLIOGRAFÍA:

- BUCHDA, V.; TRYNISZEWSKI, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 3aEd. Editorial Interamericana. México D.F. 2002 Pp. 277
- Universidad Nacional de la Amazonia Peruana. Facultad de enfermería, Compendio de enfermería Básica. 3era edic. Perú



GOBIERNO REGIONAL DE LORETO
 DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD
 HOSPITAL REGIONAL DE LORETO
 FELIPE ARRIOLA VILLEGAS

 L.C. LORENA DEL PILAR ARMAR

