

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

HOSPITAL CLÍNICO
UNIVERSITARIO DE VALLADOLID
NOVIEMBRE 2009

CONTROL DE MODIFICACIONES		
EDICIÓN	FECHA	MODIFICACIONES RESPECTO A REVISIONES ANTERIORES
01	Nov 2009	Finalización de la elaboración del documento

REVISADO Y APROBADO
<p>Fdo.:</p> <p>Cargo:</p> <p>Fecha:</p>

Grupo de trabajo

Comisión de Procedimientos

M^a Rosa Alcaide Flores
Elena Barrios Díez
María Berdón Berdón
Lucía Capella Trigo
Ángela Jiménez Mayoral
Isabel Peña García
Francisca Rodríguez Hernández
Nieves Rojas Fontaneda
M^a Ángeles Salvador Lombraña

Colaboradores

Ana Abejón Arroyo
Esther Bernal Bernal
Nuria Bueno Massa
M^a Ángeles Castro Lozano
Montserrat Catalina Pascual
Rosa Diego Fernández
Consuelo García Recio
Teresa Gordaliza Rodríguez
Carmen Hernández Pérez
Milagros Hijas Villaizán
Elisa López Aguado
Mercedes Martínez Retortillo
Narcisa Mateos Matilla
Ana Montoya Sánchez
Soledad Noriega Ares
Begoña Pascua Ortega
Almudena Quintana Domínguez
Yolanda Rodríguez Lozano
Javier Yáñez Abuja

PRÓLOGO

Este manual de Cuidados de Enfermería es el resultado del trabajo del personal de Enfermería tanto en la revisión como en la elaboración de los nuevos protocolos.

Es un instrumento de trabajo de gran utilidad y una guía eficaz para todos, que ayuda a elevar el nivel de cuidados al paciente y, por tanto, la calidad percibida por el mismo, así como la Calidad Total ofrecida, tema de preocupación para el colectivo de Enfermería del Hospital Clínico.

Con la elaboración del presente manual de Intervenciones y Procedimientos de Enfermería pretendemos definir los criterios de actuación, facilitar el conocimiento de las actividades que se deban realizar y garantizar la correcta ejecución de las mismas, en la búsqueda de la excelencia profesional.

Esta labor ha sido llevada a cabo para y por Enfermería por un considerable número de expertos profesionales, que organizados por áreas asistenciales, desarrollaron la difícil tarea de revisar lo establecido contrastándolo con la evidencia científica disponible.

A todos ellos un inmenso agradecimiento por su valiosa y desinteresada colaboración, así como por su gran aportación, considerando que cada día son más necesarios los datos objetivos y concretos acerca de lo que realizamos.

Rafaela de las Heras Vicente

Directora de Enfermería

INTRODUCCIÓN

Para la revisión y actualización de los procedimientos anteriores, así como, para la elaboración de procedimientos nuevos se forman grupos de trabajo. Posteriormente se presentan y exponen semanalmente a la Comisión de Procedimientos que tras debate de todas las modificaciones y sugerencias aportadas aprueba el procedimiento final.

Se respeta la distribución temática, introduciéndose dos nuevo apartados: **Seguridad y Profilaxis de la infección** y cambiándose la nominación de Canalización venosa por: **Cateterización y cuidados de catéteres** y la de Reanimación cardiopulmonar por: **Cuidados de emergencia**.

En esta nueva edición se ha modificado la estructura de los procedimientos. Los pasos a seguir en la elaboración de cada uno de ellos ha sido el siguiente:

Denominación del procedimiento: Nombre o título que se le asigna.

Definición: Ayuda a delimitar el significado del nombre atribuido.

Objetivo: Describe lo que a nivel general pretendemos conseguir con la realización de las diferentes actividades.

Recursos humanos: Se refiere a la/s personas que tienen que realizarlo. Se utilizan los términos enfermera y celador para referirnos indistintamente al personal femenino y masculino de dichas profesiones.

Recursos materiales: Se describe el material necesario para llevar a cabo el procedimiento y que tendremos preparado antes de comenzar las actividades ya que ello nos ayudará a aumentar la eficacia y calidad del procedimiento.

Descripción de la sistemática: Comprende las acciones a seguir en orden cronológico (casi siempre). Cada técnica debe finalizar procurando la máxima comodidad para el paciente y recogiendo el material, así como, realizando el lavado de manos y anotando los registros oportunos.

Puntos de énfasis: Se reflejan recomendaciones y aspectos a tener en cuenta antes, durante o después de la realización del procedimiento para que éste se lleve a cabo correctamente.

Bibliografía: Aparecen las citas bibliográficas de los artículos, libros y documentos que se han consultado específicamente para cada procedimiento, tanto en papel como digitalmente, intentando encontrar aquellos basados en la evidencia científica.

También se han consultado los Manuales de Procedimientos editados recientemente por otros Centros: Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria de Tenerife, el Hospital de León o el Hospital Reina Sofía de Córdoba.

Este Manual contiene 82 Procedimientos, los cambios en relación a los contenidos de la anterior edición son los siguientes:

Algunos han **cambiado de nominación** bien para adaptarse más a su contenido, o bien, porque se ha ampliado el mismo:

Admisión del paciente en las Unidades de Hospitalización por **Acogida del paciente en las unidades de hospitalización**.

Aspiración a través de cánula endotraqueal en el adulto por **Aspiración de secreciones: orofaríngeas, nasofaríngeas y a través de cánula endotraqueal**.

Cuidados de un traqueostoma por **Cuidados de un traqueostoma. Cambio de cánula.**

Aerosolterapia (mediante NPV y NGV) por **Aerosolterapia.**

Administración de medicamentos citostáticos por **Administración intravenosa de medicamentos citostáticos.**

Cuidados de uñas, manos y pies por **Cuidado de las uñas.**

Administración de colirios y pomadas oftálmicas por **Administración de medicación oftálmica.**

Preparación del paciente ante una prueba radiológica con contraste por **Preparación del paciente en la Unidad ante una prueba radiológica con contraste.**

Uno, **se ha separado en dos:**

Administración de preparados nasales y óticos en **Administración de medicación ótica y Administración de medicación nasal.**

Otros, **se han unificado:**

Sondaje nasogástrico y Cuidados de la sonda nasogástrica en **Sondaje nasogástrico.**

Administración de medicación subcutánea e intradérmica y Normas para la correcta conservación y administración de insulina en **Administración de medicación subcutánea e intradérmica.**
Higiene de los genitales de la mujer e Higiene de los genitales del hombre en **Higiene de los genitales.**

Y Se han elaborado **16 Procedimientos nuevos:**

Mantenimiento de analgesia a través de un catéter epidural en perfusión continua.

Mantenimiento y retirada de un catéter epidural.

Pulsioximetría.

Medición de la presión venosa central.

Prevención de caídas.

Precauciones estándar o universales.

Normas de aislamiento.

Desinfección del instrumental.

Lavado manual del instrumental.

Limpieza y desinfección del mobiliario clínico.

Lavado antiséptico de manos.

Lavado higiénico de manos.

Higiene de manos con soluciones hidroalcohólicas.

Traslado del paciente a otro servicio para la realización de pruebas/consultas.

Vaciado de bolsa de orina con grifo.

Venopunción para obtención de muestras de sangre.

ÍNDICE

1-ADMISIÓN Y TRASLADO DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

- 1.1-Acogida del paciente en las unidades de hospitalización. 10
- 1.2-Traslado del paciente a otro servicio para la realización de pruebas/consultas. 12

2-CONSTANTES VITALES

- 2.1-Medición de la frecuencia cardiaca. 14
- 2.2-Medición de la frecuencia respiratoria. 15
- 2.3-Medición de la temperatura. 16
- 2.4-Toma de la tensión arterial. 18
- 2.5-Medición de la presión venosa central. 20
- 2.6-Pulsioximetría. 22

3-RESPIRACIÓN

- 3.1-Oxigenoterapia. 24
- 3.2-Aspiración de secreciones: orofaríngeas, nasofaríngeas y a través de cánula endotraqueal 26
- 3.3-Cuidados de un traqueostoma. Cambio de cánula. 29
- 3.4-Aerosolterapia. 32

4-NUTRICIÓN

- 4.1-Administración de nutrición enteral. 34
- 4.2-Administración de nutrición parenteral total. 37
- 4.3-Sondaje nasogástrico. 39
- 4.4-Alimentación por sonda nasogástrica en bolo. 42

5-ELIMINACIÓN

- 5.1-Balance hídrico. 44
- 5.2-Cambio de bolsa de orina. 45
- 5.3-Vaciado de bolsa de orina con grifo. 47
- 5.4-Colocación de un colector de orina. 49
- 5.5-Colocación de un absorbente. 51
- 5.6-Control de diuresis. 53
- 5.7-Sondaje vesical. 55
- 5.8-Sondaje rectal. 58
- 5.9-Enema de limpieza-irrigación intestinal. 60
- 5.10-Cuidados del estoma y piel periestomal. 62
- 5.11-Irrigación por colostomía. 64

6-MOVILIZACIÓN

- 6.1-Movilización del paciente encamado. 66

7-HIGIENE- PIEL

- 7.1-Baño de paciente en cama. 69
- 7.2-Lavado de cabeza del paciente en cama. 72
- 7.3-Higiene de la boca. 74
- 7.4-Higiene de los ojos. 76
- 7.5-Higiene de los genitales. 78
- 7.6-Cuidado de las uñas. 80
- 7.7-Cuidados de las úlceras por presión. 82
- 7.8-Prevención de las úlceras por presión. 85
- 7.9-Cama cerrada. 88

- 7.10-Cama abierta. 90
- 7.11-Cama ocupada 92

8-SEGURIDAD

- 8.1- Prevención de caídas. 94

9-PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN

- 9.1-Administración de medicamentos. Recomendaciones generales. 97
- 9.2-Administración de medicación nasal. 99
- 9.3-Administración de medicación oftálmica. 101
- 9.4-Administración de medicación oral. 103
- 9.5-Administración de medicación ótica. 105
- 9.6-Administración de medicación rectal. 107
- 9.7-Administración de medicación tópica. 109
- 9.8-Administración de medicación intramuscular. 111
- 9.9-Administración de medicación intravenosa. 113
- 9.10-Administración de medicación subcutánea e intradérmica. 117
- 9.11-Administración intravenosa de medicamentos citostáticos. 120
- 9.12-Administración de medicación por sonda nasogástrica. 122
- 9.13-Administración de medicación mediante bomba de infusión. 124
- 9.14-Mantenimiento de analgesia a través de un catéter epidural en perfusión continua. 126

10-CATETERIZACIÓN Y CUIDADOS DE CATÉTERES

- 10.1-Cateterismo vía venosa periférica. 128
- 10.2-Cateterización vía venosa central de acceso periférico. 130
- 10.3-Mantenimiento del catéter periférico y central. 133
- 10.4-Cuidados y mantenimiento del reservorio subcutáneo. 137
- 10.5-Cuidados y mantenimiento del catéter para acceso vascular Hickman. 140
- 10.6-Venopunción para obtención de muestras de sangre. 142
- 10.7-Mantenimiento y retirada de un catéter epidural. 144

11-CUIDADOS DE EMERGENCIA

- 11.1-Reanimación cardiopulmonar. 146

12-PRUEBAS DIAGNÓSTICAS Y TERAPÉUTICAS

- 12.1-Electrocardiograma. 148
- 12.2-Gasometría arterial. 150
- 12.3-Preparación y cuidados de enfermería en paracentesis. 152
- 12.4-Preparación y cuidados de enfermería en punción lumbar. 155
- 12.5-Preparación y cuidados de enfermería en toracocentesis. 158
- 12.6-Preparación del paciente en la Unidad ante una prueba radiológica con contraste. 161

13-PROFILAXIS DE INFECCIÓN

- 13.1-Lavado higiénico de manos. 163
- 13.2-Lavado antiséptico de manos. 166
- 13.3-Limpieza de manos con soluciones hidroalcohólicas. 168
- 13.4-Lavado manual del instrumental. 170
- 13.5-Limpieza y desinfección de mobiliario clínico. 172
- 13.6-Desinfección del instrumental. 174
- 13.7-Precauciones estándar o universales. 176
- 13.8-Normas de aislamiento. 179

14-RECOGIDA DE MUESTRAS

14.1-Recogida de heces. 183

14.2-Recogida de muestra de orina para laboratorio. 185

14.3-Recogida de muestra de orina para microbiología. 187

15-CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN CIRUGÍA

15.1-Cuidados de la herida quirúrgica. 189

15.2-Cuidados preoperatorios. 191

15.3-Cuidados en el postoperatorio inmediato. 193

APENDICE: TABLAS

TABLAI- Pruebas Vasculares.

TABLAII- Pruebas Urológicas.

TABLAIII- Pruebas Digestivas.

TABLAIV- Pruebas Especiales.

ACOGIDA DEL PACIENTE EN LAS UNIDADES DE HOSPITALIZACIÓN

Facilitar el ingreso del paciente en una Unidad del Hospital.

OBJETIVO

- ✓ Lograr la adaptación del paciente en la Unidad, proporcionando una adecuada información.
- ✓ Valorar la situación del paciente para establecer prioridades y actuaciones de enfermería.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Auxiliar de enfermería y Celador.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Habitación limpia y ordenada.
- ✓ Pijama o camisón y bata.
- ✓ Material de aseo y baño.
- ✓ Pulsera de identificación.
- ✓ Hoja informativa sobre normas de la Unidad.
- ✓ Documentación clínica.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Comprobar que la habitación, mobiliario (cama, armario, mesilla, sillón) luces y timbre estén preparados y en buen funcionamiento.
- ✓ Recibir e identificar al paciente llamándole por su nombre, presentándonos con nombre y categoría profesional. Colocar la pulsera identificativa.
- ✓ **Auxiliar de enfermería**
 - Acompañar junto con el celador y la familia al paciente a su habitación.
 - Mostrar la habitación y el mobiliario, entregándole el material que precise.
 - Instruir al paciente sobre el manejo de las instalaciones de la habitación.
 - Presentar al paciente los compañeros de habitación.
 - Recomendar que se entreguen los objetos de valor a la familia o al personal de seguridad.
 - En colaboración con el celador desvestir y meter en la cama al paciente, si precisa.

- ✓ La enfermera o auxiliar de enfermería informará al paciente/cuidador sobre las normas de funcionamiento de la unidad y del centro. Facilitar la hoja informativa de la Unidad.
- ✓ **Enfermera**
 - Comprobar documentación clínica.
 - Tomar y registrar constantes vitales.
 - Realizar la valoración enfermera, establecer el plan de cuidados y registrarlos.
 - Comunicar el ingreso del paciente al Servicio de Admisión si fuese de urgencia.
 - Solicitar dieta.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Asegurar la confidencialidad de la información.
- ✓ Preservar al máximo la intimidad del paciente.
- ✓ Tratar con respeto al paciente (nos dirigiremos a él por su nombre y preferentemente de usted).

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Junta de Castilla y León Ley 8/2003 sobre derechos y deberes de las personas en relación con la salud BOCYL N° 71/ 2003.
- Servicio Andaluz de Salud. Libro de estilo del Servicio Andaluz de Salud. Distr: Biblioteca del SAS 2003.

TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO SERVICIO PARA LA REALIZACIÓN DE PRUEBAS/CONSULTAS

Transferir temporalmente al paciente desde la Unidad donde permanece ingresado a otro servicio para realizarse una prueba diagnóstica/terapéutica o una consulta.

OBJETIVO

- ✓ Preparar adecuadamente al paciente para realizarse la prueba.
- ✓ Garantizar la seguridad y comodidad del paciente durante el traslado.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Auxiliar de enfermería y Celador.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Documentación.
- ✓ Medios de transporte.
- ✓ Accesorios: soportes de suero, balas de oxígeno, barras laterales, mantas o ropa de abrigo, s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ El celador comunica a la enfermera el traslado.
- ✓ La enfermera comprueba los datos del volante o registro con los del paciente.
- ✓ El celador se presenta al paciente.
- ✓ La enfermera junto con el celador identifican al paciente con nombre y apellidos verbalmente y a través de la pulsera.
- ✓ Explicar al paciente/cuidador donde va a ir y qué le van a hacer. Aclarar dudas y escuchar sugerencias.
- ✓ La enfermera se asegura que el paciente está preparado para la prueba (ayunas, enemas...).
- ✓ La enfermera verifica en el volante de la prueba las condiciones del traslado y valora la situación actual del paciente.
- ✓ La enfermera supervisa y colabora con el celador y la auxiliar de enfermería a transferir al paciente al medio de traslado, indicando y disponiendo de las medidas de seguridad que estime oportunas.

- ✓ La enfermera comprueba que el paciente se traslada con terapias y cuidados adecuados y comunica al servicio de destino por escrito y/o de forma oral la continuidad de cuidados, si es preciso.
- ✓ La enfermera revisa la documentación y se la da al celador para que la traslade junto con el paciente.
- ✓ La auxiliar de enfermería dejará la habitación en condiciones de recibir al paciente a su regreso.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ La enfermera estará presente cada vez que se proceda al traslado de un paciente.
- ✓ La enfermera mantendrá una comunicación bidireccional y fluida con el resto de profesionales y con el paciente/cuidador.
- ✓ Asegurarse que el consentimiento informado esté en la documentación del paciente, si se precisa.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Sheehy Budassi S. Manual de urgencia en enfermería. Ed. Elsevier España 2006.

MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA

Latido que se aprecia al comprimir una arteria con una superficie ósea.

OBJETIVO

- ✓ Valorar la frecuencia, el ritmo y la intensidad de las contracciones cardíacas.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Reloj con segundero.
- ✓ Registros de enfermería.
- ✓ Fonendoscopio s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en reposo y con el brazo apoyado.
- ✓ Localizar el latido de la arteria elegida (habitualmente radial) con la yema de los dedos índice, medio y anular ejerciendo una ligera presión sobre la misma.
- ✓ Contar las pulsaciones durante 30 segundos y multiplicar por 2 si es regular; si fuese irregular hacerlo durante 60 segundos.
- ✓ Realizar registros.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ No utilizar el dedo pulgar por tener éste latido propio.
- ✓ Si hubiera dificultad para tomar el pulso, situar el fonendoscopio sobre el 5º espacio intercostal izquierdo, línea media clavicular para obtener pulso apical.

BIBLIOGRAFÍA

- Carr S. Traducido por Del Río Faes C. Resumen de evidencia: signos vitales. Instituto Joanna Briggs 13-02-2007.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E., Fernández A.Mª. Auxiliar de Enfermería 4ºed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

MEDICIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

Número de ciclos inspiración- espiración por minuto.

OBJETIVO

- ✓ Valorar la frecuencia, ritmo y características de la respiración.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Reloj con segundero.
- ✓ Registros de enfermería.
- ✓ Fonendoscopio s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Colocar al paciente en reposo y preferentemente en decúbito supino.
- ✓ Evitar que el paciente se dé cuenta de la técnica (probable alteración del ritmo).
- ✓ Contar las elevaciones del tórax durante 60 segundos.
- ✓ Realizar registros.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Si los movimientos respiratorios son poco perceptibles colocar el fonendoscopio en el tórax y contar las elevaciones durante un minuto.

BIBLIOGRAFÍA

- Carr S. Traducido por Del Río Faes C. Resumen de evidencia: signos vitales. Instituto Joanna Briggs 13-02-2007.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA

Toma de la temperatura corporal.

OBJETIVO

- ✓ Detectar posibles alteraciones de la temperatura corporal.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Termómetro digital.
- ✓ Recipiente o contenedor.
- ✓ Guantes.
- ✓ Lubricante s/p.
- ✓ Papel de celulosa.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Registros de enfermería.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Pulsar el botón de encendido del termómetro
- ✓ **Puntos de toma:**
 - **Axilar**
 - Secar la piel previamente si estuviese humedecida.
 - Colocar el termómetro en el pliegue de la axila cruzando el antebrazo sobre el tórax de forma que el sensor esté en contacto con la piel del paciente.
 - **Rectal.**
 - Colocar al paciente en decúbito lateral con las piernas flexionadas.

- Ponerse guantes.
 - Lubricar el extremo distal.
 - Introducir con suavidad el termómetro entre 1,2 y 2,5 cm. en el recto.
- ✓ Mantener el termómetro hasta que suene la alarma.
 - ✓ Hacer la lectura y realizar registro.
 - ✓ Limpiar el termómetro.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ El termómetro se limpiará de un paciente a otro, sin sumergirle.
- ✓ Descontar 0,5 °C. en la toma rectal.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pére E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- ReHab. Termómetro digital. Manual de uso y operación.

MEDICIÓN DE TENSIÓN ARTERIAL (TA)

Medir la presión que ejerce la sangre a su paso por las arterias.

OBJETIVO

- ✓ Detectar y valorar posibles alteraciones de la tensión arterial.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Esfigmomanómetro.
- ✓ Fonendoscopio.
- ✓ Monitor automático de TA.
- ✓ Registros de enfermería.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en reposo y posición cómoda con el brazo extendido y apoyado a la altura del corazón.
- ✓ Colocar y ajustar el manguito alrededor del brazo que estará al descubierto y libre de opresiones.
- ✓ El borde inferior del manguito estará 2-3 cm. por encima del pliegue del codo.
- ✓ El centro de la cámara o la marca del manguito debe coincidir con la arteria humeral.
- ✓ Colocar el fonendoscopio sobre la arteria humeral sin que roce el manguito.
- ✓ Cerrar la válvula. Vigilar que la aguja del manómetro esté en cero.
- ✓ Insuflar el manguito hasta 20-30 mm. Hg. por encima de la última pulsación audible.
- ✓ Abrir la válvula de aire de forma lenta y uniforme.
- ✓ Observar la aguja del manómetro identificando la TA sistólica (1º latido) y la TA diastólica (último latido o cambio en el tono de los mismos).
- ✓ Desinflar totalmente el manguito y retirar.

- ✓ En el caso de toma de TA automática una vez colocado el manguito encender el equipo y presionar el botón indicado para tal fin. Esperar la finalización de la lectura.
- ✓ Realizar registro.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ El manguito debe ser adecuado al tamaño de la extremidad, la cámara debe cubrir el 80% del perímetro.
- ✓ No tomar la TA en un brazo con fístula arteriovenosa, otras patologías asociadas a la extremidad o con vía venosa periférica.
- ✓ La medición puede realizarse en el muslo con igual técnica utilizando la arteria poplítea.
- ✓ Ante diferencias mayores de 10 mm. de Hg. entre ambos miembros superiores seleccionar el brazo con TA más elevada reflejándolo en la gráfica.
- ✓ Si no se registra en el monitor y/o no es audible se hará la lectura por palpación colocando los dedos sobre la arteria radial; el primer latido que percibimos se corresponde con el valor de la TA sistólica.
- ✓ No dejar colocado el manguito salvo que se precise toma de TA en periodos inferiores o iguales a los 15 min.

BIBLIOGRAFÍA

- Carr S. Traducido por Del Rio Faes C. Resumen de evidencia: signos vitales. Instituto Joanna Briggs 13-02-2007.
- Carrero Caballero M^a C. Tratado de administración parenteral. DAE SL Madrid 2006.
- Coca J A. y col. Automedida de la presión arterial. Documento de consenso español 2006.
- Moliner de la Puente J.R, Domínguez Sardiña.M, González Paradela M^a C, y col. Toma de presión arterial e instrumentos de medida. Grupo de hipertensión arterial de la AGAMFEC 2005.

MEDICIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL (PVC)

Cuantificar la presión existente en la aurícula derecha o en la vena cava en cm. de agua.

OBJETIVO

- ✓ Determinar y valorar el volumen sanguíneo circulante.
- ✓ Valorar la tolerancia del corazón a la sobrecarga de volumen.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Catéter central.
- ✓ Sistema de suero de PVC.
- ✓ Escala graduada en cm. de agua.
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Soporte de suero.
- ✓ Registros de enfermería.
- ✓ Rotulador indeleble.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con la cama horizontal.
- ✓ Fijar la escala al pie de suero.
- ✓ Conectar el equipo de PVC al suero, purgarlo asegurándonos que no quedan burbujas y fijarlo a la escala.
- ✓ Comprobar permeabilidad del catéter, si tiene varias luces, conectar el sistema al extremo distal.
- ✓ Identificar y marcar la localización de la aurícula derecha (línea axilar media) haciéndola coincidir con el cero de la escala, extendiendo la varilla niveladora.
- ✓ Interrumpir las perfusiones mientras realizamos la técnica y lavar el catéter.

- ✓ Abrir la llave suero-manómetro hasta llenar la columna graduada y cerrarlo.
- ✓ Establecer la comunicación entre el manómetro y catéter del paciente.
- ✓ Observar el descenso de la columna de líquido, fluctuando con las respiraciones del paciente.
- ✓ Dejar estabilizar la columna 2-3 respiraciones, realizar la lectura que corresponde al nivel más alto de fluctuación.
- ✓ Cerrar el manómetro para permitir el flujo de suero hacia el catéter.
- ✓ Restablecer el resto de las perfusiones.
- ✓ Registrar los valores y la posición del paciente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Asegurarse que el catéter esté situado en aurícula derecha o en vena cava, mediante Rx de tórax.
- ✓ Si la oscilación de la columna de líquido coincide con el pulso, retirar el catéter hasta obtener la oscilación deseada (fluctuación con las respiraciones).
- ✓ Si tomamos la PVC. al paciente en posición de Fowler (semisentado 45°), su valor disminuirá entre 1 y 4 cm. de agua (dependiendo del índice de masa corporal) con respecto a la posición de decúbito supino.
- ✓ El suero isotónico de la PVC se utilizará sólo para este fin y se cambiará cada 24 h.
- ✓ Seguir las recomendaciones de asepsia según el procedimiento del manejo de las vías centrales.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Dirección de Enfermería del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Manual de intervenciones y procedimientos de enfermería 2003.
- Rivas Doblado J.S, García Ubero F. Artes León, J.L. Presión venosa central. Variaciones en pacientes con intolerancia al decúbito supino. Rev Rol de Enfermería 2002; 25(1) 51-54.

PULSIOXIMETRÍA

Medición no invasiva del oxígeno transportado por la hemoglobina en el interior de los vasos sanguíneos.

OBJETIVO

- ✓ Conocer y valorar los niveles de oxígeno arterial y el pulso.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Pulsioxímetro.
- ✓ Registros de enfermería.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en reposo.
- ✓ Colocar el sensor preferentemente en los dedos índice, medio o anular de la mano.
- ✓ Esperar unos segundos hasta que se estabilice la lectura de la saturación (comprobar que la frecuencia cardiaca obtenida coincide con la del paciente).
- ✓ Realizar registro.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Se retirará al paciente el esmalte de uñas, si lo tuviese.
- ✓ No colocar en la mano dominante, ni donde tengamos el manguito de presión arterial o fístula arterio-venosa.
- ✓ Se rotará de posición c/ 3-4 h, si se precisa medición continua.
- ✓ En situaciones de mala perfusión, colocarle en el lóbulo de la oreja, cartílago de la nariz o pulgar del pie (en niños).
- ✓ No fijar con esparadrapo o vendas.
- ✓ Evitar interferencias luminosas.
- ✓ Valorar la pigmentación de la piel: melanina, bilirrubina...

BIBLIOGRAFÍA

- Artaácoz Artaácoz M.A, Villar Miranda H. Pulsioxímetro. Rev. Rol de Enfermería 2007;30 (4):292.
- Laborde M. Medida de la saturación de oxígeno por medio óptico. XIII Seminario de Ingeniería biomédica. Montevideo. Uruguay. Jun 2004.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

OXIGENOTERAPIA

Administración de oxígeno por inhalación a mayor concentración que el aire ambiente.

OBJETIVO

- ✓ Aportar al paciente el oxígeno adecuado para prevenir y tratar la hipoxia.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Fuente de suministro de oxígeno (central o botella).
- ✓ Caudalímetro.
- ✓ Sistema humidificador con adaptador.
- ✓ Sistema de administración: gafas nasales, mascarilla con/sin reservorio.
- ✓ Pañuelos de papel.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Conectar el sistema a la toma de oxígeno y comprobar el funcionamiento.
- ✓ Colocar al paciente en posición adecuada (posición de Fowler), si es posible.
- ✓ Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, limpiando las secreciones nasales y orofaríngeas, si fuera preciso.
- ✓ Conectar al paciente.
 - **Gafas nasales:**
 - Ajustar los litros/minuto en el caudalímetro según órdenes médicas.
 - Ajustar los vástagos a los orificios nasales y fijarla en orejas y cuello teniendo cuidado que no friccionen o presione en exceso la piel y produzca lesiones.
 - **Mascarilla.**
 - Ajustar los litros/minuto en el caudalímetro según órdenes médicas.

- Ajustar la concentración de Oxígeno.
- Colocar la mascarilla ajustándola a la nariz, boca y mentón del paciente para evitar fugas, teniendo cuidado que no friccione o presione en exceso la piel y produzca lesiones.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ El oxígeno no es un gas inflamable, pero favorece que ardan otras materias.
- ✓ Vigilar el nivel de agua del humidificador.
- ✓ Comprobar el buen funcionamiento del sistema y reemplazarlo cuando precise.
- ✓ Realizar las variaciones en la fracción inspirada de oxígeno (FiO₂) y en el flujo pautadas teniendo en cuenta las instrucciones del fabricante del dispositivo.
- ✓ En caso de mascarilla con reservorio vigilar que el reservorio esté siempre lleno.
- ✓ En caso de lubricar el catéter nasal hacerlo con lubricante, no utilizar vaselina.
- ✓ Vigilar y proteger la piel en las zonas de apoyo del sistema de administración de oxígeno.
- ✓ Valorar las mucosas nasal, labial y lubricar si es necesario.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Botella Dorta C. Oxigenoterapia: administración en situaciones de hipoxia aguda. www.fisterra.com. Enero 2005.
- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre, A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES: OROFARÍNGEAS, NASOFARÍNGEAS Y A TRAVÉS DE CÁNULA ENDOTRAQUEAL

Extracción de secreciones de las vías aéreas mediante un sistema de aspiración.

OBJETIVO

- ✓ Mantener la vía aérea permeable.
- ✓ Prevenir infecciones respiratorias.
- ✓ Obtener secreciones con fines diagnósticos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Guantes (estériles si es a través de cánula endotraqueal).
- ✓ Gafas y mascarilla, s/p.
- ✓ Sistema de aspiración de vacío con manómetro regulable.
- ✓ Sonda de Yankauer.
- ✓ Sondas de aspiración atraumáticas con orificio de control de succión.
- ✓ Sonda de Lucken si fuera necesario obtener muestra.
- ✓ Suero fisiológico de 50- 100 cc.
- ✓ Agua destilada y solución antiséptica, s/p.
- ✓ Ampolla de suero fisiológico y jeringa de 5 cc.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente semisentado o sentado, si es posible.
- ✓ Comprobar el buen funcionamiento del sistema.
- ✓ Regular la presión de succión para que no sea excesiva (80-120 mm.Hg.).
- ✓ Colocarse los guantes.

✓ **Aspiración nasofaríngea**

- Conectar la sonda de aspiración atraumática, humedecer el extremo distal con suero fisiológico.
- Introducir la sonda a través de la fosa nasal hasta la tráquea sin aspiración.
- Ocluir el orificio de succión y aspirar de forma intermitente durante 10-15 seg. con movimientos rotatorios suaves, a la vez que se va retirando la sonda.

✓ **Aspiración orofaríngea**

- Conectar la sonda de yankauer.
- Introducirla por la boca deslizándola por el lateral de la cavidad hasta la faringe y aspirar.

✓ **Aspiración endotraqueal a través de cánula de traqueostomía**

- Conectar la sonda de aspiración atraumática del calibre adecuado (como máximo la mitad del diámetro de la luz interna de la cánula).
- Introducir la sonda a través de la cánula sin aspirar hasta encontrar resistencia.
- Ocluir el orificio de succión y aspirar de forma continua durante 10-15 seg. con movimientos rotatorios suaves a la vez que vamos retirando la sonda.
- Repetir el procedimiento si fuera necesario.
- Si hay tapón mucoso o secreciones espesas instilar de 2-4 cc. de suero fisiológico a través de la cánula con jeringa sin aguja.

✓ Después de cada aspiración desechar la sonda.

✓ Limpiar el tubo de bulbo del sistema de aspiración con agua/solución antiséptica.

PUNTOS DE ÉNFASIS

✓ No succionar al introducir la sonda para evitar lesiones en la mucosa.

✓ En pacientes conscientes antes de la aspiración invitarle a toser y hacer respiraciones profundas y utilizar oxígeno suplementario, si procede.

✓ Ante una tos y expectoración productiva suspender la aspiración.

✓ La aspiración se realizará siempre que lo precise el paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre, A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.
- Pérez E, Fernández AM^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

CUIDADOS DE UN TRAQUEOSTOMA. CAMBIO DE CÁNULA

Acciones para mantener en buen estado el estoma y el tejido circundante.

Sustitución de una cánula por otra de igual o diferentes características dependiendo de la causa del cambio en pacientes con respiración espontánea.

OBJETIVO

- ✓ Prevenir infecciones.
- ✓ Mantener la vía aérea permeable.
- ✓ Conservar la integridad de la piel en la zona circundante.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Guantes, gasas y paños estériles.
- ✓ Pinzas de disección estériles.
- ✓ Solución antiséptica (clorhexidina diluida en agua al 5%).
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Cánula endotraqueal (metálica, plástica o de silicona).
- ✓ Babero y cinta de sujeción.
- ✓ Rinoscopio y/o pinzas dilatadoras (Kocher).
- ✓ Sistema de aspiración.
- ✓ Sondas de aspiración atraumáticas.
- ✓ Cepillo de limpieza.
- ✓ Jeringas.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en posición sentado o semisentado con el cuello en ligera hiperextensión.

- ✓ Comprobar y poner en funcionamiento el aspirador.
- ✓ Ponerse los guantes.
- ✓ Preparar campo con material.
- ✓ En caso de precisar cánula con balón, verificar su funcionamiento.
- ✓ Desinflar el balón si lo tuviera.
- ✓ Aspirar si es necesario.
- ✓ Retirar babero y cánula.
- ✓ Limpiar el estoma y zona circundante con suero fisiológico y secar. Aplicar antiséptico.
- ✓ Colocar la cánula estéril preparada previamente lubricada con suero fisiológico, con fiador s/p.
- ✓ Retirar el fiador y colocar cánula interna asegurando su fijación e insuflando el balón si es el caso.
- ✓ Atar el hiladillo firmemente evitando comprimir vasos sanguíneos del cuello.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Retirar cánula interna (macho) cuantas veces precise por necesidad de aspiración u obstrucción, lavándola con cepillo y agua caliente. Secarla y volver a colocar.
- ✓ Asegurarse que la cánula interna queda fijada a la externa mediante el anclaje correspondiente.
- ✓ En caso de tapón mucoso persistente instilar 0,5-1cc. de suero fisiológico a través de la cánula y aspirar. Repetir el proceso si persiste el problema.
- ✓ Las cánulas son reciclables para el mismo paciente.
- ✓ Cambio de cánula tras la intervención al tercer día, después diariamente.
- ✓ Realizar el cambio de cánula lo más rápidamente posible cuando el traqueostoma es reciente para evitar la retracción del estoma. En cuyo caso se utilizará el rinoscopio o pinza para dilatarle.
- ✓ Controlar la presión del balón para evitar lesión isquémica en mucosa traqueal.
- ✓ Para asegurarnos que la cinta se halla a la tensión suficiente, una vez fijada debe poderse meter un dedo entre el cuello del enfermo y la cinta.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre,A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

AEROSOLTERAPIA

Es la administración de medicación por vía inhalatoria previamente nebulizada.

OBJETIVO

- ✓ Humidificar las secreciones traqueobronquiales y/o dilatar las vías aéreas

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Fuente de suministro de oxígeno.
- ✓ Conexión doble con llave para oxigenoterapia y aerosolterapia.
- ✓ Caudalímetro.
- ✓ Mascarilla, pipeta nebulizadora, alargadera y conexión s/p.
- ✓ Medicación pautada.
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Jeringa y aguja.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento que se va a realizar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Conectar el sistema a la toma de oxígeno.
- ✓ Colocar al paciente en posición de sentado o Fowler.
- ✓ Introducir el suero y el fármaco pautado en el reservorio del nebulizador.
- ✓ En caso de tener la fuente de suministro doble conexión, abrir la llave para aerosolterapia.
- ✓ Abrir el caudalímetro (aprox. 6-8 l /min) hasta que nebulice.
- ✓ Ajustar la mascarilla al paciente y mantenerla hasta la finalización de la nebulización (aprox 10-15 min.).
- ✓ Retirar la mascarilla.

- ✓ Limpiar la piel en contacto con el medicamento e indicar al paciente que se lave la boca, especialmente tras la utilización de corticoides.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Explicar al paciente que respire lenta y profundamente por la boca haciendo pausas inspiratorias.
- ✓ Procurar en todo momento la posición vertical de la mascarilla y el receptáculo.
- ✓ Vigilar la aparición de efectos secundarios de la medicación: palpitaciones, nerviosismo o ansiedad.
- ✓ Después de cada uso limpiar y secar la pipeta. Cambiarla c/24h.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Pérez E, Fernández AM^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN ENTERAL (NE)

Aporte de nutrientes directamente al aparato digestivo, por medio de sondas implantadas por vía nasal o enterostómica.

OBJETIVO

- ✓ Lograr un correcto estado nutricional del paciente.
- ✓ Prevenir las complicaciones del mal estado nutricional

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Sonda nasogástrica o sonda de enterotomía.
- ✓ Bomba de infusión con equipo de nutrición enteral.
- ✓ Nutrición enteral.
- ✓ Jeringa de alimentación.
- ✓ Bolsa de residuos.
- ✓ Tapones de sonda.
- ✓ Fonendoscopio.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Vaso de agua.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente sentado o si está en cama, incorporarlo de 30 a 45°.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Comprobar la correcta colocación de la sonda con embolada de 50 cc. de aire a la vez que se ausculta a nivel de epigastrio.
- ✓ **Comprobar tolerancia, antes de iniciar la alimentación.**
 - Administrar 50 cc. de agua a través de la sonda. Poner tapón a la misma durante 30 minutos.

- Conectar, transcurrido este tiempo, la sonda a bolsa en declive durante una hora.
- Valorar aspecto-volumen del vaciado gástrico (contenido de la bolsa). Si el contenido de la bolsa es anómalo (posos de café, contenido hemático, fecaloideo...) no instaurar la NE.
- ✓ Verificar **el contenido gástrico:**
 - Menor de 150 cc: Iniciar NE al ritmo indicado en la etiqueta del preparado.
 - Entre 150 – 250 cc: Cerrar NE.
Dejar la sonda conectada a bolsa en declive.
Nueva valoración a las 6h.
 - Más de 250 cc: Conectar la sonda a bolsa en declive.
Realizar nueva valoración en el siguiente turno de mañana.
- ✓ Comprobar los datos de la etiqueta del preparado (**nombre del paciente, caducidad, volumen y ritmo de infusión**).
- ✓ Conectar sistema de nutrición enteral a la bolsa o botella que contiene el preparado y purgarlo.
- ✓ Colocar el sistema o equipo en la bomba de infusión, programando ésta para que administre el volumen/hora pautado. Conectarlo a la sonda y administrarlo a temperatura ambiente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ En el paciente traqueostomizado con NE, comprobar que el balón de la cánula esté bien inflado.
- ✓ Comprobar permeabilidad y situación de la sonda por turno.
- ✓ Lavar la sonda cada 8 horas y siempre que se administre medicación con 50 cc. de agua.
- ✓ Cambiar el sistema alimentación y jeringas cada 24 horas.
- ✓ Durante las primeras 72 horas de la instauración de la NE, la técnica de valoración de residuo gástrico se realizará cada 8 horas (al inicio de cada turno). A partir de las 72 horas, se realizará la valoración cada 24 horas, coincidiendo con el aseo matutino del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

- Gyi AA. Alimentación nasoentérica: manejo Instituto Joanna Briggs. 27 Sept. 2006
- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Instituto Joanna Briggs Compendio de cuidados: Alimentación mediante sonda nasoentérica/nasogástrica 15-12-2006.
- Marino P L. El libro de la UCI. Edit. Masson. 2ª Ed. 2003.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Rodríguez T, Planas M. Administración de la nutrición enteral por sonda. Rev ROL Enf 2005; 28(12):823-831.
- Velasco Bueno J.M. ¿Qué hacer con el contenido gástrico residual? Revista Electrónica de Medicina Intensiva. Artículo nº 1072. Vol 7 nº 2, febrero 2007
Disponible en: <http://remi.uninet.edu/2007/02/REMI1072.htm>

ADMINISTRACIÓN DE NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL (NPT)

Aporte de nutrientes al organismo por vía venosa.

OBJETIVO

- ✓ Lograr un adecuado estado nutricional del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Dieta parenteral.
- ✓ Bomba de infusión.
- ✓ Equipo de administración de nutrición parenteral.
- ✓ Guantes.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Comprobar la identificación del preparado con la del paciente, así como los datos de la etiqueta con la prescripción dietética.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Conectar el equipo de infusión a la bolsa de alimentación y purgar.
- ✓ Colocar el equipo en la bomba.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Conectar la dieta parenteral mediante el sistema de bomba de infusión a la vía central.
- ✓ Poner en funcionamiento la bomba de infusión al ritmo prescrito y comprobar que la dieta se infunde correctamente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ La bolsa debe cambiarse c/24 h. aunque la solución no se haya terminado.
- ✓ Cambio del sistema de administración c/ 24 h.
- ✓ No añadir ninguna medicación a la NPT.
- ✓ Realizar balance hídrico diariamente.

- ✓ La vía venosa central que se utilice para la NPT es exclusiva para este fin.
- ✓ La bolsa de NPT debe conservarse en la nevera si no se va a utilizar inmediatamente.
- ✓ No acelerar ni interrumpir el ritmo de la infusión, si precisa interrupción por una emergencia (salida de catéter, rotura de bolsa, etc.) iniciar una infusión de glucosa al 10% al mismo ritmo de infusión y contactar con el médico.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Louey M. Resumen de evidencia: nutrición parenteral total: información clínica. Instituto Joanna Briggs. Mayo 2006.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.

SONDAJE NASOGÁSTRICO

Inserción de una sonda en el tracto gastrointestinal.

OBJETIVO

- ✓ Proporcionar nutrición e hidratación a través de la sonda.
- ✓ Evacuar el contenido gástrico.
- ✓ Administrar medicación.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Sondas nasogástricas.
- ✓ Lubricante hidrosoluble.
- ✓ Rotulador indeleble.
- ✓ Jeringa de 50 cc.de alimentación.
- ✓ Fonendoscopio.
- ✓ Vaso con agua.
- ✓ Apósito adhesivo/ apósito fijación.
- ✓ Bolsa colectora y soporte.
- ✓ Tapón.
- ✓ Sistema de aspiración s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Retirar las prótesis dentales, si tuviera.
- ✓ Colocar al paciente en posición sentado y con el cuello ligeramente flexionado hacia el tórax.

- ✓ Seleccionar el orificio nasal con más flujo de aire.
- ✓ Medir y marcar la longitud de la sonda a introducir (distancia entre la narina y el lóbulo de la oreja, y desde éste, al apéndice xifoides, más 5 cm.) Si la sonda tiene que colocarse en duodeno o yeyuno introducir 20-30 cm. más, colocando al paciente en decúbito lateral derecho.
- ✓ Lubricar la sonda si es preciso.
- ✓ Introducir la sonda través de la fosa nasal elegida hasta la faringe.
- ✓ Deslizar la sonda con suavidad (en paciente consciente se puede dar agua para que trague y aprovechar la deglución para deslizar la sonda de faringe a esófago) hasta llegar a la medida marcada.
- ✓ Comprobar la correcta colocación de la sonda: inspeccionar la cavidad bucal y mediante auscultación en epigastrio identificar el burbujeo de la insuflación de 20cc de aire en cavidad gástrica.
- ✓ Fijar la sonda a la pared nasal, hacer una señal en la sonda a ras del orificio nasal.
- ✓ Retirar el fiador de la sonda, si tuviere.
- ✓ Conectar a bolsa, a nutrición enteral o colocar tapón, según precise.
- ✓ **Realizar cuidados de mantenimiento de SNG.**
 - Higiene de nariz y boca cuando sea necesario (se aconseja c/ 12h).
 - Cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción (limpieza e hidratación).
 - Cambio de los puntos de apoyo de la sonda para evitar lesiones en piel y mucosas.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ En pacientes conscientes se coloca un tapón si es solamente para alimentación.
- ✓ En pacientes inconscientes se conectará a una bolsa por encima del nivel de la cabeza.
- ✓ En otros casos la sonda se conectará a aspiración, bolsa a nivel más bajo, etc., según indicación médica.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

ALIMENTACIÓN POR SONDA GÁSTRICA EN BOLO

Aporte de alimentos, modificados en consistencia, a través de una sonda colocada en el tracto gastrointestinal.

OBJETIVO

- ✓ Lograr un adecuado aporte nutricional al paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Sonda nasogástrica o de gastrotomía.
- ✓ Recipiente con el alimento triturado.
- ✓ Recipiente con caldo u otros líquidos.
- ✓ Jeringa de alimentación.
- ✓ Tapones de sonda.
- ✓ Fonendoscopio s/p.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Vaso con agua.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento que a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Sentar al paciente o si está en cama, incorporarlo de 30° a 45°.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Cargar la jeringa de alimentación con 30 – 50 cc. de agua y administrarla al paciente a través de la sonda.
- ✓ Mezclar el contenido del bol pastoso con el líquido, si precisa.
- ✓ Comprobar que el alimento esté templado. (temperatura corporal).
- ✓ Aspirar el contenido del recipiente con la jeringa de alimentación y conectarla a la sonda. La administración debe ser de forma lenta (30 ml. / min. aprox.).

- ✓ Una vez finalizada la administración de los alimentos, pasar de 50 a 100 ml. de agua de forma lenta.
- ✓ Desconectar la jeringa de la sonda y colocar en ésta un tapón. Mantener al paciente sentado o con inclinación de la cama entre 30 – 45° aproximadamente una hora.
- ✓ Lavar la jeringa de alimentación y dejarla protegida y preparada para la siguiente toma.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Comprobar permeabilidad y situación de la sonda.
- ✓ Lavar siempre que se administre medicación, con 50 cc. de agua.
- ✓ Cambiar jeringas al menos c/24 horas.
- ✓ Los fármacos que hubiera que administrar nunca se mezclaran con alimento. (Ver protocolo administración medicación por sonda nasogástrica para interacciones medicamentosas).
- ✓ Los requerimientos de agua estarán repartidos entre los periodos de administración de la alimentación.
- ✓ Es aconsejable no dar más de 300cc. en cada toma, en caso de tener que ingerir mayor volumen fraccionarlo.
- ✓ Evitar la entrada de aire durante la administración pinzando la sonda.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Marino P L. El libro de la UCI. Edit. Masson. 2ª Ed. 2003.
- Parra Moreno Mª L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Rodríguez T, Planas M. Administración de la nutrición enteral por sonda. Rev ROL Enf 2005; 28(12):823-831.

BALANCE HÍDRICO

Control del aporte y eliminación de líquidos en el organismo.

OBJETIVO

- ✓ Conocer el equilibrio hídrico en el organismo.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Recipientes graduados.
- ✓ Guantes desechables.
- ✓ Hoja de registro de balance de líquidos.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Medir y anotar todos los líquidos que entran en el paciente tanto por vía oral como enteral y parenteral, así como los lavados en otras cavidades, líquidos de diálisis, etc.
- ✓ Medir y anotar todas las pérdidas o salidas de líquidos: diuresis, deposiciones, sudoración, así como otras pérdidas patológicas: vómitos, drenajes, aspiración gástrica, hemorragias, etc.
- ✓ Sumar todas las cantidades parciales tanto de ingreso como de egreso por turno.
- ✓ Restar a los ingresos totales la suma de las salidas; y anotar el resultado.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ El balance puede ser positivo o negativo y se puede ir haciendo un balance total que consiste en ir sumando los balances parciales.
- ✓ Tanto el ingreso de líquidos como las salidas se mide en ml. y en recipientes graduados.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

CAMBIO DE BOLSA DE ORINA

Sustituir una bolsa de orina por otra limpia en el circuito de drenaje urinario.

OBJETIVO

- ✓ Manipular asépticamente el sistema de drenaje urinario evitando infecciones.
- ✓ Asegurar la protección del personal que lo manipula.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material de protección.
 - Guantes no estériles.
 - Bata o delantal impermeable.
 - Mascarilla.
 - Gafas oculares.
- ✓ Pinzas fuertes tipo Kocher /tapón de sonda.
- ✓ Bolsa de orina.
- ✓ Soporte de bolsa.
- ✓ Bolsa y/o contenedor para residuos.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Pinzar la sonda.
- ✓ Retirar el tapón protector de la bolsa nueva.
- ✓ Desconectar la bolsa de la sonda y conectar la nueva.
- ✓ Colocar el tapón protector en la bolsa usada.
- ✓ Colgar la bolsa limpia en el soporte.
- ✓ Despinzar la sonda y asegurarse de que está permeable.

- ✓ Llevar la bolsa usada, con la canalización que conecta a la sonda más alta que la bolsa, a un lugar adecuado para poder medir y recoger muestra, si precisa.
- ✓ Ponerse el equipo de protección que se precise.
- ✓ Proceder al vaciado de la bolsa a través del grifo en el vertedero o en el inodoro de la habitación.
- ✓ Desechar la bolsa de orina en el contenedor de residuos del grupo II (bolsa verde) próxima al vertedero.
- ✓ Lavarse las manos después de retirar el equipo de protección.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Eliminar la bolsa de orina sin vaciar en:
 - Contenedor de residuos del grupo IV (rígido, azul), en los pacientes en tratamiento directo con lavados vesicales con citostáticos.
 - Contenedor de residuos del grupo III (contenedor rígido) en los pacientes con enfermedades infecciosas altamente virulentas o especiales y en pacientes en tratamiento con citostáticos I.V.

BIBLIOGRAFIA

- Manual básico de información sobre riesgos laborales. Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. Servicio de Salud Laboral 2008.
- Procedimiento de eliminación del contenido de las bolsas de orina. Servicio de Prevención de Riesgos Laborales y Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid 2009.

VACIADO DE BOLSA DE ORINA CON GRIFO

Eliminación del contenido de la bolsa de orina de un paciente con sonda vesical al exterior.

OBJETIVO

- ✓ Manipular asépticamente y evitar desconexiones en el sistema de drenaje urinario para prevenir infecciones al paciente.
- ✓ Asegurar la protección del personal que lo manipula.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material de protección.
 - **Guantes no estériles.**
 - **Bata o delantal impermeable.**
 - **Mascarilla.**
 - **Gafas oculares.**
- ✓ Recipiente para vaciar y/o medir la orina.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Ponerse equipo de protección que se precise.
- ✓ Colocar un receptáculo limpio y seco para recoger la orina, debajo del grifo de vaciado de la bolsa.
- ✓ Abrir la válvula/grifo para vaciar la bolsa.
- ✓ Asegurarse de cerrar la válvula, dejándola en la posición inicial.
- ✓ Medir, guardar o desechar la orina según se precise.
- ✓ Limpiar el recipiente utilizado para el vaciado.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Lavarse las manos después de retirar el equipo de protección. Los guantes se deben cambiar entre un paciente y otro.
- ✓ Vaciar la bolsa regularmente para evitar que se llene.
- ✓ No realizar este procedimiento en pacientes que están en tratamiento con citostáticos o con enfermedades infecciosas altamente virulentas o especiales.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual básico de información sobre riesgos laborales. Gerencia Regional de Salud de la Junta de Castilla y León. Servicio de Salud Laboral. 2008.
- Procedimiento de eliminación del contenido de las bolsas de orina. Servicio de Prevención de Riesgos laborales y Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública Hospital Clínico Universitario de Valladolid 2009.

COLOCACIÓN DE UN COLECTOR DE ORINA

Colocar un dispositivo en el pene para recoger orina.

OBJETIVOS

- ✓ Control de diuresis.
- ✓ Mantener al paciente seco para evitar alteraciones de la piel.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material de aseo.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Colector.
- ✓ Medidor del calibre del pene.
- ✓ Bolsa colectora de orina.
- ✓ Soporte metálico.
- ✓ Maquinilla de rasurar.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocarse guantes y realizar higiene de los genitales.
- ✓ Rasurar la zona próxima al pene.
- ✓ Medir el diámetro del pene.
- ✓ Colocar el colector adecuado y desenrollarlo unos 2cm. para que al colocarlo, se evite el continuo contacto de la orina con el pene.
- ✓ Sujete el pene del paciente con la mano no dominante.

- ✓ Con la mano dominante, coloque la base del colector sobre el glande del paciente y deslícelo suavemente hacia el extremo proximal.
- ✓ Presionar sobre el pene para facilitar su fijación.
- ✓ Conectar la bolsa colectora de orina, colocarla en el soporte metálico.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Durante todo el procedimiento mantener la puerta y la ventana cerrada, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.
- ✓ Mantener la bolsa siempre por debajo del nivel de la vejiga, para facilitar la salida de orina.
- ✓ Comprobar la integridad de la piel del pene a los 30 minutos de la colocación del colector. Verificar el adecuado drenaje de la orina.
- ✓ Cambiar el colector y evaluar el estado de la piel c/24h.
- ✓ Vigilar la posible aparición de necrosis, para ello elegir bien el número de colector y no fijar nunca con esparadrapo.
- ✓ Vigilar la torsión del colector o del tubo de la bolsa colectora.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C Colocación de un colector de orina peneano. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/colectOrina/colectOrina.asp>. actualizado 18 de enero de 2005.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Vizcaya Moreno M^a Flores, Solano Ruiz M^a Carmen. Colocación del colector urinario y control de diuresis. Rev Metas de Enfermería N^o 45. Mayo 2002 pag. 50-52.

COLOCACIÓN DE UN ABSORBENTE

Acomodar un dispositivo que absorba o retenga la orina.

OBJETIVOS

- ✓ Mantener al paciente seco y cómodo para evitar problemas cutáneos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material de aseo.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Absorbente adecuado a las necesidades del paciente (tamaño, absorción).
- ✓ Bolsa de basura.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ **Posición acostado**
 - Frenar la cama, colocarla en posición horizontal si es posible y a la altura adecuada para trabajar.
 - Colocar al paciente en decúbito supino retirando el slip elástico y dejando el absorbente al descubierto.
 - Coloque al paciente en decúbito lateral. Retirar el absorbente siempre de delante hacia atrás, dejándolo en la bolsa de basura.
 - Aseo perineal.
 - Volver a colocar un absorbente nuevo doblado ligeramente hacia su interior para introducirlo de delante a atrás.

- Subir el slip, tirando de su borde superior.

 - Ir alisando los bordes del absorbente, centrándole bien.

 - Subir los bordes laterales externos e inferiores del slip hasta ajustarse perfectamente, sin que sobresalgan los bordes del absorbente.
- ✓ **Posición de pie**
- Colocar el slip a la altura de las rodillas.

 - Cambiar el absorbente siempre de delante hacia atrás dejándolo en la bolsa de basura.

 - Subir la malla colocando primero la parte de atrás estirándola bien.

 - Estirar la parte de delante y subir bien la malla cubriendo el vientre.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Durante todo el procedimiento mantener la puerta y la ventana cerrada.

- ✓ Asegurarse que el absorbente no queda con arrugas.

- ✓ En caso de irritación cutánea secar suavemente con ligeros toques. No friccionar.

- ✓ La frecuencia de cambio es variable, dependiendo de las necesidades del paciente. Al menos una vez por turno.

BIBLIOGRAFÍA

- Fistera. Salud. Incontinencia urinaria. Guía para cuidadores. Disponible en: http://www.fistera.com/Salud/1infoConse/inconUrinaria_guiaCuidadores.asp
Actualizado 20/1/2007.

CONTROL DE DIURESIS

Quantificación y calificación de la orina eliminada por el paciente en un periodo de tiempo determinado.

OBJETIVOS

- ✓ Observar las características de la orina.
- ✓ Controlar la cantidad de orina eliminada.
- ✓ Recoger orina de 24h para pruebas diagnósticas.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Recipiente graduado.
- ✓ Cuña o botella.
- ✓ Hoja de control de diuresis.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Bolsas colectoras, si el paciente tiene sonda vesical o colector.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos y ponerse los guantes.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ **Paciente con micción espontánea**
 - Medir directamente la orina en el recipiente de recogida si está graduado, sino verter el contenido en un recipiente graduado.
- ✓ **Paciente con sonda vesical o colector**
 - Medir la cantidad de orina en la bolsa colectoras graduada.
 - Vaciar el contenido de la bolsa en un recipiente a través de la válvula de vaciado.
 - Cerrar la válvula.

- ✓ Desechar la orina o almacenar según prescripción.
- ✓ Anotar la cantidad y características de la orina en la hoja de control.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Identificar el recipiente de recogida de orina.
- ✓ Asegurarse de dejar la válvula de la bolsa cerrada.
- ✓ En pacientes con absorbente calcular la cantidad de orina mediante la doble pesada.

BIBLIOGRAFÍA

- Vizcaya Moreno M^a Flores, Solano Ruiz M^a Carmen. Colocación del colector urinario y control de diuresis. Rev Metas de Enfermería N^o 45. Mayo 2002 pag. 50-52.

SONDAJE VESICAL

Colocación de una sonda en la vejiga a través de la uretra para el drenaje temporal o permanente de la orina.

OBJETIVO

- ✓ Evacuar la orina.
- ✓ Obtener muestras estériles.
- ✓ Monitorizar la diuresis.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Material de aseo (perineal).
- ✓ Guantes estériles y no estériles.
- ✓ Gasas, paños estériles.
- ✓ Jeringa.
- ✓ Agua bidestilada estéril.
- ✓ Sondas vesicales de diferentes calibres.
- ✓ Lubricante hidrosoluble.
- ✓ Bolsa colectora de circuito cerrado con grifo y soporte.
- ✓ Esparadrapo/ apósito adhesivo s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas estiradas (masculino); con las piernas flexionadas y separadas (femenino).

- ✓ Realizar higiene de los genitales.
- ✓ Ponerse los guantes estériles y montar el campo.
- ✓ Se comprueba el balón de la sonda y se lubrica su extremo distal.
- ✓ **Sondaje femenino.**
 - Separamos la vulva con los dedos pulgar e índice de la mano no dominante identificando el meato urinario.
 - Introducimos el catéter lenta y suavemente hasta que empiece a refluir orina, introduciendo la sonda 2-3cm. Más.
 - Conectamos la sonda a la bolsa colectora.
 - Inflamos el balón con agua bidestilada y tiramos de la sonda ligeramente para comprobar que quede fijada.
- ✓ **Sondaje masculino.**
 - Sujetamos el pene en posición vertical con la mano no dominante y retraemos el prepucio.
 - Introducimos la sonda lentamente hasta hallar resistencia.
 - Inclina mos el pene 45° hacia los pies del paciente para favorecer el paso a través de la uretra prostática hasta que comience a refluir orina.
 - Conectamos la sonda a la bolsa colectora.
 - Inflamos el balón con agua bidestilada y tiramos de la sonda ligeramente para comprobar que quede fijada. Volver el prepucio a su posición normal.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ No utilizar vaselina para lubricar la sonda.
- ✓ Inflar el balón con el volumen de agua bidestilada que recomienda el fabricante (aproximadamente 10-20cc.), no emplear suero fisiológico.
- ✓ Mantener la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga del paciente.
- ✓ No separar la conexión sonda-equipo colector, y en caso de ser preciso, realizar la maniobra de forma aséptica.
- ✓ En pacientes que caminan sujetar la sonda en la cara interna del muslo en las mujeres y en el abdomen en los varones.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Carballo Alvarez M. Martínez Vilariño M. Llaga Rodríguez M. Sondaje vesical. Rev. ROL Enf 2007; 30(11):759-762.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Joanna Briggs Institute. Manejo del sondaje vesical permanente de corta duración para la prevención de infecciones del tracto urinario Best Practice 2000; 4(1):1-6 ISSN 1329-1874. Actualizado 20-3-2007.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^o ed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.

SONDAJE RECTAL

Inserción de una sonda en el recto.

OBJETIVOS

- ✓ Facilitar la salida de los gases intestinales.
- ✓ Administración de fármacos o líquidos con fines diagnósticos o terapéuticos.
- ✓ Drenar el contenido líquido.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Sonda rectal.
- ✓ Lubricante hidrosoluble.
- ✓ Cuña, si precisa.
- ✓ Bolsa de drenaje y soporte s/p.
- ✓ Material de aseo.
- ✓ Esparadrapo s/p.
- ✓ Guantes.
- ✓ Empapador.
- ✓ Enema s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Asegurarse de que la temperatura ambiente es adecuada y no hay corrientes de aire.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha flexionada.
- ✓ Ponerse guantes.

- ✓ Lubricar la sonda un trayecto de unos 10 cm.
- ✓ Separar el glúteo superior con la mano no dominante.
- ✓ Introducir la sonda en el ano suavemente unos 10cm. rotándola ligeramente, aprovechando una espiración del paciente.
- ✓ Conectar la sonda a bolsa colectora si está indicado. Para eliminar gases mantenerla 30 minutos. Si se ha insertado para introducir un enema realizar esta técnica a continuación.
- ✓ Fijar la sonda con esparadrapo, si precisa.
- ✓ Dejar al paciente cómodo y tapado.
- ✓ Finalizado el procedimiento retirar la sonda, y limpiar la zona anal.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ El sondaje rectal está contraindicado en los pacientes que hayan sufrido alguna intervención quirúrgica reciente de la zona (fundamentalmente del recto y de la próstata).
- ✓ Indicar al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, ya que así se promueve la relajación del esfínter anal externo.
- ✓ No mantener la sonda rectal más de 30min. (aumenta el riesgo de producir lesiones en la mucosa rectal).

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta, C. Aplicación de una sonda rectal. Fistera.com 2005. Disponible en www.fistera.com/material/tecnicas/viaRectal/sonda_rectal.asp.
- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ENEMA DE LIMPIEZA-IRRIGACIÓN INTESTINAL

Instilación de sustancias en el tracto intestinal inferior.

OBJETIVOS

- ✓ Administración de fármacos o líquidos con fines diagnósticos o terapéuticos.
- ✓ Drenar el contenido intestinal.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y/o Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Sonda rectal (flexible) o cánula.
- ✓ Lubricante hidrosoluble.
- ✓ Cuña s/p.
- ✓ Material de aseo.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Empapador.
- ✓ Enema o solución de irrigación.
- ✓ Pie de goteo.
- ✓ Sistema irrigador.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir al paciente de cintura para abajo y colocar el empapador.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha flexionada (posición de Sims).
- ✓ Lubricar la cánula o sonda un trayecto de unos 10 cm.
- ✓ Separar el glúteo superior con la mano no dominante.

- ✓ Introducir la cánula o sonda rectal en el ano suavemente unos 10cm. rotándola ligeramente, aprovechando una espiración del paciente.
- ✓ En caso de irrigación, conectar la sonda rectal al equipo previamente purgado.
- ✓ Disponer de cuña o similar.
- ✓ Insertar la solución en el recto según indicación de volumen y temperatura (corporal).
- ✓ Finalizado el procedimiento retirar cánula o sonda.
- ✓ aconsejar al paciente que intente retener la solución durante 10 minutos.
- ✓ Determinar la cantidad y características de sustancia devuelta por el orificio anal.
- ✓ Realizar higiene perianal, si precisa.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Está contraindicado en los pacientes que hayan sufrido alguna intervención quirúrgica reciente de la zona (fundamentalmente del recto y de la próstata), con deshidratación, y con antecedentes de colitis ulcerosa o enteritis local.
- ✓ Indicar al paciente que inspire profundamente y que espire con lentitud, ya que así se promueve la relajación del esfínter anal externo.
- ✓ Observar la aparición de efectos secundarios.
- ✓ El volumen a administrar es de aprox. 1,5l. siempre que no esté contraindicado.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta, C. Aplicación de una sonda rectal. Fistera.com 2005. Disponible en www.fistera.com/material/tecnicas/viaRectal/sonda_rectal.asp.
- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve, J, Mitjans, J, Enfermería técnicas clínicas . McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Instituto Joanna Briggs. Intervención: Enema desechable. 9-05-05.
- Nicola Rowan RN, BN, BCA Traducido por Tamara Suquet. Resumen de evidencia: Enema: administración. Instituto Joanna Briggs. 27-09-06.
- Pérez E, Fernández A.Mª. Auxiliar de Enfermería 4ªed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Parra Moreno Mª, Arias Rivera S, Esteban de la Torre, A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Instituto Joanna Briggs. Intervención: Enema desechable 9-05-05.

CUIDADOS DEL ESTOMA Y PIEL PERIESTOMAL

Acciones para mantener el estoma y la piel circundante en buen estado.

OBJETIVOS

- ✓ Evitar irritaciones de la piel circundante.
- ✓ Prevenir complicaciones que puedan influir en el funcionamiento del estoma.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Carro de curas.
- ✓ Material de aseo.
- ✓ Toallas de celulosa.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Dispositivo adecuado a cada tipo de estoma.
 - Colostomía: bolsa cerrada transparente.
 - Post operatorio inmediato: bolsa abierta, transparente, sin filtro y de dos piezas.
 - Ileostomía; bolsa abierta con pinza transparente, con filtro y de dos piezas.
- ✓ Pasta especial para protección de la piel s/p.
- ✓ Guía para medir estomas.
- ✓ Absorbente s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Ponerse los guantes y colocarle en posición cómoda (decúbito supino, sentado).

- ✓ Colocar absorbente, si precisa.
- ✓ Retirar el dispositivo anterior de arriba hacia abajo, protegiendo siempre la piel circundante al estoma, despegar con una mano y sujetar la piel del abdomen con la otra sin arrancar bruscamente.
- ✓ Desecharlo en una bolsa de basura.
- ✓ Retirar con papel de celulosa los residuos, si los hubiera.
- ✓ Limpiar el estoma con agua, no aplicar jabón.
- ✓ Lavar la piel periestomal muy suavemente con la esponja natural, agua templada y el jabón neutro.
- ✓ Aclarar la piel y secarla cuidadosamente con los pañuelos de celulosa con pequeños toques.
- ✓ Medir el diámetro del estoma con la guía y recortar el dispositivo. La separación entre el estoma y la piel es de 2-3mm.
- ✓ Aplicar pasta protectora cutánea si la piel está irritada.
- ✓ Adherir el borde inferior del dispositivo en la parte inferior del estoma e ir pegándolo hacia arriba.
- ✓ Colocar la mano sobre el dispositivo y mantenerla durante un minuto.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ El estoma debe medirse cada 4-5 días hasta que su tamaño se estabilice.
- ✓ Colocaremos el dispositivo en la misma dirección del cuerpo (paralelo) si el paciente deambula y perpendicular al cuerpo mientras está encamado.
- ✓ Vaciar o realizar el cambio de dispositivo cuando esté a 2/3 de su capacidad para evitar que se desprenda por el peso.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Louey M. Resumen de evidencia. Estoma: atención y evaluación. Instituto Joanna Briggs. 12-09-06.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

IRRIGACIÓN POR COLOSTOMÍA

Instilación de agua a través del estoma digestivo.

OBJETIVOS

- ✓ Evacuar del intestino las sustancias fecales.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Absorbente.
- ✓ Dispositivo de ostomía.
- ✓ Cuña s/p.
- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Papel de celulosa.
- ✓ Sistema de irrigación con cono o sondas flexibles y blandas (foley 16-18).
- ✓ Pie de suero.
- ✓ Un litro de agua a 37°C.
- ✓ Lubricante.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocarle en posición de sentado o semisentado.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Colocar el absorbente en la cama.
- ✓ Retirar el dispositivo colector según procedimiento.
- ✓ Colocar el irrigador o contenedor de agua en el soporte a unos 40cm por encima de la colostomía.
- ✓ Purgar el equipo y la sonda, para evitar la entrada de aire y formación de gases.

- ✓ Lubricar el cono o la sonda.
- ✓ En caso de utilizar sonda verificar la dirección del estoma, con tacto digital.
- ✓ Introducir suavemente la sonda hasta que haga tope por la colostomía indicando al paciente que respire profundamente. Si utilizamos el cono mantenemos una presión suave sobre él para evitar que se salga.
- ✓ Administrar lentamente la solución prescrita (10-15min.).
- ✓ Cerrar la válvula y mantener el cono o sonda durante 2 min. Para evitar que el reflujo salga demasiado rápido.
- ✓ Retirar el cono o sonda.
- ✓ La salida de heces y agua por el estoma será de forma continua durante 10-15 min. Se recoge en la bolsa colectora
- ✓ Observar la cantidad y características evacuadas y vaciar en el interior del inodoro o en la cuña.
- ✓ Retirar el material.
- ✓ Realizar la higiene del estoma y colocación del dispositivo de ostomía.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Comprobar la temperatura del agua.
- ✓ Solo se puede practicar esta técnica en los pacientes que son portadores de una colostomía descendente o sigmoidea.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Instituto Joanna Briggs. Intervención: Estoma: enema. 20-01-2005.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre, A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO

Modificar la postura corporal del paciente que permanece en cama.

OBJETIVOS

- ✓ Alternar las áreas de presión para evitar la aparición de contracturas, deformidades o lesiones en la piel.
- ✓ Mantener correcta alineación corporal.
- ✓ Estimular la circulación y ayudar a prevenir tromboflebitis.
- ✓ Facilitar la expansión pulmonar y el drenaje de secreciones respiratorias.
- ✓ Favorecer la comodidad y el bienestar del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Auxiliar de enfermería y Celador.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Guantes.
- ✓ Almohadas, cojines, cuñas-tope, sacos de arena y otros accesorios similares.
- ✓ Sábanas, toallas.
- ✓ Barandillas, arcos, férulas, cinturón de fijación s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Frenar la cama, colocarla en posición horizontal si es posible y a la altura adecuada para trabajar.
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Realizar ejercicios activos y pasivos.
- ✓ Realizar cambios posturales siguiendo una rotación de las posiciones básicas que respondan a una programación específica, si procede.
- ✓ Colocar al paciente en correcta alineación corporal.

- ✓ Realizar las movilizaciones reduciendo las fuerzas tangenciales y de fricción. No arrastrar.
- ✓ Completar la acomodación y favorecer las posiciones deseadas con la utilización de accesorios.
- ✓ **Decúbito supino.**
 - Mantener los pies en ángulo recto.
 - Colocar almohada debajo de las piernas dejando los talones libres.
 - Colocar almohada en la cara externa del muslo para evitar la rotación externa de la cadera.
 - Colocar almohadas debajo de la cabeza, debajo de la cintura y dos debajo de los brazos (opcional).
- ✓ **Decubito prono.**
 - Colocar los brazos en flexión y apoyando sobre una almohada.
 - Colocar almohada debajo de las piernas, abdomen y muslo, dejando libres de presión los dedos de los pies, rodillas y manos.
 - Contraindicado en pacientes con lesiones torácicas y cardíacas.
- ✓ **Decúbito lateral.**
 - Colocar almohada debajo del brazo de forma que quede en ángulo recto con la mano, al mismo nivel que el codo.
 - Colocar almohada en la espalda para evitar desplazamiento del cuerpo.
 - Colocar almohada entre las piernas para evitar rozamiento.
- ✓ **Sedestación.**
 - Utilizar sillón adecuado con respaldo un poco inclinado.
 - Colocar almohadilla en región cervical.
 - Colocar pie en ángulo recto para evitar equino.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Si puede realizarlo autónomamente, enseñar al paciente a moverse cada 15 minutos (cambios de postura y/o pulsiones).
- ✓ Comprobar que el paciente no tiene contraindicada ninguna de las posiciones empleadas para los cambios posturales.

- ✓ Aprovechar los cambios posturales para realizar otras actividades necesarias.
- ✓ Estimular al paciente para que realice movimientos en la cama: girar los pies, flexionar y extender los dedos de la mano, etc
- ✓ Recordar seguir las recomendaciones europeas sobre manejo de pesos y cargas.
 - Aproximarse a la carga para evitar esfuerzos innecesarios.
 - Separar los pies, colocar un pie ligeramente más adelantado que otro y flexionar las rodillas.
 - Asegurar un agarre firme de la carga.
 - Mantener la espalda recta. Meter la barbilla para alinear cuello y cabeza con el plano de la espalda.
 - Expirar en el momento del esfuerzo, para evitar la presión en abdomen (hernias). Utilizar la fuerza de las piernas, sus músculos son los más potentes.
 - Cuando la realización de la tarea supone algún riesgo para el paciente o para el personal, hay que solicitar la ayuda de otro profesional o de algún medio técnico (grúa o elevador).
 - Girar el tronco dificulta la movilización. El cuerpo debe mantener un alineamiento adecuado mientras hace un esfuerzo.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Cámara Anguita S. Rivas Ortega, J.: Soriano Fernández P, Cañizares Ariza. F Ergonomía. Prevención de riesgos en emergencias Rev Excelencia enfermería N°0 Agosto 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Guía para la prevención y tratamiento de las úlceras por presión en atención especializada. Junta de Castilla y León 2008.
- Inspección UVMI. Técnicas de movilización y transporte de pacientes cambios posturales disponible en <http://inspeccion-uvmi3.iespana.es/inde7197.htm>
- Parra Moreno M^aL; Arias Rivera S.; Esteban de la Torre, A.; Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Pérez E, Fernández, A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

BAÑO DEL PACIENTE EN CAMA

Actividades dirigidas a suplir o ayudar al paciente a realizar la higiene personal.

OBJETIVO

- ✓ Mantener una adecuada higiene personal.
- ✓ Observar y proteger la piel para mantener su integridad y prevenir o reducir la colonización bacteriana.
- ✓ Conseguir la comodidad del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería y Celador (enfermo en cama).
- ✓ Auxiliar de enfermería, Enfermera y Celador (enfermo crítico).

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Palanganas con agua templada.
- ✓ Jabón neutro dermatológico.
- ✓ Soluciones hidratantes y/o protectoras de la piel.
- ✓ Esponjas desechables.
- ✓ Peine.
- ✓ Toallas.
- ✓ Ropa limpia para paciente.
- ✓ Ropa limpia para cama.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Asegurarse de que la temperatura ambiente es adecuada (22-24°C.) y no hay corrientes de aire.

- ✓ Preservar la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.
- ✓ Frenar la cama, colocarla en posición horizontal si es posible y a la altura adecuada para trabajar.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino si no hay contraindicaciones.
- ✓ Desnudar al paciente, dejando expuesta sólo la parte del cuerpo que se va a lavar.
- ✓ Enjabonar, aclarar y secar perfectamente siguiendo un orden desde las zonas más limpias a las menos limpias.
 - Ojos (ver procedimiento).
 - Cara (sólo con agua), orejas y cuello.
 - Extremidades superiores (en los casos que sea posible introducir las manos en la palangana). Especial atención a los espacios interdigitales.
 - Tórax prestando especial atención a axilas, pliegue submamario.
 - Abdomen y extremidades inferiores haciendo hincapié en ombligo, pliegue inguinal hueco poplíteo y espacios interdigitales.
 - Genitales y periné: lavar desde el pubis al periné sin retroceder, desechar la esponja.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral.
- ✓ Continuar con una esponja nueva por la parte posterior del cuello, espalda, glúteos, muslos y región anal.
- ✓ Hidratar y/o proteger la piel.
- ✓ Enrollar la sábana bajera longitudinalmente hacia el centro de la cama e irla sustituyendo por la limpia.
- ✓ Terminar de hacer la cama según protocolo.
- ✓ Vestir al paciente con el pijama/ camión.
- ✓ Peinar al paciente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Fomentar la colaboración del paciente en la medida de sus posibilidades.
- ✓ Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada aprox. 37- 40°C.
- ✓ Durante todo el procedimiento mantener la puerta y la ventana cerrada.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Fernández S. Aramendia A. Cita A. Nadal M. Núñez Y. Salamanca A. Velasco T. Higiene del paciente ingresado. Medicina preventiva Vol XI, N°2, 2º trimestre 2005.
- Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas, 2008; 4(4). Disponible: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0363.php>
- Pérez E, Fernández, A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4ªed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE EN CAMA

Actividades dirigidas a suplir o ayudar al paciente en el lavado del cabello.

OBJETIVO

- ✓ Mantener la higiene del cabello.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Champú.
- ✓ Palangana.
- ✓ Recipiente con agua caliente.
- ✓ Dos toallas.
- ✓ Hule o plástico.
- ✓ Tapones para los oídos o algodón.
- ✓ Secador.
- ✓ Guantes.
- ✓ Peine o cepillo.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Asegurarse de que la temperatura ambiente es adecuada y no hay corrientes de aire.
- ✓ Adecuar la altura de la cama y retirar el cabecero y la almohada.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con la cabeza en ligera hiperextensión (posición de Roser) al borde de la cabecera de la cama.
- ✓ Colocar la palangana para la recogida del agua en un plano inferior a la cabecera.
- ✓ Ponerse guantes y extender un hule desde la espalda del paciente hasta el interior de la palangana (la parte distal del hule se introduce en la palangana, quedando un canal o embudo que facilita la recogida del agua).

- ✓ Colocar alrededor del cuello una toalla.
- ✓ Colocar tapones o algodón en los oídos, si precisa.
- ✓ Mojar el pelo y después de aplicar una pequeña cantidad de champú, friccionando el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
- ✓ Aclarar y secar con toalla.
- ✓ Retirar los tapones de los oídos, si los tuviera.
- ✓ Peinar y secar.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Comprobar que la temperatura del agua es la adecuada.
- ✓ Durante todo el procedimiento mantener la puerta y la ventana cerrada.
- ✓ Asegurarse que no queda humedad en el pelo y que no se ha mojado la cama.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S. Aramendia A. Cita A. Nadal M. Núñez Y. Salamanca A. Velasco T. Higiene del paciente ingresado. Medicina preventiva Vol XI, N°2, 2ºtrimestre 2005.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas, 2008;4(4). Disponible: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0363.php>.
- Pérez E, Fernández A.Mª. Auxiliar de Enfermería 4ºed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

HIGIENE DE LA BOCA

Actividades dirigidas a suplir o ayudar al paciente a realizar la higiene bucal.

OBJETIVO

- ✓ Mantener higiene apropiada.
- ✓ Evitar infecciones o el agravamiento de otras lesiones al eliminar la placa bacteriana.
- ✓ Evitar sequedad y grietas.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Cepillo dental.
- ✓ Pasta dental.
- ✓ Vaso con agua.
- ✓ Antiséptico bucal (Hexetidina, Clorhexidina).
- ✓ Pinzas Pean/ Kocher.
- ✓ Vaselina.
- ✓ Gasas o torundas.
- ✓ Depresor lengua.
- ✓ Palangana.
- ✓ Toalla.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Si el paciente está capacitado, facilitarle el material necesario para que él mismo colabore o realice la limpieza bucal.
- ✓ Colocar al paciente semisentado (posición de Fowler), si no puede incorporarse en decúbito lateral.

- ✓ Disponer una toalla debajo de la barbilla del paciente.
- ✓ Preparar en el vaso la solución antiséptica bucal.
- ✓ Inclinar la cabeza del paciente hacia un lado.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Con las pinzas preparar una torunda e impregnarla en la solución antiséptica, procediendo a continuación a la limpieza de la boca, (paladar, lengua, cara interna de los carrillos, encías y dientes). Cambiar de torunda cuantas veces sea necesario.
- ✓ Secar labios y zona peribucal, lubricando a continuación los labios con vaselina.
- ✓ **Prótesis dental extraíble.**
 - ✓ Retirarla con una gasa moviendo con suavidad la placa superior.
 - ✓ Lavar la prótesis utilizando un cepillo adecuado.
 - ✓ Desinfectar, sumergiendo durante 10-15 minutos en la solución antiséptica.
 - ✓ La limpieza de la cavidad bucal se realizará como en el apartado anterior, si el paciente no se puede enjuagar la boca.
 - ✓ Aclarar la dentadura con agua antes de colocársela al paciente, o se guardará adecuadamente hasta su utilización con su identificación.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Realizar la técnica con suavidad, para no producir lesiones en encías y mucosas.
- ✓ Evitar maniobras que puedan provocar náuseas al paciente.
- ✓ Cuando el paciente tenga su propia dentadura y esté consciente pero no pueda realizar la higiene bucal, procederemos con cepillo y pasta dental a su limpieza, enjuague con agua y un último enjuague con solución antiséptica.

BIBLIOGRAFÍA

- Fernández S. Aramendia A. Cita A. Nadal M. Núñez Y. Salamanca A. Velasco T. Higiene del paciente ingresado. Medicina preventiva Vol XI, Nº2, 2º trimestre 2005.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4ºed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Las casas, 2008; 4(4). Disponible: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0363.php>.

HIGIENE DE LOS OJOS

Actividades dirigidas a suplir o ayudar al paciente a realizar limpieza de los ojos.

OBJETIVO

- ✓ Mantener higiene apropiada.
- ✓ Prevenir erosiones corneales, edemas parpebrales e infecciones.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Gasas.
- ✓ Suero fisiológico en envase de plástico monodosis.
- ✓ Pomada epitelizante s/p.
- ✓ Batea.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Abrir envase de suero.
- ✓ Separar los párpados con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra mano aplicar el suero en el lacrimal; limpiar el ojo del ángulo interno al externo, usando gasas diferentes para cada ojo.
- ✓ Cerrar y abrir los párpados suavemente y repetir el lavado las veces necesarias. Secar la región periorcular con una gasa.
- ✓ Aplicar pomada epitelizante en borde de párpado inferior, si precisa.
- ✓ Repetir el procedimiento en el otro ojo, cambiándonos previamente de guantes y utilizando material nuevo.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Durante el procedimiento no rozar la conjuntiva para evitar úlceras o lesiones corneales.
- ✓ En pacientes en coma o sin reflejo palpebral, asegurarse que los párpados no permanezcan abiertos, para evitar sequedad de la conjuntiva y prevenir úlceras corneales, utilizando, si es preciso, una gasa impregnada en suero fisiológico.

BIBLIOGRAFÍA

- Donnelly P. Traducido por Suquet T. Lavado ocular. Instituto Joanna Briggs13-10-2006.
- Fernández S, Aramendia A. Cita A. Nadal M. Núñez Y. Salamanca A. Velasco T. Higiene del paciente ingresado. Medicina preventiva Vol XI, N°2, 2ºtrimestre 2005.
- Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Lascasas,2008;4(4).Disponible:<http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0363.php>.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre,A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4ºed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

HIGIENE DE LOS GENITALES

Lavado y limpieza de los genitales.

OBJETIVO

- ✓ Mantener la higiene.
- ✓ Prevenir lesiones cutáneas.
- ✓ Prevenir infecciones
- ✓ Limpiar la zona antes de realizar un procedimiento/técnica terapéutico o diagnóstico.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Guantes no estériles.
- ✓ Esponjas desechables.
- ✓ Jabón neutro dermatológico.
- ✓ Absorbente.
- ✓ Cuña.
- ✓ Palangana o jarro con agua templada.
- ✓ Toalla.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Asegurarse de que la temperatura ambiente es adecuada y no hay corrientes de aire.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocar el absorbente.
- ✓ Adecuar la altura de la cama y ponerse guantes.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con las rodillas flexionadas y en rotación externa.
- ✓ Colocar la cuña.

✓ **En mujeres.**

- Lavar la zona con la esponja jabonosa, de arriba abajo y de dentro hacia fuera, limpiando cuidadosamente labios y meato urinario y por último la zona anal.
- Aclarar eliminando completamente los restos de jabón.
- Secar con toques ligeros, sin frotar.

✓ **En hombres.**

- Lavar los genitales con agua jabonosa, retirando el prepucio para garantizar un lavado minucioso de glande y surco balanoprepucial.
- Aclarar hasta eliminar todo resto de jabón. Secar.
- Colocar el prepucio para evitar edema de glande o parafimosis.
- Continuar lavando base del pene, zona púbica, testicular y por último la zona anal.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Comprobar la temperatura del agua.
- ✓ Durante todo el procedimiento mantener la puerta y la ventana cerrada.
- ✓ Comprobar que la ropa de cama ha quedado seca y sin arrugas.

BIBLIOGRAFÍA

- Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Las casas, 2008; 4(4) .Disponible: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0363.php>.
- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Núñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. Medicina preventiva Vol XI, N°2, 2º trimestre 2005.
- Instituto Joanna Briggs. Intervención: limpieza de sonda vesical hombre. 6-10-06.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4ºed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

CUIDADO DE LAS UÑAS

Actividades encaminadas a mantener las uñas limpias y en buen estado.

OBJETIVO

- ✓ Mantener las uñas limpias.
- ✓ Promover comodidad.
- ✓ Evitar infecciones.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Guantes.
- ✓ Palangana.
- ✓ Jabón líquido neutro.
- ✓ Compresas.
- ✓ Cepillo uñas.
- ✓ Toalla.
- ✓ Tijeras o cortauñas.
- ✓ Acetona.
- ✓ Algodón.
- ✓ Crema hidratante.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Ponerse los guantes.
- ✓ Retirar el esmalte de las uñas con algodón impregnado en acetona, si es preciso.
- ✓ Mojar manos y pies, introduciéndolos en una palangana con agua jabonosa, si no es posible aplicar compresas húmedas.
- ✓ Friccionar suavemente las palmas, los dorsos y entre los dedos con una esponja.

- ✓ Limpiar las uñas con cepillo.
- ✓ Secar manos y pies, teniendo especial cuidado en pliegues interdigitales.
- ✓ Cortar las uñas de los pies en forma recta y las de las manos en forma ovalada.
- ✓ Aplicar crema para evitar que la piel se reseque.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Manejar las tijeras o cortauñas cuidadosamente para evitar cortes y lesiones.
- ✓ Colocar al paciente de forma que tengamos una posición cómoda y ergonómica.
- ✓ Prestar especial cuidado al paciente diabético.

BIBLIOGRAFÍA

- Gálvez González M. Guía de actuación: Higiene del paciente crítico. Biblioteca Las casas, 2008. 4(4). Disponible: <http://www.indexf.com/lascasas/documentos/lc0363.php>.
- Fernández S, Aramendia A, Cita A, Nadal M, Núñez Y, Salamanca A, Velasco T. Higiene del paciente ingresado. Medicina preventiva Vol XI, N°2, 2º trimestre 2005.
- Pérez E, Fernández A.Mª. Auxiliar de Enfermería 4º ed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN (UPP)

Cuidados encaminados a la estimulación de la curación de las úlceras por presión.

OBJETIVO

- ✓ Facilitar la curación de las úlceras por presión.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Gasas, compresas, paños estériles.
- ✓ Pinzas, Kocher, tijeras, hojas de bisturí s/p.
- ✓ Suero salino. Ringer lactato.
- ✓ Jeringas, agujas y/o catéteres.
- ✓ Material de desbridamiento, curación y prevención de UPP, según se precise.
- ✓ Medios de transporte, hisopos para tomas microbiología y povidona iodada s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento que se va a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocar al paciente en la posición más cómoda para él y para el profesional.
- ✓ Colocar empapador.
- ✓ Retirar el apósito.
- ✓ Valorar:
 - Tamaño, bordes, localización de la úlcera, así como zona periulceral.
 - Signos de infección, colonización, contaminación.
 - Presencia de exudado, tejido necrótico y/o esfacelado.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Limpiar la zona periulceral con suero fisiológico.

- ✓ Lavar la herida con suero fisiológico. Aplicar una presión de lavado que garantice el arrastre de detritus, bacterias y restos de curas (jeringa de 20 ml. y un catéter de 19 mm.).
- ✓ Limpiar la herida con Ringer-lactato si se han utilizado apósitos de plata.
- ✓ Secar, no utilizar antisépticos.
- ✓ Si es preciso tomar muestra para microbiología (Guía. UPP, pag. 79-83).
- ✓ **Seleccionar un método de desbridamiento en base a criterios clínicos.**
 - Cortante: retirada de forma selectiva el tejido desvitalizado, necrótico, seco o con exudado.
 - Enzimático: eliminación de tejido necrótico mediante la aplicación de enzimas: colagenasa, estreptoquinasa).
 - Autolítico: aplicación de productos capaces de crear una cura húmeda que estimula la fibrinolisis (hidrocoloides, hidrogeles).
- ✓ Realizar la cura en ambiente húmedo, la elección de un tipo de producto u otro depende de elementos como el tipo de tejido, el exudado, la localización, la piel perilesional y el tiempo del cuidador.
- ✓ Las úlceras profundas, tunelizadas o cavitadas deben ser rellenadas para que no cierren en falso o se abscesifiquen.
- ✓ Monitorizar la evolución de las úlceras por presión, así como valorar el cambio de tratamiento si el anterior no funciona.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ En el caso de las UPP localizadas en los talones, si se confirma que no existe colección líquida por debajo, no se debe retirar la escara.
- ✓ La limpieza y desbridamiento, son efectivos para el manejo de la carga bacteriana de lesiones contaminadas y/o infectadas. La asociación con apósitos de plata la hace aún más eficaz.
- ✓ Las lesiones sin signos aparentes de infección, pero que presenten otros signos como retraso del crecimiento, aumento del exudado, del dolor, decoloración, etc. son sugerentes de colonización crítica y deberían ser tratadas como infectadas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Instituto Joanna Briggs Úlceras por presión. Manejo de las lesiones por presión. Best Practice12 (3) 2008.
- Guía para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en atención especializada. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud 2008.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión Producción editorial: Artefacto 2007.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

Conjunto de cuidados que planifica la enfermera para la NO formación de úlceras por presión en pacientes con riesgo de desarrollarlas.

OBJETIVO

- ✓ Valorar, registrar y evaluar periódicamente el estado de la piel.
- ✓ Evitar zonas de presión y/o roce excesivo.
- ✓ Repartir el peso corporal en diferentes puntos de apoyo.
- ✓ Favorecer la ausencia de humedad, la hidratación y protección de la piel.
- ✓ Mantener al paciente en un estado nutricional adecuado.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Auxiliar de enfermería, Celador.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Colchones y cojines antiescaras.
- ✓ Protectores de talón, codo y sacro.
- ✓ Lociones protectoras/hidratantes de la piel: cremas, aceites, ácidos grasos hiperoxigenados y otros productos específicos para la humedad: pasta de óxido de Zinc.
- ✓ Apósitos (film de poliuretano, espuma hidropolimérica, hidrocoloides extrafinos).
- ✓ Almohadas y/o rodillos u otros accesorios similares para cambios posturales.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Utilizar la escala de valoración de Norton modificada al ingreso, tras un hecho clínico relevante o un cambio en el estado del paciente y a intervalos periódicos mínimo siete días.
- ✓ Registrar el estado de la piel al ingreso, documentando historia de úlceras previas.
- ✓ Inspeccionar la piel de las prominencias óseas y demás puntos de presión para detectar enrojecimientos persistentes o cambios en la coloración de la piel mínimo una vez al día.
- ✓ Documentar cualquier cambio y prestar especial atención a esa zona.

- ✓ Eliminar la humedad excesiva en la piel causada por la transpiración, el drenaje de heridas y la incontinencia fecal o urinaria.
- ✓ Lavar la piel con jabones neutros, secar sin friccionar y aplicar medidas de protección en zonas de riesgo.
- ✓ No realizar masajes sobre las prominencias óseas, zonas enrojecidas y no utilizar dispositivos tipo flotador.
- ✓ Utilizar dispositivo de movilización, travesero, para reducir el rozamiento al mover al paciente y facilitar la movilización.
- ✓ Realizar cambios posturales en un intervalo de 2-6 h. en función del nivel de riesgos, aplicando un programa de giros individualizado.
- ✓ En la sedestación, enseñar al paciente autónomo a realizar pulsiones cada 15 min. o reposicionarle cada hora.
- ✓ Utilizar colchones especiales.
- ✓ Aplicar protectores para los codos y talones si procede.
- ✓ Mantener la ropa de la cama limpia, seca y sin arrugas.
- ✓ Controlar aporte hídrico y nutricional adecuado. En pacientes con deficiencia nutricional identificada consultar con el Servicio de Nutrición.
- ✓ Enseñar al paciente/cuidador las medidas preventivas de las úlceras de presión, si procede.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ No arrastrar al paciente.
- ✓ No es aconsejable elevar la cama más de 30°, mantenerlo el mínimo tiempo posible.
- ✓ Los decúbitos laterales se realizan a 30° para evitar presión en las prominencias óseas.
- ✓ El programa de cambios posturales es obligatorio a pesar de la utilización de colchones especiales.
- ✓ No utilizar vendajes en talones.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004
- Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión-prevención de las lesiones por presión. Best practice 2008; 12(2). 6-05-08.
- Guía para la prevención y tratamiento de úlceras por presión en atención especializada. Junta de Castilla y León. Gerencia Regional de Salud. 2008.
- Servicio Andaluz de Salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía Guía de práctica clínica para la prevención y el tratamiento de las úlceras por presión Producción editorial: Artefacto 2007.
- Instituto Joanna Briggs. Lesiones por presión-prevención de las lesiones por presión. Best practice 2008; 12(2). 6-05-08.

CAMA CERRADA

Hacer una cama que permanece vacía hasta la admisión de un nuevo paciente.

OBJETIVO

- ✓ Tener la cama preparada cuando llegue un nuevo ingreso.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Cubrecolchón s/p.
- ✓ Sábanas (encimera y bajera).
- ✓ Entremetida o empapador de celulosa s/p.
- ✓ Manta s/p.
- ✓ Colcha.
- ✓ Fundas de almohada.
- ✓ Carro de ropa limpia.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Frenar la cama, colocarla en posición horizontal y a la altura adecuada para trabajar.
- ✓ Extender y fijar el cubrecolchón.
- ✓ Colocar la sábana bajera de forma que el derecho quede hacia arriba, remeter primero la cabecera y luego los pies, haciendo las esquinas en mitra o inglete, por último, remeter los laterales.
- ✓ Situar la entremetida en el tercio medio de la cama centrándola y metiéndola por los laterales si se precisa.
- ✓ Colocar la sábana encimera, dejando el revés de la sábana hacia arriba remetiéndola sus extremos inferiores y sujetando las esquinas en forma de mitra.
- ✓ Colocar la manta (en caso necesario) con el borde superior a 12cm. más o menos de la cabecera del colchón.

- ✓ Colocar la colcha centrándola, remeter la parte inferior junto con la manta sujetando las esquinas en forma de mitra, la parte superior de la manta se dobla por debajo del borde superior de la sábana.
- ✓ En la parte superior volver la sábana sobre la manta y colcha para hacer el embozo.
- ✓ Después de comprobar el buen estado de la almohada, se coloca la funda dejándola en la cabecera de la cama.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Comprobar que cada una de las piezas están perfectamente estirada y alisada.
- ✓ Asegurarse que la sábana encimera, la manta y colcha cuelgan igual por ambos lados.
- ✓ Las esquinas en forma de mitra favorece la sujeción y evita las arrugas.
- ✓ Se valorará la necesidad de poner manta y/o entremetida/empapador en cada Unidad.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

CAMA ABIERTA

Hacer una cama que corresponde a un paciente ingresado que puede levantarse.

OBJETIVO

- ✓ Mantener el bienestar, comodidad e higiene del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Cubrecolchón s/p.
- ✓ Sábanas (encimera y bajera).
- ✓ Travesera o empapador de celulosa y manta s/p.
- ✓ Colcha.
- ✓ Fundas de almohada.
- ✓ Carro de ropa limpia.
- ✓ Carro de ropa sucia.
- ✓ Guantes.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Seguir los mismos pasos que para la cama cerrada (ver protocolo).
- ✓ Si el paciente volviera a ocupar la cama se le abrirá de forma que su acceso le resulte fácil, en forma de pico o abanico.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ A medida que se retira la ropa, introducirla en el carro de sucio. No tirarla al suelo.
- ✓ Comprobar que cada una de las piezas están perfectamente estirada y alisada.
- ✓ Después de extender la sábana encimera, es aconsejable dejar espacio para los pies del paciente (hacer un pequeño pliegue o doblez en sentido transversal a la altura de los pies de la cama).

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández, A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

CAMA OCUPADA

Hacer la cama estando el paciente en ella.

OBJETIVO

- ✓ Mantener el bienestar.
- ✓ Comodidad e higiene del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería y celador s/p.
- ✓ Auxiliar de enfermería, Enfermera y Celador (enfermo crítico).

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Cubrecolchón.
- ✓ Sábanas (encimera y bajera).
- ✓ Entremetida o empapador de celulosa y manta s/p.
- ✓ Colcha.
- ✓ Funda de almohada.
- ✓ Carro de ropa limpia.
- ✓ Carro de ropa sucia.
- ✓ Guantes desechables.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente.
- ✓ Frenar, adecuar la altura de la cama y colocarla en posición horizontal, si es posible.
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Retirar la almohada al paciente, si puede permanecer sin ella. Dejándola sobre una silla.
- ✓ Colocarle en decúbito lateral, procurar que no esté destapado innecesariamente, se le puede mantener con la sábana encimera.
- ✓ Recoger la sábana bajera, la entremetida y si es necesario el cubrecolchón en forma de rodillo hacia la espalda del paciente.

- ✓ Colocar cubrecolchón y bajera limpia de forma que queden bien centrados, desde la cabeza a los pies del paciente haciendo en ambas esquinas el doblez en mitra, enrollándolo hasta la espalda del paciente.
- ✓ Poner la entremetida y/o empapador igualmente, si precisa.
- ✓ Girar al paciente hacia al lado opuesto situándolo encima de la sábana limpia.
- ✓ Retirar toda la ropa sucia.
- ✓ Extender el cubrecolchón, encimera y entremetida limpias hacia el borde remetiéndolas por debajo del colchón haciendo las esquinas en forma de mitra.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino.
- ✓ Cambiar la sábana encimera retirando la sucia a la vez que se va colocando la limpia.
- ✓ Remeter la sábana por la parte inferior de la cama.
- ✓ Colocar manta si precisa, después la colcha, remetiéndola la parte inferior, sujetando las esquinas en forma de mitra junto con la sábana encimera.
- ✓ Para evitar presiones hacer un pequeño pliegue o doblez en sentido transversal a la altura de los pies de la cama en la sábana, manta y colcha.
- ✓ Doblar la parte superior de la sábana encimera por encima de la colcha y la manta hacia fuera, para hacer el embozo.
- ✓ Cambiar la funda de la almohada.
- ✓ Colocar la almohada.
- ✓ Colocar al paciente en la posición que precise o que le sea más cómoda.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Durante todo el procedimiento mantener la puerta y la ventana cerrada, proteger la intimidad del paciente y procurar que no esté destapado innecesariamente.
- ✓ A medida que se retira la ropa introducirla en el carro de sucio. No tirarla al suelo.
- ✓ Comprobar que cada una de las piezas están perfectamente estirada y alisada.
- ✓ Asegurarse que la sábana encimera, la manta y colcha cuelgan igual por ambos lados.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

PREVENCIÓN DE CAÍDAS

Establecer precauciones especiales en pacientes con riesgo de caídas.

OBJETIVO

- ✓ Evitar accidentes durante la hospitalización del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Auxiliar de Enfermería y Celador.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material de sujeción.
- ✓ Mecanismos de ayuda para el traslado.
- ✓ Dispositivos de ayuda en la deambulación.
- ✓ Barras laterales de seguridad para la cama.
- ✓ Silla de ducha.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Valorar el riesgo de caídas al ingreso y periódicamente, o cuando se produzcan cambios en el estado/situación del paciente.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración y necesidad de acompañante de forma continua.
- ✓ **PACIENTE ENCAMADO.**
 - Verificar que el freno de la cama está puesto.
 - Asegurar que el timbre de llamada, el interruptor de la luz, el teléfono u otros objetos personales estén a su alcance sin que tenga que hacer esfuerzos.
 - Instruir al paciente para que no se levante y utilice el timbre de llamada.
 - Aplicar medidas de sujeción y barreras laterales, si precisa.
- ✓ **AL LEVANTARSE.**
 - Asegurarse que la cama está frenada y colocarla en la posición más baja.
 - Disponer de iluminación nocturna.
 - Mantener al enfermo incorporado en la cama durante unos minutos antes de levantarlo, por si tiene algún mareo.

- Sentar al enfermo en un sillón apropiado, colocándole medidas de sujeción, si precisa.
- Asegurarse en caso de transferirle a una camilla o silla de ruedas que éstas estén frenadas.

✓ **EN EL BAÑO.**

- Indicar que no se cierre por dentro.
- Facilitar que el servicio esté accesible y con asideros.
- Mantener el suelo seco.
- Facilitarle silla de ducha, si precisa.
- Utilizar calzado cerrado y antideslizante.
- Acompañar al paciente, que lo necesite, en su aseo.

✓ **EN LA DEAMBULACIÓN.**

- Retirar todo el material que pueda producir caídas –mobiliario, cables, líquidos,...-
- Instruir al paciente para que lleve las gafas prescritas.
- Evitar los suelos húmedos y encerados.
- Recomendarle que utilice calzado ajustado y con suela antideslizante.
- Acompañar al enfermo, ayudándole a caminar, si precisa.
- Valorar el equilibrio y la marcha por si requiere dispositivos de ayuda.
- Enseñar a manejar los dispositivos de ayuda, y a utilizar los apoya manos.

✓ **MEDIDAS GENERALES EN LA UNIDAD INFANTIL.**

- Todo el tiempo que el niño deba permanecer en su cuna, los laterales de la misma estarán en posición elevada. Se instruirá a los familiares para que no abandonen la habitación sin comprobar previamente que los laterales están elevados.
- Cuando sea necesario realizar una técnica que requiera ser transportado fuera de la cuna, permanecerá en compañía de un miembro de la plantilla o un familiar.
- No permanecerá sólo en el baño.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Extremar las medidas de seguridad en pacientes con medicación especial y/o problemas de movilidad, conciencia, cognitivo, sensorial, equilibrio, debilidad muscular, hipo/hipertensión, hipoglucemia y en los mayores de 75 años.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Hospital Universitario Ramón y Cajal. Protocolo General. Caídas. Septiembre 2005.
- Instituto Joanna Briggs. Caídas en Hospitales. Best Practice 1998; 2(2);1-6. Actualizado 15-03-07.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN: RECOMENDACIONES GENERALES

Preparar, administrar los medicamentos prescritos.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente la medicación prescrita de forma segura.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Equipos de preparación y administración.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ **Seguir los cinco principios de la administración de la medicación.**
 - Medicamento.
 - Dosis.
 - Vía de administración.
 - Hora de administración.
 - Paciente.
- ✓ Valorar alergias medicamentosas y al látex, si precisa.
- ✓ Comprobar la caducidad e integridad del medicamento (forma, color, etc.)
- ✓ Preparar el medicamento utilizando el equipo y técnicas apropiados.
- ✓ Verificar la orden de medicación antes de administrar el fármaco.
- ✓ Identificar al paciente antes de la administración.
- ✓ Administrar el medicamento según procedimiento específico.
- ✓ Asegurarse que el paciente tome la medicación.
- ✓ Observar si se producen efectos adversos, toxicidad e interacciones.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ La medicación debe ser preparada en el momento de ser administrada.
- ✓ La preparación, administración y registro siempre será realizada por la misma enfermera; excepto la que se ha preparado en una unidad centralizada.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones
- 2004.
- Estévez J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^aed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN NASAL

Preparación y administración de medicación a través de las fosas nasales.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente la medicación prescrita de forma segura por vía nasal.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Guantes.
- ✓ Gasas y pañuelos desechables.
- ✓ Batea.
- ✓ Medicación.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar el medicamento.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Pedir al paciente que se suene la nariz suavemente siempre que no esté contraindicado.
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Colocarle con la cabeza inclinada hacia atrás y el cuello hiperextendido (posición de Proetz) para los senos etmoidales y esfenoidales. En decúbito supino con la cabeza ladeada (posición de Parkinson) para los senos maxilar y frontal.
- ✓ Indicar al paciente que respire por la boca.
- ✓ Colocar el dosificador a 1 cm. por encima de las fosas nasales e instilar el número de gotas prescrito dirigiéndolo hacia arriba (parte posterior de la nariz).
- ✓ Permanecer unos minutos en dicha posición.

✓ **Administración aerosol nasal.**

- Colocar al paciente con la cabeza en posición vertical sin inclinar la cabeza hacia abajo.
- Introducir el pulverizador en la fosa nasal y presionar el pulsador rápidamente y con firmeza.
- Pedir al paciente que no se suene la nariz en los minutos posteriores a la aplicación.

✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ Anotar la fecha de apertura en el envase para utilizarlo en el tiempo y forma que indica el laboratorio farmacéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Carr S. Traducido por Del Río Faes C. Medicación: administración nasal Instituto Joanna Briggs 12 de febrero del 2007.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN OFTÁLMICA

Preparación e instilación de medicación en los ojos.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente la medicación prescrita de forma segura por vía oftálmica.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Hoja de medicación.
- ✓ Guantes.
- ✓ Batea.
- ✓ Gasas.
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Jeringa.
- ✓ Medicación (colirio, pomada, o solución de lavado).

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar el medicamento.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente sentado o en decúbito supino con la cabeza echada hacia atrás y los ojos mirando hacia arriba (colirios y pomadas) y con la cabeza ladeada (irrigaciones), en este caso se coloca la batea para recoger el líquido.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Limpiar los párpados y pestañas con gasas humedecidas en suero fisiológico, desde la parte interna del ojo hacia la externa.
- ✓ Atemperar el fármaco cogiéndolo y moviéndolo ligeramente entre las manos.
- ✓ Con el dedo índice retraer el párpado inferior hacia abajo y con la otra mano administrar el medicamento; en el saco conjuntival si es colirio y a lo largo del mismo si es pomada.

- ✓ Ejercer una suave presión en el conducto nasolagrimal, si la medicación tiene efectos sistémicos.
- ✓ Indicar al paciente que cierre los ojos suavemente y que haga un ligero parpadeo.
- ✓ Retirar el exceso de medicamento con una gasa estéril diferente para cada ojo.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ Evitar tocar la córnea.
- ✓ Anotar la fecha de apertura en el envase para utilizarlo en el tiempo y forma que indica el laboratorio farmacéutico.
- ✓ En caso de tener que aplicar colirio y pomada, ésta se aplicará en último lugar.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C. Administración de medicación por vía oftálmica 20 Oct. 2004. Disponible en <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/viaOft/viaOft.asp>
- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J., Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas, McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E., Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Stern C. Medicación ocular: administración. Instituto Joanna Briggs 27-09- 2006.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL

Preparar, administrar los medicamentos prescritos por boca.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente la medicación prescrita de forma segura a través de la vía oral.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Carro/ batea y recipientes unidosis.
- ✓ Vaso con agua, zumo o leche s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar el medicamento.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca de la medicación a administrar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Entregar al paciente los medicamentos si tiene autonomía.
- ✓ Ayudar al paciente con la ingestión de los medicamentos, si precisa.
- ✓ Asegurarse de que ha tomado la medicación. Si es preciso realizar comprobaciones bucales.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ No deben ser fraccionados los comprimidos de acción retardada o con cubierta entérica.
- ✓ En caso de duda consultar el vademécum o con el farmacéutico.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Graham K. Medicación oral: Administración y almacenamiento. Instituto Joanna Briggs. Mayo 2007
- Pérez E., Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ÓTICA

Preparación e instilación de medicación en el oído.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente la medicación prescrita de forma segura en el conducto auditivo.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Hoja de medicación.
- ✓ Guantes.
- ✓ Batea.
- ✓ Algodón o gasa.
- ✓ Medicación.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar el medicamento.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente sentado con la cabeza inclinada o en decúbito lateral hacia el lado opuesto al oído a tratar.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Limpiar el conducto si precisa.
- ✓ Atemperar el fármaco, cogiéndolo entre las manos.
- ✓ Tirar suavemente del pabellón auricular hacia arriba y hacia atrás para alinear el conducto auditivo.
- ✓ Instilar la cantidad prescrita en el interior del conducto colocando el cuentagotas a 1 cm. por encima del canal auditivo.
- ✓ Masajear el oído con un dedo (apretando y soltando intermitentemente sobre el trago).

- ✓ Mantener al paciente en esta posición durante unos 5-10 min.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ Anotar la fecha de apertura en el envase para utilizarlo en el tiempo y forma que indica el laboratorio farmacéutico.
- ✓ Después de aplicar las gotas, no use algodón hidrófilo para tapar el conducto auditivo, salvo que el fabricante lo recomiende de manera explícita.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C. Administración de medicamentos por vía ótica 2005. Disponible en <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/ViaOtica/viaOtica.asp>
- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J., Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana. 2003.
- Mañós-Pujol M, Gil E, Jiménez R, Dicenta M. La medicación tópica en otología. Jano 2002; 62 (140): 37-9.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana. 2005.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN RECTAL

Preparar y administrar los medicamentos prescritos a través del recto.

OBJETIVO

- ✓ Preparar y administrar los medicamentos prescritos de forma segura a través del recto.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Batea.
- ✓ Guantes.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar el medicamento.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca de la medicación a administrar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo (posición de Sims), dejando expuestas la zona glútea y anal.
- ✓ Separar con una mano los glúteos, pedirle que se relaje y respire profundamente, con la otra introducir el supositorio suavemente hasta que pase el esfínter anal.
- ✓ Para aplicación intrarrectal de pomadas o microenemas, oprimir ligeramente el tubo para que el contenido humedezca el extremo, con objeto de facilitar su introducción en el recto.
- ✓ Introducir lentamente el aplicador y oprimir el tubo para inyectar la medicación. Retirar el aplicador.

- ✓ Mantener apretadas las nalgas del paciente hasta que ceda el tenesmo rectal (2 -3 min.).
- ✓ Pedirle al paciente que permanezca en esta posición 5-10 min.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ No deben ser fraccionados los comprimidos de acción retardada o con cubierta entérica.
- ✓ Si hay que partir el supositorio, hacerlo longitudinalmente para asegurar la correcta dosificación del fármaco.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Donnelly P. Medicación vía rectal: administración. Instituto Joanna Briggs Oct. 2006.
- Esteve J., Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E., Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN TÓPICA

Preparar, administrar los medicamentos prescritos sobre la piel y mucosas.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente la medicación prescrita de forma segura por vía tópica.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Batea.
- ✓ Apósitos.
- ✓ Gasas.
- ✓ Guantes.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar el medicamento.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca de la medicación a administrar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Colocar al paciente en una posición cómoda.
- ✓ Retirar los restos de medicación y limpiar la piel.
- ✓ Aplicar parches transdérmicos en zonas de piel sin vello.
- ✓ Extender uniformemente el medicamento con la palma de la mano y yema de los dedos, siguiendo la dirección del crecimiento del vello.
- ✓ Cubrir la zona con un apósito, si precisa.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ Alternar los sitios de aplicación de las medicaciones sistémicas tópicas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Donnelly P. Traducido por Del Río Faes C. Medicación de uso tópico. Instituto Joanna Briggs. 19 de abril de 2007.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E., Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAMUSCULAR

Preparar, administrar los medicamentos prescritos por vía intramuscular.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente de forma precisa y segura la medicación prescrita.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.
- ✓ Guantes.
- ✓ Agujas.
- ✓ Jeringa.
- ✓ Gasas, algodón.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Batea.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar la medicación prescrita según presentación
 - Ampolla, una vez roto el cuello, aspirar la dosis prescrita con jeringa y aguja.
 - Vial, pinchar con la aguja de carga el tapón, invertir el vial y aspirar el medicamento.
 - Liofilizado, reconstruirlo mezclando la medicación y el diluyente, cargar el medicamento reconstituido.
- ✓ Expulsar el aire de la jeringa.
- ✓ Identificar la medicación preparada.
- ✓ Cambiar la aguja de carga por la aguja intramuscular.

- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocarle en posición adecuada dependiendo del lugar de inyección (deltoidea, dorsoglútea, ventroglútea, cara externa del muslo).
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Desinfectar la zona con un algodón impregnado en alcohol, dejando secar 30 seg.
- ✓ Colocar la mano no dominante en el punto anatómico correcto, estirando la piel.
- ✓ Introducir la aguja (mediante sistema cerrado o abierto) rápidamente formando un ángulo de 90° con respecto al plano de la piel.
- ✓ Aspirar antes de inyectar, si se aspira sangre, pinchar de nuevo o cambiar de plano.
- ✓ Inyectar lentamente la medicación, esperar 10 seg. y retirar suavemente la aguja.
- ✓ Presionar el sitio de inyección, con una gasa seca evitando masajearlo.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ No reenfundar agujas, desechar el material en los contenedores apropiados.
- ✓ Comprobar que la zona de punción no presente edemas, masas, cicatrices o lesiones.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Donnelly P. Resumen de evidencia: inyección intramuscular. Instituto Joanna Briggs Oct. 2006.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Instituto Joanna Briggs. Compendio de cuidados: inyección intramuscular 15-12-2006.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN INTRAVENOSA

Preparar, administrar los medicamentos prescritos en vena.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente de forma precisa y segura la medicación prescrita por vía intravenosa..

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Suero y equipo de suero, s/p.
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.
- ✓ Guantes.
- ✓ Agujas.
- ✓ Jeringa.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Compresor.
- ✓ Batea/carro.
- ✓ Apósito o esparadrapo.
- ✓ Llave de 3 vías y conector universal Luer-Lock con válvula de seguridad s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar la medicación prescrita.
- ✓ Identificar la medicación preparada.
- ✓ Preparar correctamente el equipo para la administración de la medicación.
- ✓ Identificar al paciente.

- ✓ Informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Colocarle en posición cómoda.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ **Mediante inyección directa.**
 - Localizar la zona de punción, preferentemente en el área antecubital.
 - Colocar el compresor 10- 15 cm. por encima del lugar de punción.
 - Aplicar antiséptico, dejar actuar y efectuar la punción venosa (ver procedimiento).
 - Comprobar que refluye sangre aspirando, si precisa.
 - Retirar el compresor e inyectar lentamente la medicación (a la velocidad indicada según prescripción médica e indicación del fabricante).
 - Retirar la aguja y aplicar presión en el lugar de punción con gasa estéril o colocar apósito compresivo, durante 3-5 minutos.
- ✓ **Administración de medicación en bolo a través de una vía canalizada con perfusión continua.**
 - Verificar la permeabilidad de la vena.
 - Limpiar con solución antiséptica la entrada a la válvula.
 - Acoplar la jeringa, girar la llave para abrir el paso y cerrar la entrada de la perfusión continua.
 - Administrar la medicación IV a la velocidad adecuada.
 - Lavar con suero fisiológico.
 - Cerrar la llave de paso, retirar la jeringa y continuar con la perfusión.
 - Limpiar el tapón válvula
- ✓ **Administración de medicación en perfusión intermitente a través de una vía venosa canalizada con perfusión continua.**
 - Verificar la permeabilidad de la vena.
 - Limpiar con solución antiséptica la entrada a la válvula.
 - Acoplar el equipo, girar la llave para abrir el paso y administrar la medicación IV a la velocidad adecuada.

- Lavar con suero fisiológico.
 - Cerrar la llave de paso, retirar el sistema.
 - Limpiar la válvula.
- ✓ **Administración de medicación a través de una vía venosa canalizada sin perfusión continua.**
- Desinfectar la válvula con antiséptico
 - Aspirar contenido del catéter si está heparinizado.
 - Verificar la colocación y permeabilidad del catéter lavando con 5cc de suero fisiológico.
 - Administrar la medicación al ritmo adecuado.
 - Retirar el sistema una vez administrada la medicación.
 - Lavar con 5cc. de suero fisiológico.
 - Heparinizar el catéter, si precisa.
 - Limpiar la válvula.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ Ciertos fármacos NO pueden administrarse en bolo (soluciones electrolíticas como el potasio).
- ✓ Lavar con suero fisiológico antes y después de poner medicaciones que puedan interactuar o sean incompatibles.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, Mateos Salido MJ, del Moral Jiménez J, Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Procedimiento.- Mantenimiento de un acceso venoso periférico (Código TIV. 05). Evidentia 2006 may-jun; 3(9). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n9/225articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Estévez J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.

- Pablo Casas M, Penas Ríos JL. Guía para la prevención de complicaciones infecciosas relacionadas con catéteres intravenosos. Disponible en www.meiga.info/guias/Cateteres.asp.
- Zaragoza Arnau M. Antisepsia y desinfección terapia intravenosa. Rev. Rol Enf 2006; 29(2): 129-126.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN SUBCUTÁNEA E INTRADÉRMICA

Preparar, administrar los medicamentos prescritos en la epidermis o tejido celular subcutáneo.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente de forma precisa y segura la medicación prescrita a través de la vía subcutánea e intradérmica.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.
- ✓ Guantes.
- ✓ Aguja subcutánea.
- ✓ Jeringa.
- ✓ Gasas.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Batea.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar la medicación prescrita.
- ✓ Identificar al paciente.
- ✓ Informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ **Punción subcutánea**
 - Seleccionar y palpar el lugar de punción: superficie externa de brazos, muslos y abdomen.

- Desinfectar la zona y dejar secar.
- Hacer un pliegue en la piel y tejido celular subcutáneo con el dedo índice y pulgar de la mano no dominante.
- Introducir la aguja rápidamente, con el bisel hacia arriba, formando un ángulo de entre 45° y 90°.
- Inyectar la medicación.

✓ **Punción intradérmica.**

- Seleccionar el lugar de punción: cara anterior del antebrazo y región escapular.
- Desinfectar la zona y dejar secar.
- Introducir la aguja con el bisel hacia arriba en un ángulo de entre 5° y 15°.
- Inyectar la medicación observando que se forma una pequeña ampolla en la superficie de la piel.

- ✓ Extraer la aguja y aplicar una suave presión en el sitio de punción.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ Comprobar que la zona de punción no presente edemas, masas, cicatrices o lesiones.
- ✓ Utilizar la zona abdominal para inyectar heparina subcutánea dejando libre un área de aprox. 1cm. alrededor del ombligo.
- ✓ En la administración de insulinas tener en cuenta:
 - Alternar sistemáticamente los lugares de inyección en las diversas zonas anatómicas.
 - Limpiar con alcohol de 70° el tapón del frasco de insulina antes de cargar la dosis.
 - Si hay que preparar dos tipos de insulina, extraer primero la dosis de acción rápida y luego la de acción retardada.
 - Los análogos lentos de la insulina no se puede mezclar con otras insulinas.
 - Anotar la fecha de apertura del vial y seguir recomendaciones del Lab. Farmacéutico.

- Los viales deben conservarse entre 2-8°C y no debe exponerse a la luz solar.

BIBLIOGRAFÍA

- Carr S. Traducido por Suquet T. Resumen de Evidencia: Inyección intradérmica. Instituto Joanna Briggs. Septiembre 2006.
- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Donnelly P. Insulina subcutánea. Instituto Joanna Briggs Sept 2006.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

ADMINISTRACIÓN INTRAVENOSA DE MEDICAMENTOS CITOSTÁTICOS

Administrar los medicamentos citostáticos prescritos por vía intravenosa.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente de forma precisa y segura la medicación citostática.
- ✓ Evitar la contaminación del manipulador y del ambiente

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicación citostática preparada para el servicio de farmacia.
- ✓ Equipos, alargaderas y bomba de administración de poliquimio.
- ✓ Contenedor para equipos citostáticos con etiqueta identificativa.
- ✓ Sueros.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Conexiones Luer-lock.
- ✓ Jeringa s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar la medicación recibida con la prescripción facultativa y con los datos del paciente.
- ✓ Purgar el equipo de administración (poliquimio) con suero fisiológico.
- ✓ Colocar el equipo de administración en la bomba de infusión.
- ✓ Conectar el citostático al equipo.
- ✓ Identificar al paciente.
- ✓ Informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar grado de colaboración.

- ✓ Ponerse guantes (estériles si vía central).
- ✓ Comprobar la permeabilidad de la vía.
- ✓ Conectar el sistema de infusión a la vía venosa del paciente.
- ✓ Programar la bomba según pauta farmacéutica y administrar la medicación.
- ✓ Lavar el equipo después de la administración de cada uno de los citostáticos y una vez finalizado el tratamiento con al menos 20 cc. de suero fisiológico.
- ✓ Depositar todo el material en el contenedor de residuos citostáticos.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios universales de administración de medicación.
- ✓ En caso de extravasación actuar según las medidas generales de extravasación de citostáticos contenidos en la guía farmacoterapéutica (pag.206).
- ✓ En caso de vertido del preparado citostático en una superficie, es necesario protegerse con doble guante, bata, gafas y mascarilla, se tratarán los residuos como contaminantes. Lavar las superficies con alcohol de 70°, vaciar y ventilar la habitación.
- ✓ En caso de contacto con la piel, ojos; lavar con agua abundante. Si existe irritación, consultar con el dermatólogo u oftalmólogo.
- ✓ No deben manejar citostáticos mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, madres con historia de aborto, personal con historial de alergias o tratamiento previo con citostáticos y/o radiaciones y personal sospechoso de posible daño genético.

BIBLIOGRAFÍA

- Comisión de Farmacia y Terapéutica. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Guía Farmacoterapéutica. 3ª ed 2006.
- Comisión de Salud Pública. Consejo Iterterritorial del Sistema Nacional de Salud. Protocolos de vigilancia sanitaria específica: agentes citostáticos. Ministerio de Sanidad y Consumo 2003.
- Ginés J. Manual de recomendaciones para la manipulación de citostáticos. Hospital Universitario Son Dureza. Palma de Mallorca 2002.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN POR SONDA NASOGÁSTRICA (SNG).

Preparar, administrar los medicamentos prescritos por sonda nasogástrica.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente de forma precisa y segura la medicación prescrita por SNG.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería y Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Jeringa de alimentación.
- ✓ Vaso con agua.
- ✓ Triturador, tapón y pinza Kocher s/p.
- ✓ Guantes.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar la medicación prescrita.
- ✓ Identificar la medicación preparada.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Comprobar la posición y permeabilidad de la sonda.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con la cama a 30-45°, si no hay contraindicación.
- ✓ Triturar el medicamento/ vaciar el contenido de la cápsula si se precisa y es adecuado.
- ✓ Mezclar, disolver el medicamento en el líquido del vaso y cargarlo en la jeringa de alimentación.
- ✓ Pinzar la sonda y conectar la jeringa.

- ✓ Despinzar e introducir lentamente la medicación.
- ✓ Volver a pinzar la sonda.
- ✓ Lavar la sonda con 30-50 ml. de agua al acabar la administración.
- ✓ Colocar tapón. Si la sonda es para drenaje conectar la bolsa y elevarla por encima de la cabeza.
- ✓ Mantener al paciente incorporado durante 30 min. aproximadamente. Si no es posible, colocarlo sobre el costado derecho y con el cabecero de la cama parcialmente elevado.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios universales de administración de medicación.
- ✓ No olvidar lavar la sonda después de la administración para disminuir la posibilidad de obstrucción.
- ✓ No deben ser fraccionados los comprimidos de acción retardada o con cubierta entérica, porque puede reducirse su efectividad o aumentar la toxicidad.
- ✓ Los medicamentos que han de permanecer en el estómago durante un tiempo prolongado (antiácidos), colocar al paciente sobre el lado izquierdo con el cabecero de la cama ligeramente elevado.
- ✓ El jarabe se administrará en último lugar.
- ✓ Si el paciente presenta náuseas bajar la bolsa o conectarla (si no lo estuviera).

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez López I. y col. Administración de medicamentos por sonda nasogástrica. Hospital Universitario Son Dureta. Marzo 2003.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN MEDIANTE BOMBA DE INFUSIÓN

Preparar, administrar los medicamentos prescritos por bomba de infusión.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente la medicación prescrita de forma segura y a ritmo continuo

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento y suero.
- ✓ Material para preparar medicación.
- ✓ Bomba de infusión continua.
- ✓ Equipo de administración.
- ✓ Guantes.
- ✓ Rotulador.
- ✓ Soporte de suero

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Preparar e identificar la medicación prescrita y su concentración.
- ✓ Conectar la bomba a la red eléctrica.
- ✓ Preparar y purgar el equipo de la bomba.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca de la medicación a administrar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Programar la dosis total de solución y el ritmo a profundir.
- ✓ Comprobar la velocidad de infusión.
- ✓ Colocarse guantes.

- ✓ Conectar el equipo de la bomba a la vía parenteral.
- ✓ Comenzar la administración de la medicación observando el correcto funcionamiento de la bomba de infusión.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. Sistemas electrónicos de infusión y errores de medicación. Boletín de prevención de errores de medicación de Cataluña. Vol. 4, nº 10. Ene-Abr 2006.

MANTENIMIENTO DE ANALGESIA A TRAVÉS DE UN CATÉTER EPIDURAL EN PERFUSIÓN CONTINUA

Administración de analgésicos a través de un catéter insertado en el espacio epidural.

OBJETIVO

- ✓ Administrar al paciente de forma precisa y segura la medicación prescrita por vía epidural.
- ✓ Reducir o eliminar el dolor.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Prescripción médica.
- ✓ Registro de medicación.
- ✓ Medicamento.
- ✓ Bomba de infusión.
- ✓ Equipos de preparación y administración (bomba de infusión).

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Informar al paciente/cuidador sobre la medicación a administrar y valorar grado de colaboración.
- ✓ Programar la bomba de infusión según la pauta prescrita.
- ✓ Controlar los signos vitales del paciente.
- ✓ Vigilar nivel de conciencia.
- ✓ Controlar la aparición de náuseas y vómitos.
- ✓ Controlar la movilidad del paciente (miembros inferiores) y sus funciones sensoriales.
- ✓ Vigilar efectos de la analgesia.
- ✓ Aumentar la dosis de analgesia en función de la intensidad del dolor según prescripción médica.
- ✓ Registrar la medicación administrada.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Seguir los cinco principios de administración de medicación.
- ✓ Al retirar sonda vesical vigilar aparición de retención urinaria si aún está con analgesia epidural.
- ✓ Cuando el paciente comience a levantarse valorar el riesgo de caídas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Caruana E. Resumen de evidencia: infusión epidural: información médica. Instituto Joanna Briggs 17-05- 2007.
- Parra Moreno M^a L.; Arias Rivera S.; Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Shifaza F. Resumen de evidencia: Catéter epidural: inserción. Instituto Joanna Briggs 27-03-2007.
- Stern C. Resumen de evidencia: Analgesia epidural: información médica. Instituto Joanna Briggs 23-05-2006.

CATETERISMO VÍA VENOSA PERIFÉRICA

Inserción de un catéter en una vena periférica.

OBJETIVO

- ✓ Administración de sueroterapia, hemoderivados o fármacos vía venosa.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Catéter.
- ✓ Equipo de perfusión y solución a perfundir.
- ✓ Llave de tres vías.
- ✓ Conector universal luer-lock con válvula de seguridad.
- ✓ Alargadera y regulador de flujo s/p.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Compresor.
- ✓ Guantes.
- ✓ Gasas.
- ✓ Apósito adhesivo.
- ✓ Batea.
- ✓ Contenedor de material inciso-punzante.
- ✓ Rotulador.
- ✓ Soporte de suero.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento que se va a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente cómodo con el brazo extendido.

- ✓ Seleccionar la zona de inserción, preferentemente en la extremidad superior.
- ✓ Elegir un catéter con el menor calibre necesario para alcanzar el objetivo deseado y según el capital venoso.
- ✓ Colocar el compresor 10- 15 cm. por encima del lugar de punción.
- ✓ Colocarse guantes.
- ✓ Aplicar antiséptico, dejar actuar.
- ✓ Palpar vena y sujetar con la mano no dominante.
- ✓ Insertar la aguja con el bisel hacia arriba y con un ángulo de 45° aprox.
- ✓ Observar que refluye sangre en la cámara o en el sistema.
- ✓ Retirar el compresor lo antes posible.
- ✓ Retirar la guía y desecharla en el contenedor de objetos inciso-punzantes.
- ✓ Conectar el catéter al sistema intravenoso, previamente preparado, si procede.
- ✓ Fijar el catéter con esparadrapo en el sitio firmemente.
- ✓ Cubrir el punto de inserción con apósito estéril, anotando la fecha.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Evitar miembros paréticos, con fistula arteriovenosa, quemaduras, mastectomías, lesiones cutáneas, fracturas y zonas esclerosadas o doloridas.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Casanova Vivas S. Recomendaciones CDC Terapia intravenosa. Rev Rol Enf.2005; 28(11):733-736.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.
- Zaragoza Arnau M. Antisepsia y desinfección terapia intravenosa. Rev. Rol Enf. 2006; 29(2): 129-126.

CATETERIZACIÓN VÍA VENOSA CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

Inserción de un catéter central (de tambor) colocado periféricamente, a través de una vena de los miembros superiores.

OBJETIVO

- ✓ Mantener fluidoterapia de larga duración.
- ✓ Medir PVC. en cuyo caso la parte distal del catéter debe estar localizada en la vena cava superior.
- ✓ Administrar alimentación parenteral.
- ✓ Administrar fármacos, soluciones hipertónicas o medicaciones especiales.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería/Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Paño estéril.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Mascarilla s/p.
- ✓ Catéter largo de tambor de una luz (Drum).
- ✓ Compresor.
- ✓ Equipo de perfusión y solución a profundir.
- ✓ Llave de tres vías.
- ✓ Conector universal luer-lock con válvula de seguridad.
- ✓ Alargadera y regulador de flujo.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Apósito adhesivo.
- ✓ Rotulador.
- ✓ Batea.
- ✓ Contenedor de material inciso-punzante.
- ✓ Soporte de suero.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en posición supina.
- ✓ Colocar el compresor para seleccionar la vena (normalmente la vena basilíca o cefálica).
- ✓ Quitar el compresor.
- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Colocar el compresor 10- 15 cm. por encima del lugar de punción.
- ✓ Aplicar solución antiséptica, dejar actuar.
- ✓ Ponerse guantes estériles.
- ✓ Colocar el paño estéril en el campo de punción.
- ✓ Indicar al paciente que coloque el brazo en un ángulo de 90° con el cuerpo, gire la cabeza hacia el brazo que ha de canalizarse y deje caer la barbilla sobre el pecho durante la inserción.
- ✓ Con el dedo pulgar de la mano no dominante estirar la piel.
- ✓ Insertar la aguja con un ángulo de 15° hasta canalizar la vena, comprobando que refluye sangre.
- ✓ Retirar el compresor.
- ✓ Avanzar el catéter hacia el interior de la vena.
- ✓ Retirar el fiador.
- ✓ Retirar la aguja, teniendo cuidado de no retirar el catéter.
- ✓ Conectar el equipo de infusión.
- ✓ Colocar el protector de la aguja y fijarla al extremo distal del catéter.
- ✓ Aplicar solución antiséptica.
- ✓ Cubrir el punto de inserción con apósito estéril, anotando la fecha

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Realizar Radiografía de tórax para asegurarse de la posición del catéter.
- ✓ Si aparecen alteraciones del ritmo cardiaco retirar el catéter unos cm.

- ✓ Evitar miembros paréticos, con fístula arteriovenosa, quemaduras, mastectomías lesiones cutáneas, fracturas y zonas esclerosadas o doloridas.
- ✓ Durante la inserción no retroceder el catéter dentro de la aguja, podría romperse.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Casanova Vivas S. Recomendaciones CDC Terapia intravenosa. Rev Rol Enf.2005; 28(11):733-736.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S. Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.
- Zaragoza Arnau M. Antisepsia y desinfección terapia intravenosa. Rev. Rol Enf 2006, 29(2): 129-126.

MANTENIMIENTO DEL CATÉTER PERIFÉRICO Y CENTRAL

Acciones en el manejo y mantenimiento de las vías venosas periféricas y centrales.

OBJETIVO

- ✓ Mantener la vía venosa permeable.
- ✓ Prevenir infecciones.
- ✓ Detectar complicaciones.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Batea.
- ✓ Guantes estériles y/o no estériles.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Tijeras.
- ✓ Apósito adhesivo, esparadrapo.
- ✓ Equipos de suero.
- ✓ Llaves, reguladores de flujo, alargaderas.
- ✓ Conector universal luer-lock con válvula de seguridad.
- ✓ Suero fisiológico (unidosis).
- ✓ Jeringa.
- ✓ Aguja.
- ✓ Heparina 20UI/ml.(vial unidosis 3-5 cc).

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en posición supina con el brazo extendido.

✓ Colocarse guantes.

✓ **Cambio de apósito.**

- Retirar apósito.
- Cambio de guantes.
- Limpiar la zona con suero fisiológico, secar.
- Aplicar antiséptico, dejar secar.
- Colocar el apósito limpio.

✓ **Mantenimiento.**

- Evitar acodamientos del catéter y sistemas.
- Cambio de sistemas y dispositivos de perfusión continua al menos cada 72 h.
- Cambiar catéteres venosos periféricos cada 72-96h en adultos.
- Los sistemas con infusiones de propofol cambiarlos cada 6-12h.
- Cada 24 horas sistemas de lípidos y NPT.
- Cambio de equipos de sangre y hemoderivados cada vez que se transfunda.
- Los sistemas de infusión de medicación intermitente cambiarlos al menos c/24h.

✓ **Salinización de vías venosas periféricas/ centrales.**

- Desinfectar con solución antiséptica la entrada de la vía (conector luer-lock).
- Verificar la permeabilidad de la vía.
- Salinizar con 3-5cc. de suero fisiológico haciendo presión positiva.
- Volver a limpiar la conexión con solución antiséptica.
- Salinizar cada vez que se utilicen y como máximo c/24h (La/s luces del catéter venoso central se salinizarán con 10cc. cuando se utilicen intermitentemente).

✓ **Heparinización de vías venosas centrales.**

- Desinfectar con solución antiséptica la entrada de la vía.
- Aspirar 3-5cc. de sangre del catéter y desechar.

- Lavar con 15-20cc. de suero salino.
- Introducir solución de Heparina concentración 20UI/ml. haciendo presión positiva.
- Heparinizar cada vez que se utilice y como mínimo semanalmente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Guantes limpios o estériles para cambio de apósitos de vías periféricas. Técnica estéril en catéteres centrales.
- ✓ Cambio de apósito cada vez que el apósito esté despegado, humedecido o manchado. En las vías centrales al menos cada 48-72h.
- ✓ En caso de heparinizar varias luces a la vez, utilizar una jeringa para cada luz.
- ✓ Colocar el menor número de conexiones y mantenerlas cerradas cuando no se usen.
- ✓ Cambiar la vía venosa siempre que aparezcan signos de flebitis, infección, extravasación o dolor.
- ✓ La conexión de los sistemas de perfusión intermitente se mantendrán protegidos cuando no se estén utilizando.

BIBLIOGRAFÍA

- Bellido Vallejo JC, Carrascosa García MI, Mateos Salido MJ, del Moral Jiménez J. Guía de cuidados en accesos venosos periféricos y centrales de inserción periférica. Procedimiento.- Mantenimiento de un acceso venoso periférico (Código TIV. 05). Evidentia 2006 may-jun; 3(9). En: <http://www.index-f.com/evidentia/n9/225articulo.php> [ISSN: 1697-638X].
- Carrero caballero M^a C. Tratado de administración parenteral. Difusión avances de enfermería 2006.
- Center For Disease Control and Prevention USA Traducción y adaptación española. Calvo Torrecillas F. et col Guía de prevención de infecciones relacionadas con catéteres intravenosos. Becton-Dickinson y 3M. Málaga 2006.
- Comisión de MBE. Informe sobre heparinización catéteres venosos centrales. H. U la Fe. Valencia. Abril 2004.
- Instituto Joanna Briggs. Manejo de los dispositivos intravasculares periféricos. Best Practice 2008;12(5).

- Noya Castro c. Martínez Casamayor C. Serrano Trillo I. Mantenimiento de dispositivo de acceso venoso. Rev Rol Enf 2007; 30(10):650.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Protocolo hospitalario de mantenimiento de la permeabilidad de vías intravenosas en adultos http://www.carloshaya.net/uchematologia/media/mantenimiento_vias.pdf.
- Serrano A. Protocolo de mantenimiento de vías venosas periféricas. Hospital Universitario Puerta de Hierro Boletín N° 12. Julio 2006.

CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO

Actividades realizadas para asegurar el adecuado estado del catéter implantado.

OBJETIVO

- ✓ Evitar complicaciones: extravasación, infección, obstrucción.
- ✓ Mantener la permeabilidad para:
 - Administrar terapia intravenosa de forma repetida.
 - Extraer muestra de sangre.
 - Mejorar la calidad de vida del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Batea/carro.
- ✓ Paño estéril.
- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Apósito adhesivo s/p.
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Jeringa de 5, 10 y 20cc.
- ✓ Palomilla angulada 90° bisel especial, tipo Hubber.
- ✓ Heparina 20UI/ml.(vial unidosis 3-5cc).
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.
- ✓ Tubos, impresos para laboratorio y etiquetas identificativas s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente cómodo, en decúbito supino y elevado 45° el cabecero de la cama.

- ✓ Descubrir la zona a tratar.
- ✓ Palpar y localizar el reservorio.
- ✓ Colocarse guantes estériles.
- ✓ Preparar campo y material estéril.
- ✓ Aplicar antiséptico desde el interior hacia el exterior en forma de espiral.
- ✓ Conectar la jeringa de 10cc. cargada con 5cc. de suero salino a la palomilla de bisel especial, purgarla y clampar.
- ✓ Localizar el dispositivo por palpación e inmovilizar con los dedos de la mano no dominante.
- ✓ Introducir la palomilla firmemente a través de la piel de forma perpendicular a la membrana hasta alcanzar el fondo del reservorio (se nota tope metálico).
- ✓ Desclampar el sistema y aspirar para comprobar la correcta ubicación de la aguja (reflujo de sangre), extraer 3-5cc. de sangre (si no refluyera, pero entra con fluidez, introducir 2-3cc. de suero fisiológico y volver a aspirar, extrayendo 4,5cc. de sangre) y desechar.
- ✓ Desclampar y lavar el sistema con 20cc. de suero salino haciendo presión positiva, nuevamente volver a clampar.
- ✓ Conectar la jeringa con 5cc de Heparina 20UI/ml. Desclampar e introducir su contenido haciendo presión positiva, pinzar.
- ✓ Retirar la palomilla, sujetando el portal hacia abajo con la otra mano.
- ✓ Aplicar antiséptico y colocar apósito.
- ✓ Registrar control del reservorio.
- ✓ Para obtención de muestras de sangre, éstas se realizarán inmediatamente después de extraer los 5cc. de sangre. Lavar y heparinizar como está descrito anteriormente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Comprobar siempre el estado del área del reservorio, para controlar extravasación, infección y otras complicaciones.
- ✓ Limpieza y heparinización del reservorio al menos una vez al mes.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Martínez Piédrola M, Martínez González G, Tordable Ramírez A, Sanz Peces E, Mateos Rodilla J, Jiménez Gómez C. Reservorio subcutáneo manipulación y cuidados. Gerencia de Atención Primaria del Área 5 de Madrid. Dirección de Enfermería Última revisión: 02-02-2006.
- Quesada Ramos C. Reservorio venoso subcutáneo y demás catéteres de larga duración. <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/sección3/capitulo45/capitulo45.htm>. 11-01-2007.

CUIDADO Y MANTENIMIENTO DEL CATÉTER PARA ACCESO VASCULAR HICKMAN

Conjunto de actividades para mantener en buen estado el catéter de larga duración.

OBJETIVO

- ✓ Evitar complicaciones: extravasación, infección, obstrucción.
- ✓ Mantener la permeabilidad para:
 - Administrar terapia intravenosa de forma repetida.
 - Extraer muestras de sangre.
 - Mejorar la calidad de vida del paciente.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Batea.
- ✓ Paño, gasas y guantes estériles.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Jeringa de 10 y 20cc.
- ✓ Apósito adhesivo s/p.
- ✓ Conector universal luer-lock con válvula de seguridad.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Heparina 20UI/ml. (vial unidosis 3-5cc.).
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.
- ✓ Tubos, impresos para laboratorio y etiquetas identificativas s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente cómodo, en decúbito supino a 45°.
- ✓ Descubrir la zona a tratar, retirar esparadrapos y vendajes antiguos.

- ✓ Ponerse guantes estériles.
- ✓ Colocar el paño estéril.
- ✓ Retirar el tapón de una de las vías y desinfectar la entrada con solución antiséptica.
- ✓ Conectar jeringa de 10cc. y desclampar catéter.
- ✓ Extraer 5 cc. de sangre.
- ✓ Clampar, retirar jeringa y desechar.
- ✓ Conectar jeringa con 20cc. de suero salino, desclampar, inyectar el suero con presión positiva y volver a pinzar el catéter.
- ✓ Conectar jeringa con 5cc. de heparina 20UI/ml. despinzar e inyectar con presión positiva.
- ✓ Pinzar catéter, retirar jeringa y poner tapón.
- ✓ Repetir los mismos pasos con la otra luz del catéter.
- ✓ Envolver los tapones en gasa estéril sujeta con esparadrapo.
- ✓ Limpiar la zona de inserción del catéter.
- ✓ Aplicar antiséptico dejar secar y colocar apósito, si precisa.
- ✓ Registrar control del catéter.
- ✓ Para obtención de muestras de sangre, éstas se realizarán inmediatamente después de extraer los 5cc. de sangre Después lavar y heparinizar como está descrito anteriormente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Los terminales se orientan hacia arriba a la hora de guardarlos entre la ropa del paciente y asegurándose que las pinzas estén bien cerradas.
- ✓ Es importante variar el lugar del clampaje, para que la pinza no dañe el catéter.
- ✓ Siempre realizar presión positiva en el lavado y heparinización.
- ✓ En caso de rotura o fisura del catéter existe un Kit de reparación.
- ✓ Realizar el mantenimiento del catéter semanalmente.

BIBLIOGRAFÍA

- Quesada Ramos C. Reservorio venoso subcutáneo y demás catéteres de larga duración.http://www.eccpn.aibarra.org/temario/sección_3/capitulo45/capitulo_45.htm.11-01-2007.

VENOPUNCIÓN PARA OBTENCIÓN DE MUESTRAS DE SANGRE

Extracción de una muestra sanguínea de una vena sin canalizar.

OBJETIVO

- ✓ Obtener sangre para las diferentes pruebas analíticas.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Impresos de petición de analítica.
- ✓ Código de barras de identificación.
- ✓ Batea
- ✓ Jeringa y aguja IV / Aguja o palomilla con sistema de vacío.
- ✓ Guantes.
- ✓ Compresor.
- ✓ Algodón o gasa.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Tubos de recogida de muestras de sangre.
- ✓ Esparadrapo.
- ✓ Contenedor material inciso- punzante.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Seleccionar y etiquetar el tubo o tubos acordes con la petición.
- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador sobre la técnica a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Valorar y seleccionar la zona a puncionar.
- ✓ Colocarse los guantes.
- ✓ Poner el compresor 10-15 cm. por encima de la zona a puncionar.
- ✓ Promover la dilatación del vaso (por gravedad, masajeando, apretando el puño o aplicando calor), si precisa.

- ✓ Limpiar la zona con una solución antiséptica con un movimiento circular de dentro hacia fuera y dejar secar.
- ✓ Insertar la aguja a un ángulo de 20 a 30° en la dirección del retorno sanguíneo venoso.
- ✓ Aspirar con jeringa o insertar tubos según la técnica elegida.
- ✓ Quitar el compresor.
- ✓ Retirar la aguja y desechar en el contenedor de objetos inciso - punzantes.
- ✓ Aplicar presión en la zona de punción con gasa seca.
- ✓ Colocar esparadrapo, si procede.
- ✓ Enviar la muestra etiquetada al laboratorio correspondiente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Cuando la extracción se realice con jeringa, no se destaparán los tubos, se puncionará el tapón de goma y se orientará la aguja hacia la pared del tubo para que la sangre resbale por ésta sin presionar el émbolo.
- ✓ Al retirar la aguja, activar el sistema de seguridad cuando se disponga de él.
- ✓ El primer tubo a llenar será el de citrato.
- ✓ Después del llenado de los tubos (citrato, edta y heparina litio), mover suavemente su contenido.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J., Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

MANTENIMIENTO Y RETIRADA DE UN CATÉTER EPIDURAL

Cuidados para mantener y retirar un catéter epidural en condiciones óptimas.

OBJETIVO

- ✓ Mantener la permeabilidad del catéter.
- ✓ Evitar complicaciones: migraciones, infección.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Apósito adhesivo.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Asegurarse que el catéter esté fijado a la piel del paciente.
- ✓ Mantener el catéter y el equipo sin acodamientos.
- ✓ Mantener técnica aséptica en caso de desconectar o volver a reiniciar administración de analgesia.
- ✓ **Retirar el catéter cuando se indique.**
 - Realizar lavado higiénico de manos.
 - Identificar e informar al paciente/cuidador sobre el procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
 - Retirar el apósito y/o esparadrapo.
 - Ponerse guantes.
 - Retirar el catéter realizando una tracción suave y comprobando la integridad del mismo.
 - Realizar compresión en el punto de punción con una gasa estéril.
 - Aplicar antiséptico.
 - Colocar apósito.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ La retirada de catéter se debe hacer en ausencia de alteraciones de coagulación.
- ✓ Cuando el paciente tenga heparina de bajo peso molecular, el periodo de seguridad para retirarlo es entre 12h. después de la última dosis y 4 h. antes de la dosis siguiente.
- ✓ No iniciar tratamiento con antiagregantes antes de la retirada del catéter.
- ✓ No cambiar apósito a no ser que esté despegado, humedecido o sea necesario inspeccionar el punto de punción.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ed. 2004.
- Caruana E. Resumen de evidencia: infusión epidural: información médica. Instituto Joanna briggs. 17-05- 2007.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Shifaza F. Resumen de evidencia: Catéter epidural: inserción. Instituto Joanna Briggs 27-03-12007.
- Stern C. Resumen de evidencia: Analgesia epidural: información médica. Instituto Joanna Briggs 23-05-2006.

REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR

Administración de medidas de urgencia para mantener la vida.

OBJETIVOS

- ✓ Restaurar la circulación y la ventilación del paciente en el menor tiempo posible.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Médico, Auxiliar de enfermería, Celador.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Tabla.
- ✓ Maletín de paradas.
- ✓ Desfibrilador semiautomático (DESA).
- ✓ Impreso registro de paradas.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Intentar obtener respuesta del paciente gritándole y sacudiéndole.
- ✓ Pedir ayuda: traer maletín RCP, tabla.
- ✓ Extender la cabeza del paciente, elevando mentón para abrir la vía aérea.
- ✓ Buscar ventilación acercando nuestro oído a la boca del paciente, ver si moviliza el tórax (oír, ver y sentir).
- ✓ Activar sistema de alarma: Llamar al 20751 y al médico de guardia. Pedir desfibrilador.
- ✓ Comprobar pulsos centrales, carotídeo.
- ✓ Colocar tabla.
- ✓ Comenzar la reanimación: 30 compresiones/ 2 ventilaciones.
- ✓ Tener encendido el desfibrilador, aplicar electrodos y conectarlos al desfibrilador.
- ✓ Esperar análisis DESA Seguir las instrucciones del DESA (Póster, al lado del desfibrilador, en el control de enfermería).
- ✓ Completar registro de parada cardiopulmonar.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Una persona dirige toda la maniobra de resucitación.
- ✓ No tocar al paciente mientras el DESA monitoriza.
- ✓ En caso de tener que darle la descarga, todo el personal se alejará del paciente.
- ✓ Reponer todo el material utilizado según el listado que está en el maletín.
- ✓ Enviar el registro de parada cardiopulmonar a la UVI.
- ✓ Existe desfibrilador semiautomático en todas las Plantas de hospitalización (su ubicación está indicada en el póster del manejo del DESA).

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- European Resuscitation Council (ERC). Guidelines for resuscitation 2005.

ELECTROCARDIOGRAMA

Preparación del paciente para registrar gráficamente la actividad eléctrica del corazón.

OBJETIVO

- ✓ Aportar datos sobre el ritmo, frecuencia y estado cardiaco.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Electrocardiógrafo.
- ✓ Electroodos.
- ✓ Algodón y alcohol.
- ✓ Gel conductor, papel de celulosa y maquinilla para rasurar s/p.
- ✓ Etiqueta identificativa del paciente.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Verificar el correcto funcionamiento del electrocardiógrafo Comprobar velocidad del papel (25 mm./seg.) y voltaje (1mV.), estándar.
- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente las zonas corporales que se precise.
- ✓ Colocar al paciente en decúbito supino con los brazos y las piernas separados del cuerpo, dejando al descubierto tórax, muñecas y tobillos.
- ✓ Limpiar la piel de la zona donde se van a colocar los electrodos: parte interna de muñecas, parte interna de tobillos y región precordial del tórax con un algodón impregnado en alcohol.
- ✓ **Colocar las pinzas/electrodos en muñecas y tobillos**

Brazo dcho: color rojo.

Brazo izqdo: color amarillo.

Pierna dcha: color negro.

Pierna izqda: color verde.

✓ **Los electrodos de la zona precordial en los puntos siguientes:**

V1: 4º espacio intercostal dcho. junto al esternón.

V2: 4º espacio intercostal izqdo. junto al esternón.

V3: punto medio entre V2 y V4.

V4: 5º espacio intercostal línea claviclar media.

V5: 5º espacio intercostal línea axilar anterior.

V6: 5ª espacio intercostal línea axilar media.

- ✓ Conectar los cables al electrodo correspondiente (el extremo de cada cable está rotulado con las siglas y el código de color de identificación).
- ✓ Después de realizar el registro desconectar el aparato, retirar los cables y los electrodos y limpiar la piel del paciente si es preciso.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Los electrodos de piernas y brazos se pueden colocar en la raíz de dichos miembros si fuera preciso.
- ✓ Identificar el registro con los datos del paciente así como fecha y hora.
- ✓ Si no se registra bien volver a limpiar con alcohol, añadir gel o si tiene mucho vello rasurar si precisa.

BIBLIOGRAFÍA

- Botella Dorta C. Realización del electrocardiograma. Actualizada el 03/01/2005 Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/ekg/ekg.asp#top>.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre,A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4ºed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Protocolo para la realización de electrocardiograma disponible en: www.areasaludplasecia.es/3/35/pdf/86/Especializada/PGE0027.pdf.

GASOMETRÍA ARTERIAL

Obtención de una muestra sanguínea a través de la punción de una arteria sin canalizar.

OBJETIVO

- ✓ Valorar los niveles de oxígeno y dióxido de carbono y el equilibrio ácido-base.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Guantes estériles.
- ✓ Impreso de laboratorio.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Gasas estériles.
- ✓ Jeringa de gasometría.
- ✓ Etiquetas identificativas.
- ✓ Contenedor de hielo s/p.
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.
- ✓ Esparadrapo.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Colocar al paciente en función de la arteria a puncionar.
 - Radial: en decúbito supino o en sedestación con el brazo en rotación externa y la muñeca en hiperextensión sobre una superficie plana.
 - Humeral: Con el brazo extendido y en rotación externa.
 - Femoral: Decúbito supino, pierna con ligera rotación externa.
- ✓ Desinfectar la zona con gasa impregnada en antiséptico.
- ✓ Colocarse guantes estériles.

- ✓ Palpar y fijar la arteria con los dedos índices y medio de la mano no dominante, cuando se localice la pulsación aflojar la presión sin quitar los dedos. Realizar la punción con la otra mano con un ángulo de 30-45° para punción radial, 60° humeral y 90° femoral.
- ✓ Introducir la aguja lentamente hacia la arteria hasta observar que refluye sangre y dejar que se rellene la jeringa sin aspirar.
- ✓ Retirar la aguja, desecharla en contenedor de material punzante y colocar tapón en la jeringa.
- ✓ Presionar el punto de punción con una gasa entre 5 y 15 minutos.
- ✓ Identificar la muestra y enviarla junto con la petición correspondiente, lo antes posible, al laboratorio. En caso de demora conservar la muestra en hielo.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Cuando puncionemos la arteria radial, previamente realizaremos el test de Allen:
 - Comprimir a la vez las arterias radial y cubital elevando la mano del paciente.
 - Indicarle que cierre y abra la mano, esperar un minuto.
 - Retirar la compresión de la arteria radial, mantener la cubital y observar si la coloración de la mano retorna a los 5 seg.
 - Repetir la misma secuencia en el otro sentido.
- ✓ Registrar si la extracción ha sido realizada mientras el paciente estaba conectado a una fuente supletoria de oxígeno.
- ✓ Evitar burbujas de aire en la jeringa. Expulsarlas si las hubiera.
- ✓ Realizar valoración circulatoria de la zona tras la punción.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

PREPARACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PARACENTESIS ABDOMINAL

Colaborar con el facultativo en la preparación y cuidados en la técnica de punción de la cavidad abdominal.

OBJETIVO

- ✓ Extraer líquido acumulado en la cavidad peritoneal con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Médico, Celador.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Gasas, bata y paños estériles. Mascarilla, gafas de protección ocular s/p, para quien realice la prueba.
- ✓ Guantes estériles y no estériles.
- ✓ Protector de cama.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Jeringas: 5 (2), 10 (2), 20cc (2).
- ✓ Aguja: subcutáneas, intramusculares y transferidoras.
- ✓ Bisturí y elementos de sutura s/p.
- ✓ Anestésico local sin vasoconstrictor.
- ✓ Sistema de drenaje cerrado con recipiente graduado que incluye cánula con trocar y llave de tres vías (Kit de paracentesis). O Cánula estéril con trocar largo (18-20G.), llave de tres vías, equipo de suero y recipiente graduado para drenaje.
- ✓ Aspirador s/p.
- ✓ Cinta métrica y rotulador.
- ✓ Rasuradora.
- ✓ Esparadrupo hipoalergénico.
- ✓ Apósito permeable.
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.

- ✓ Tubos estériles para recogida de muestras: anatomía patológica (sin gel), microbiología (aerobios anaerobios, hongos s/p), laboratorio (edta y suero).
- ✓ Etiquetas identificativas.
- ✓ Impresos de laboratorio, anatomía patológica y microbiología.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento y comprobar el consentimiento informado.
- ✓ Solicitar al paciente que evacue la vejiga urinaria.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Controlar constantes vitales basales, alergias y perímetro abdominal antes de la prueba.
- ✓ Colocar al paciente en posición semi-Fowler, ligeramente inclinado hacia el lado izquierdo.
- ✓ Colocación de catéter venoso periférico para perfusión de seroalbúmina Si precisa.
- ✓ Ponerse guantes y colocar protectores de cama.
- ✓ Desinfectar la zona de punción desde el centro hasta la periferia. Retirada previa del vello si es excesivo.
- ✓ Ayudar a preparar el campo estéril y facilitar el material necesario para realizar la técnica.
- ✓ Identificar adecuadamente las muestras y enviarlas sin demorar al laboratorio correspondiente.
- ✓ Colaborar en la colocación del sistema de drenaje por gravedad o sistema de aspiración si se tratara de paracentesis terapéutica.
- ✓ Fijar bien la cánula para que no se produzca una retirada accidental durante el procedimiento.
- ✓ Controlar constantes vitales y signos de hipovolemia durante la prueba.
- ✓ Al finalizar la prueba retirar la cánula, aplicar desinfectante y colocar apósito estéril, que se revisará durante las siguientes horas. Valorar necesidad de sutura.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Valorar el estado del paciente: constantes cada 15 minutos durante la primera hora.
- ✓ Medir perímetro abdominal al finalizar.
- ✓ Anotar en los registros de enfermería la cantidad y el aspecto del líquido extraído.

BIBLIOGRAFÍA

- Amat Vizcaíno, A. Portero Salmerón E. pardo Carrión, D. Paracentesis. Actualizado el 7-12-2007. Disponible en: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion6/capitulo112/capitulo112.htm>
- Moya Mir MS. Normas de actuación en urgencias. Editorial Panamericana 2005.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

PREPARACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN PUNCIÓN LUMBAR

Colaborar con el facultativo en la preparación y cuidados en la técnica de punción lumbar.

OBJETIVO

- ✓ Extraer líquido cefalorraquídeo con fines terapéuticos y/o diagnósticos.
- ✓ Medir la presión en el espacio subaracnoideo.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Médico, Celador.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Paños y gasas estériles.
- ✓ Guantes estériles y no estériles.
- ✓ Mascarilla para quien realiza la prueba.
- ✓ Solución antiséptica: Povidona yodada y alcohol de 70°C.
- ✓ Anestesia local, jeringa y aguja s/p.
- ✓ Trocar de diferentes diámetros 19,20, 22 G.
- ✓ Manómetro de medición de LCR.
- ✓ Apósito permeable/esparadrapo.
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.
- ✓ Gradilla.
- ✓ Tubos para laboratorio (edta y suero), microbiología (aerobios, anaerobios, hongos, s/p) y anatomía patológica (sin gel).
- ✓ Etiquetas identificativas.
- ✓ Impresos de laboratorio, anatomía patológica y microbiología.
- ✓ Material para extracción sanguíneo.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador de la técnica a realizar, valorar grado de colaboración y comprobar el consentimiento informado.

- ✓ Asegurarse de que la temperatura ambiente es adecuada y no hay corrientes de aire.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocar al paciente con la cama en horizontal en decúbito lateral izquierdo preferentemente, con las piernas flexionadas hacia el pecho (posición fetal) o sentado al borde de la cama con la espalda arqueada inclinado hacia delante, apoyado sobre una mesa o contra el celador y el cuello flexionado.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Aplicar en la zona lumbar povidona yodada en forma centrífuga unos 15cm. alrededor del punto de punción. Dejar secar.
- ✓ Aplicar alcohol de 70° en la zona central donde se va a puncionar.
- ✓ Ayudar a preparar el campo estéril y facilitar el material necesario para realizar la técnica.
- ✓ Distribuir el líquido cefalorraquídeo en los diferentes tubos.
- ✓ Tras la retirada del trocar aplicar presión en la zona durante 3-5 min.
- ✓ Colocar apósito estéril.
- ✓ Identificar correctamente las muestras y verificar envío inmediato a los distintos laboratorios.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Después de la punción el paciente permanecerá en reposo en cama el tiempo que se indique en la orden médica.
- ✓ Vigilar constantes vitales y la aparición de cefaleas, vómitos.
- ✓ Aumentar la ingesta de líquidos.
- ✓ Si la muestra de LCR no se envía inmediatamente mantener a temperatura entre 2-5 °C. para virus, serología y anatomía patológica. Para bacteriología o cultivo a 37°C. en tubo de vidrio estéril.
- ✓ Retirar el apósito pasadas 24h.
- ✓ Vigilar la zona de punción en busca de hemorragia o pérdida de líquido cefalorraquídeo.
- ✓ Según normas Control Disease Center (CDC) debe utilizar mascarilla quien realice la punción.

BIBLIOGRAFÍA

- Carballeira Brañas S. Punción lumbar. Actualizado 10/9/2006. Disponible en: <http://www.fisterra.com/material/tecnicas/puncionLumbar/puncionLumbar.asp>.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

PREPARACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN TORACOCENTESIS

Colaborar con el facultativo en la preparación y cuidados en la técnica de toracocentesis.

OBJETIVO

- ✓ Extraer líquido o gases acumulado en la cavidad pleural con fines terapéuticos y/o diagnósticos.
- ✓ Administrar medicamentos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Médico, Celador.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Mesa auxiliar / carro de curas.
- ✓ Gasas y paños estériles.
- ✓ Guantes estériles y no estériles.
- ✓ Mascarilla s/p.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Protector de cama.
- ✓ Rasuradora s/p.
- ✓ Anestésico local sin vasoconstrictor.
- ✓ Jeringas de 10cc, 20cc y agujas.
- ✓ Jeringa cono ancho s/p.
- ✓ Trocar torácico de calibre 16, 20G. y conexiones bicónicas. O aguja de gran calibre con catéter 14G conectado a llave de tres vías (Pleurecath).
- ✓ Bisturí, pinza de disección, tijera, porta-agujas y pinza de Kocher protegida s/p.
- ✓ Sutura de seda (calibre 2/0, 0,1) con aguja de piel.
- ✓ Apósito permeable.
- ✓ Contenedor de objetos inciso-punzantes.

- ✓ Recipientes y tubos estériles para recogida de muestras: anatomía patológica, microbiología (aerobios anaerobios, hongos s/p), laboratorio (edta y suero).
- ✓ Impresos para laboratorio, microbiología, anatomía patológica y etiquetas identificativas.
- ✓ Unidad de drenaje de sellado bajo agua (tipo pleur-evac).
- ✓ Agua bidestilada estéril.
- ✓ Vacuómetro con equipo de aspiración.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento y valorar grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocar al paciente sobre el lado no afectado y con el brazo encima de la cabeza, manteniendo el cabecero a 30°. O sentado en el borde de la cama con la espalda arqueada inclinado hacia delante, apoyado sobre una mesa o sobre el celador.
- ✓ Ponerse guantes y colocar protector de cama.
- ✓ Ayudar a preparar el campo estéril y facilitar el material necesario para realizar la técnica.
- ✓ En caso de obtener muestras, distribuir el fluido en los diferentes recipientes o tubos, identificarlas y enviarlas a los correspondientes laboratorios.
- ✓ Conectar el pleurecath, o tubo de tórax a un sistema de drenaje torácico.
- ✓ Sellar las conexiones del tubo con abrazaderas.
- ✓ Colocar apósito en la zona de punción.
- ✓ Sujetar bien el drenaje a la piel y al costado del paciente.
- ✓ Conectar aspiración al sistema de drenaje por indicación facultativa.
- ✓ **Preparación del drenaje torácico (sellado bajo agua).**
 - Llenar la cámara de sellado bajo agua con la jeringa que viene para tal fin, con agua bidestilada estéril hasta la marca indicada, desechar la jeringa.
 - Retirar el tapón en la cámara de control de succión y rellenar la columna con agua estéril (generalmente hasta el nivel de 15cm.) o hasta el nivel indicado por el facultativo.

✓ **Mantenimiento del drenaje torácico.**

- Evitar acodaduras y estanqueidad del exudado torácico en el sistema.
- Para reepermeabilizar un tubo puede ordeñarse.
- Vigilar la fluctuación o burbujeo de las cámaras de la unidad de drenaje.
- En caso de desconexión accidental simplemente volverlo a conectar.
- No subir el sistema de drenaje por encima del tórax del paciente.
- No pinzar el tubo salvo indicación médica, o para cambiar la unidad de drenaje, poner medicación u obtener una muestra.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Observar signos vitales y saturación de oxígeno si precisa.
- ✓ Realizar control radiológico en las primeras horas.
- ✓ Vigilar el apósito de la zona de punción para evitar que esté húmedo, despegado o manchado.
- ✓ En pacientes neumonectomizados no conectar nunca aspiración al drenaje. Existen sistemas de drenaje específicos para estos casos.

BIBLIOGRAFIA

- Avilés Serrano M, y col. Drenaje torácico Revista ROL de enfermería, ISSN 0210-5020, Vol. 30, N.º. 6, 2007, pags. 42-48.
- Belzunegu T. Protocolo de drenaje torácico del servicio de urgencias del hospital de Navarra. Disponible: www.cfnavarra.es/salud/PUBLICACIONES/.../2.Tecnicas%20de%20Urgencias/Drenaje%20pleural-neumot
- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- JimenezRubiTToracocentesis. Disponible: <http://www.eccpn.aibarra.org/temario/seccion5/capitulo81/capitulo81.htm> ISSN: 1885-7124. Actualizado 7-12-2007.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE EN LA UNIDAD ANTE UNA PRUEBA RADIOLÓGICA CON CONTRASTE

Acciones para preparar a un paciente que va a someterse a una prueba radiológica con contraste.

OBJETIVO

- ✓ Disponer en óptimas condiciones al paciente ante la prueba para obtener resultados diagnósticos o terapéuticos correctos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Hoja de petición.
- ✓ Protocolo de preparación de prueba radiológica s/p.
- ✓ Medicación prescrita s/p.
- ✓ Medios de contraste s/p.
- ✓ Enema o solución de irrigación s/p.
- ✓ Cartel de ayunas. Radiología con contraste s/p.
- ✓ Documentación clínica s/p.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Comprobar datos de la citación radiológica con los del paciente.
- ✓ Valorar alergias del paciente.
- ✓ Valorar situación o posibilidad de embarazo.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador de la preparación necesaria y valorar grado de colaboración.
- ✓ Preparar al paciente según protocolo dependiendo de la prueba a realizar (ver Tablas).
 - Tabla I- **Pruebas vasculares:** Arteriografías, Flebografías, Arteriografía pulmonar, DIVAS.
 - Tabla II- **Pruebas urológicas:** Cistografía/Cistouretrografía, Urografías, Nefrostomía, Doble J.
 - Tabla III- **Pruebas digestivas:** Estudio gastrointestinal, Enema opaco,

- Tabla IV-**Pruebas especiales:** Resonancia nuclear magnética, TAC/Scanner, Drenajes/punción hepática.
- ✓ Proceder para el traslado al Servicio de Radiología según el procedimiento 1.2: Traslado del paciente a otro servicio para la realización de pruebas/consultas.
- ✓ Tener en cuenta cuando el paciente regrese las incidencias, recomendaciones y medicación s/p registradas por el personal del Servicio de Radiología.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Valorar el tiempo de ayunas si el paciente es diabético.

BIBLIOGRAFÍA

- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Sheehy Budassi S. Manual de urgencia en enfermería. Ed. Elsevier España 2006.

LAVADO HIGIÉNICO DE MANOS

Lavado de manos para eliminar la suciedad, materia orgánica y flora transitoria de la piel.

OBJETIVO

- ✓ Evitar la transmisión de microorganismos para la prevención de las infecciones hospitalarias (nosocomiales).

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Personal hospitalario.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Agua corriente templada.
- ✓ Jabón neutro líquido.
- ✓ Dispensador desechable con dosificador.
- ✓ Toallas de papel desechable.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Humedecer las manos con abundante agua templada.
- ✓ Dispensar el jabón.
- ✓ Frotar vigorosamente para obtener abundante espuma palma con palma, palma sobre dorsos, espacios interdigitales, pulpejos, uñas, rotación sobre el dedo pulgar y muñeca de cada mano, durante un mínimo de 15 segundos.
- ✓ Aclarar abundantemente.
- ✓ Secar con toalla de papel con pequeños toques.
- ✓ Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado.
- ✓ Se realiza:
 - Al comenzar y finalizar la jornada laboral.
 - Después de utilizar el servicio.
 - Después de sonarse la nariz.
 - Antes y después de comer.
 - Antes y después de preparar y/o dispensar medicación (excepto situaciones especiales).

- Antes y después de utilizar guantes.
- Al cambiar de actividad en el mismo paciente.
- Cada vez que se toquen objetos inanimados del entorno del paciente.
- Después del contacto con secreciones, membranas mucosas, piel no intacta o curas de heridas.
- Después del contacto con alguna fuente de microorganismos y objetos contaminados con suciedad.
- Y siempre que las manos estén visiblemente sucias.

PUNTOS DE ENFÁSIS

- ✓ Mantener las manos y muñecas libres de objetos que pueden actuar como de reservorio (anillos, pulseras...).
- ✓ Uñas cortas y limpias (las largas son más difíciles limpiar y aumenta el riesgo de rotura de guantes).
- ✓ No tocar el grifo con la mano una vez realizado el lavado higiénico (utilizar el codo o el papel de manos).

BIBLIOGRAFÍA

- Centers for Disease Control and Prevention. Guideline for Hand Hygiene in Health Care Settings. Recommendations of the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee and the HICPAC/SHEA/APIC/IDSA. Hand Hygiene Task Force. MMWR. 2002; 51:1-56.RR16.
- CDC Guideline of isolation precautions: Preventing transmisión of infections agents in healthcare settings. Atlanta 2007.
- Elola Vicente P et al. Programa de formación sobre la higiene de las manos. Estudio comparativo aleatorizado del lavado higiénico y el uso de soluciones alcohólicas. Enferm Clínica 2008 ene-feb; 18(2): 5-10SEMPSPH. Guía para higiene de manos en centros sanitarios. Vol 51 /No.RR-16. Octubre 2002.
- Esteve J.; Mitjans J.: Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Salles M, Codina C. Lavado de manos. En: Higiene y antisepsia del paciente. Limpieza, desinfección y esterilización en el ámbito hospitalario. ACICI (Associació Catalana D´infermeres de Control D´infecció). Barcelona. 2005. p. 25-37.
- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Protocolo de Higiene de Manos. Última revisión Abril 2008.

- World Health Organization. Who Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary 2005.

LAVADO ANTISÉPTICO DE MANOS

Lavado de manos para eliminar la suciedad, la flora transitoria y parte de la flora residente de las manos, consiguiendo además cierta actividad microbiana residual.

OBJETIVO

- ✓ Evitar la transmisión de microorganismos para prevención de las infecciones hospitalarias (nosocomiales).

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Personal hospitalario.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Agua corriente templada.
- ✓ Jabón antiséptico.
- ✓ Dispensador desechable con dosificador.
- ✓ Toallas de papel desechable.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Humedecer las manos con abundante agua templada.
- ✓ Dispensar el jabón antiséptico.
- ✓ Frotar vigorosamente para obtener abundante espuma palma con palma, palma sobre dorsos, espacios interdigitales, pulpejos, uñas, rotación sobre el dedo pulgar y muñeca de cada mano, durante 60 segundos.
- ✓ Aclarar abundantemente.
- ✓ Secar con toalla desechable con pequeños toques.
- ✓ Cerrar el grifo con la toalla de papel utilizada para el secado.
- ✓ Se realiza:
 - Antes de llevar a cabo procedimientos invasivos como inserción de catéteres, sondas vesicales.
 - Antes o después del contacto con pacientes que se sabe o sospecha están infectados o colonizados por microorganismos epidemiológicamente importantes.

- Antes del contacto con pacientes inmunocomprometidos en situaciones de fundado riesgo de transmisión (hematológicos, oncológicos, neonatos, UVI, otros).

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Para que sea efectivo es necesario cumplir el tiempo de frotado.
- ✓ Mantener las manos y muñecas libres de objetos que pueden actuar como de reservorio (anillos, pulseras...).
- ✓ Uñas cortas y limpias (las largas son más difíciles limpiar y aumenta el riesgo de rotura de guantes).
- ✓ No tocar el grifo con la mano una vez realizado el lavado higiénico (utilizar el codo o el papel de manos).

BIBLIOGRAFÍA

- CDC Guideline of isolation precautions: Preventing transmission of infections agents in healthcare settings. Atlanta 2007.
- Esteve J., Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- SEMPSPH. Guía para higiene de manos en centros sanitarios. Vol 51 /No.RR-16. Octubre 2002.
- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Protocolo de Higiene de Manos. Última revisión Abril 2008.
- World Health Organization. Who Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary 2005.

HIGIENE DE MANOS CON SOLUCIONES HIDROALCOHÓLICAS

Limpieza de manos para eliminar la flora transitoria de la piel.

OBJETIVO

- ✓ Prevención de las infecciones hospitalarias cruzadas.
- ✓ Mejorar el cumplimiento y la eficacia de la higiene de manos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Personal hospitalario.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Solución alcohólica.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Aplicar aproximadamente 3ml. de solución alcohólica en la palma de la mano.
- ✓ Frotar palma sobre palma, palmas sobre ambos dorsos con dedos entrelazados, palma sobre palma con dedos entrelazados, dedos cerrados sobre palmas, rotación del pulgar rodeando palmas, rotación de dedos hacia delante y detrás sobre la palma. Todo eso durante 30 segundos hasta su completa evaporación.
- ✓ **Se realiza:**
 - Antes de tener contacto directo con pacientes.
 - Antes de ponerse los guantes estériles para insertar un catéter venoso central, un catéter venoso periférico, un catéter urinario u otro dispositivo que no requieran procedimiento quirúrgico.
 - Después del contacto con secreciones, membranas mucosas, piel no intacta y curas de heridas.
 - Al cambiar de actividad sobre un mismo paciente, de una zona del cuerpo contaminada a otra limpia.
 - Después de contactar con objetos inanimados del entorno inmediato del paciente.
 - Después de retirar los guantes.

PUNTOS DE ENFÁSIS

Se realizará cuando las manos no estén visiblemente sucias o contaminadas con fluidos orgánicos.

- ✓ No utilizar la solución antes de comer, después de sonarse la nariz y de utilizar el servicio (en estos casos se debe realizar el lavado higiénico de manos).
- ✓ Cuando se ha utilizado producto de base alcohólica, no utilizar concomitantemente jabón antimicrobiano (antiséptico).
- ✓ No utilizar de forma exclusiva, sino alternando con el lavado de manos, éste se realizará entre 5-10 aplicaciones de solución alcohólica.

BIBLIOGRAFÍA

- CDC Guideline of isolation precautions: Preventing transmisión of infections agents in healthcare settings. Atlanta 2007.
- SEMPSPH. Guía para higiene de manos en centros sanitarios. Vol 51 /No.RR-16. Octubre 2002.
- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Protocolo de Higiene de Manos. Última revisión Abril 2008.
- World Health Organization. Who Guidelines on hand hygiene in health care (advanced draft): a summary 2005.

LAVADO MANUAL DEL INSTRUMENTAL

Eliminación de los restos de materia orgánica e inorgánica adheridos a las superficies de los materiales que sirven de soporte a los microorganismos.

OBJETIVO

- ✓ Reducir el número de microorganismos.
- ✓ Evitar la propagación de microorganismos patógenos.
- ✓ Garantizar la efectividad del proceso de desinfección y esterilización.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- ✓ Cubeta para detergente.
- ✓ Agua fría y caliente.
- ✓ Pilas-fregadero.
- ✓ Detergente desincrustante o enzimático (dependiendo del material).
- ✓ Cepillos.
- ✓ Paños o compresas.
- ✓ Material de protección: guantes, delantal, gafas y mascarilla.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Llevar a cabo las recomendaciones universales de protección y de barrera.
- ✓ Preparar la solución detergente según las indicaciones del fabricante.
- ✓ Pasar el instrumental bajo el chorro del grifo de agua fría para retirar los restos más gruesos.
- ✓ Sumergir completamente el instrumental, salvo en casos especiales de ópticas, motores, cámaras o material de microcirugía, durante el tiempo recomendado por el fabricante.
- ✓ Cepillar enérgicamente las ranuras y articulaciones y hacer circular la solución a través de conductos y tubuladuras.
- ✓ Aclarar abundantemente bajo el chorro del grifo.

- ✓ Secar inmediatamente utilizando un paño o pistola de aire a presión.
- ✓ Inspeccionar meticulosamente el material para que no queden restos de sucio.
- ✓ Almacenarlo en lugar seco hasta su desinfección o esterilización.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Lavar el instrumental lo antes posible para que no se reseque la suciedad.
- ✓ El material articulado debe abrirse para su limpieza.
- ✓ No utilizar cepillos metálicos ni productos abrasivos No utilizar desinfectantes clorados ni soluciones excesivamente ácidas o alcalinas.
- ✓ Retirar el material oxidado para su reparación.
- ✓ Mantener los productos de limpieza bien cerrados para evitar problemas de evaporación y alteración de la concentración y anotar la fecha de apertura.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Segura Barandilla V. Descontaminación instrumental. Guía práctica. ESMONpharma 2006.

LIMPIEZA Y DESINFECCIÓN DEL MOBILIARIO CLÍNICO (APARATAJE)

Eliminación de materia orgánica e inorgánica existente en la superficie del mobiliario y equipos médicos.

OBJETIVO

- ✓ Reducir el número de microorganismos.
- ✓ Evitar la propagación de microorganismos patógenos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Agua.
- ✓ Paños o compresas.
- ✓ Detergente adecuado a cada tipo de aparato (seguir instrucciones fabricante).
- ✓ Solución desinfectante.
- ✓ Material de protección: guantes, delantal impermeable, mascarilla (si se precisa).

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Llevar a cabo las recomendaciones universales de protección y de barrera.
- ✓ Humedecer la compresa en la solución jabonosa y escurrirla.
- ✓ Limpiar la superficie desde las zonas menos contaminadas hacia las más contaminadas, en sentido unidireccional.
- ✓ Si se precisa repasar una zona, se deberá cambiar de compresa.
- ✓ Aclarar posteriormente con compresas humedecidas en agua limpia, procediendo de la misma manera.
- ✓ Secar las superficies antes de proceder a la desinfección.
- ✓ Humedecer la compresa con la solución desinfectante elegida y aplicarla a la superficie, dejándola secar al aire.
- ✓ Cubrir con un paño si no se va a utilizar a continuación.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Siempre antes de desinfectar hay que lavar.
- ✓ Para la desinfección se pueden utilizar componentes de base alcohólica (menacol), compuestos específicos para tal fin (sprays de amonio o alcohol de 70°...) o lejía al 1/10 (una parte de lejía y nueve de agua); dependiendo del material a desinfectar.
- ✓ La frecuencia de limpieza de dichos objetos estará marcada por la actividad asistencial.
- ✓ El material clínico que ha estado en contacto con el paciente debe ser considerado como potencialmente contaminado.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Segura Barandilla V. Descontaminación instrumental. Guía práctica. ESMONpharma 2006.

DESINFECCIÓN DEL INSTRUMENTAL

Eliminación de microorganismos en dicho material.

OBJETIVO

- ✓ Evitar la propagación de gérmenes patógenos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Solución desinfectante.
- ✓ Contenedor con tapa.
- ✓ Material para medidas de protección personal: Guantes, mascarilla, gafas, delantal.
- ✓ Paño o compresas.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Una vez lavado y seco el material según protocolo 12.4: Lavado manual del instrumental.
- ✓ Llevar a cabo las medidas de barrera y protección universales.
- ✓ Preparar la solución desinfectante según normas del fabricante (en frío).
- ✓ Anotar la fecha de preparación y caducidad de la solución.
- ✓ Desmontar y abrir el instrumental, irrigando a través de conductos y tubuladuras.
- ✓ Mantener el instrumental sumergido el tiempo recomendado por el fabricante.
- ✓ Aclarar con agua destilada.
- ✓ Secar.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Utilizar recipientes con tapa para evitar emanaciones y vapores.
- ✓ Mantener los productos de desinfección bien cerrados para evitar problemas de evaporación y alteración de la concentración.
- ✓ Primero lavar y luego desinfectar. Los restos de suciedad impiden la desinfección, donde no llegue el desinfectante no se producirá desinfección.

BIBLIOGRAFÍA

- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Segura Barandilla, V. Descontaminación instrumental. Guía práctica. ESMONpharma 2006.

PRECAUCIONES ESTÁNDAR O UNIVERSALES

Directrices que se aplican a todos los pacientes independientemente del diagnóstico o circunstancia para impedir la transmisión de microorganismos en el hospital.

OBJETIVO

- ✓ Prevenir la infección nosocomial.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Todas las personas en contacto con el paciente.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Jabón líquido neutro, solución alcohólica.
- ✓ Batas, gorros, calzas, mascarillas, protección ocular y guantes (equipo de protección individual, EPI).
- ✓ Contenedor material inciso- punzantes.
- ✓ Bolsas para ropa.
- ✓ Material de limpieza y desinfección.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ **Bata**
 - Colocarse bata de un sólo uso a poder ser impermeable, no estéril siempre que haya la posibilidad de mancharse con sangre o fluidos corporales. Una vez manchada cambiarla lo antes posible.
- ✓ **Guantes**
 - Usar guantes (limpios no necesariamente estériles) cuando se prevé contacto con sangre, fluidos corporales, secreciones o material en contacto con ellos y quitarse los guantes inmediatamente después de realizar cada procedimiento. Cambiarse de guantes siempre que se perforen o rompan y cuando se cambie de zona con alta concentración de microorganismos a otra con menos concentración o de procedimiento dentro del mismo paciente. Y siempre que se cambie de paciente.
 - Lavarse las manos después de quitarse los guantes o aplicarse solución alcohólica.
 -

✓ **Mascarilla, protección ocular**

- Colocarse mascarilla y/o protección ocular durante los procedimientos que puedan generar salpicaduras o nebulizaciones de sangre, fluidos corporales, secreciones y excreciones.

✓ **Lavado de manos**

- El lavado higiénico de manos se hará siempre antes y después de atender a un paciente, al realizar diferentes procedimientos en el mismo paciente, cada vez que se salga de la habitación, siempre que se quiten los guantes y en todas las situaciones descritas en el procedimiento 13-1: Lavado Higiénico de manos.

✓ **Material**

- Mantener dentro de la habitación tan sólo el material imprescindible.
- Después del alta el material se ha de limpiar y desinfectar/esterilizar.
- Siempre que haya manchas de sangre en una superficie se lavarán con una solución desinfectante.

✓ **Ropa de cama**

- No airear la ropa en contacto con el paciente, ni dejarla en el suelo. Introducirla en el carro de sucio.
- En caso de estar manchada con sangre o fluidos corporales; manejar, transportar y procesar evitando el contacto con la piel, mucosas y ropa del personal.

✓ **Muestras de laboratorio**

- Las muestras se colocarán en recipientes cerrados. Se transportarán en contenedores adecuados en posición vertical y con sujeción que evite su derramamiento.

✓ **Objetos punzantes y cortantes**

- Se manejarán con especial cuidado, se desecharán en contenedores especiales; éstos deberán ser reemplazados cuando estén al 75-80% de su capacidad.
- Nunca se encapucharan las agujas.
- Seguir normativa vigente sobre la gestión de residuos.

BIBLIOGRAFÍA

- CDC Guideline of isolation precautions: Preventing transmisión of infections agents in healthcare settings. Atlanta 2007.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003 Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital clínico Universitario de Valladolid. Recomendaciones de aislamiento. Diciembre 2008.

NORMAS DE AISLAMIENTO

Procedimientos destinados a impedir que una persona infectada o colonizada trasmita determinados microorganismos a pacientes, visitas y personal hospitalario. O bien, que un paciente con factores de riesgo elevados no contraiga ninguna infección.

OBJETIVO

- ✓ Evitar la propagación de enfermedades infecto-contagiosas.
- ✓ Controlar la transmisión de microorganismos multirresistentes.
- ✓ Evitar la transmisión de microorganismos a pacientes inmuno-deprimidos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Todas las personas en contacto con el paciente.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Habitación individual con cuarto de baño incorporado.
- ✓ Jabón líquido neutro.
- ✓ Batas, gorros, calzas, mascarillas y guantes según características del aislamiento (equipo de protección individual, EPI).
- ✓ Material fungible y no fungible de uso exclusivo para el paciente aislado.
- ✓ Material de limpieza.
- ✓ Contenedores.
- ✓ Bolsas.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ **Normas generales**
 - Identificar e informar al paciente/cuidador el objetivo y la necesidad de aislamiento.
 - Instruir a las visitas de las medidas de aislamiento.
 - Limitar el número de visitas al menor posible.
 - En la habitación sólo entrará el personal necesario para la correcta atención del paciente.

- Depositar el material de protección necesario para el aislamiento fuera de la habitación, junto a la puerta de entrada.
 - Colocar un cartel con instrucciones en la puerta de la habitación.
 - El paciente ha de estar en una habitación individual con lavabo y WC y una sola cama.
 - La puerta de la habitación ha de permanecer cerrada.
 - Depositar recipientes adecuados para la eliminación de residuos en la habitación.
 - El material de limpieza diario de la habitación ha de ser exclusivo para la habitación de aislamiento, las superficies horizontales se limpiarán dos veces al día.
 - Cuando el paciente se vaya de alta debe hacerse la limpieza y desinfección de la habitación según la normativa de medicina preventiva (ver procedimiento).
 - Desechar los guantes, bata, gafas usados antes de salir de la habitación en los contenedores adecuados.
 - La mascarilla se retirará al salir de la habitación.
 - Usar solución alcohólica antiséptica al abandonar la habitación.
 - Cuando tenga que realizarse pruebas se coordinará con el servicio correspondiente para que el paciente no tenga que esperar.
 - Los residuos biosanitarios se desecharán en la habitación en bolsas o contenedores que una vez cerrados se trasladarán separados del resto de residuos.
 - Seguir las precauciones estándar o universales según protocolo 13-7.
- ✓ **Normas específicas según tipo de aislamiento.**
 - ✓ Precauciones de transmisión aérea.
 - Habitación con sistema especial de ventilación: presión negativa, preferiblemente Recambio de aire c/6-12h. Filtros HEPA en la salida del aire exterior.
 - Mascarilla con filtros de alta eficacia (FFP2/FFP3).

- Material contaminado con secreciones se recoge en doble bolsa.
- Cuando sea imprescindible el traslado del paciente, éste llevará mascarilla quirúrgica.
- ✓ Precauciones de transmisión por gotas.
 - Mascarilla alta eficacia para distancias cortas (menor o igual a 1 m.).
 - Material contaminado se recogerá en doble bolsa.
 - Cuando sea imprescindible el traslado del paciente, éste llevará mascarilla quirúrgica.
- ✓ Precauciones de transmisión por contacto.
 - Guantes siempre.
 - Bata limpia cada vez que se entre en la habitación y se esté en contacto directo o con objetos contaminados y quitársela antes de salir de la habitación.
 - Cuando sea imprescindible el traslado asegurar que se mantienen las medidas para evitar la transmisión por contacto en el traslado y en el destino.
- ✓ Aislamiento inverso o protector.
 - Habitación individual con presión positiva y puerta cerrada.
 - Uso de bata, guantes, mascarilla y gorro.
 - Cuando sea imprescindible el traslado, éste llevará una mascarilla de alta eficacia y aseguraremos que se mantienen las medidas del aislamiento inverso en el traslado y en el destino.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Cuando se trate de pacientes altamente infecciosos introducir la ropa en doble bolsa, la interior hidrosoluble que se cerrará inmediatamente.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- CDC Guideline of isolation precautions: Preventing transmisión of infections agents in healthcare settings. Atlanta 2007.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre, A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.

- Pérez E, Fernández A.M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.
- Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública. Hospital Clínico Universitario de Valladolid. Recomendaciones de aislamiento. Diciembre 2008.

RECOGIDA DE HECES

Obtener una muestra de heces para su análisis.

OBJETIVO

- ✓ Recoger la muestra en las condiciones adecuadas para obtener resultados correctos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Guantes.
- ✓ Cuña.
- ✓ Recipiente estéril.
- ✓ Depresor.
- ✓ Absorbente.
- ✓ Etiqueta identificativa.
- ✓ Impreso de laboratorio de microbiología.
- ✓ Bolsa de basura.
- ✓ Material de aseo.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Asegurarse que la temperatura ambiente es adecuada y no hay corrientes de aire.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Ponerse los guantes.
- ✓ Colocar el absorbente y la cuña.
- ✓ Recoger la muestra de las heces con un depresor y depositarlo en el recipiente estéril.
- ✓ Cerrar, identificar la muestra y enviarlo al laboratorio junto con la petición correspondiente a la mayor brevedad.
- ✓ Realizar aseo y dejar al paciente acomodado.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Evitar que las heces se mezclen con la orina.
- ✓ Si se demora el envío de la muestra al laboratorio mantener a 4°C.
- ✓ Si el paciente es autónomo y no está encamado explicarle la técnica para que realice la recogida de la muestra él mismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003
- Pérez, E, Fernández, A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA PARA LABORATORIO

Obtener una muestra de orina para su análisis.

OBJETIVO

- ✓ Recoger la muestra en las condiciones adecuadas para obtener resultados correctos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material de aseo.
- ✓ Cuña.
- ✓ Guantes.
- ✓ Recipiente estéril.
- ✓ Absorbente.
- ✓ Etiqueta de identificación.
- ✓ Impreso de laboratorio.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Asegurarse de que la temperatura ambiente es adecuada y no hay corrientes de aire.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Ponerse los guantes.
- ✓ Colocar el absorbente y la cuña.
- ✓ Realizar higiene de genitales según procedimiento.
- ✓ Cambiarse de guantes.
- ✓ Recoger la muestra del chorro miccional medio de la primera orina de la mañana.
- ✓ Cerrar, identificar el envase y enviarlo al laboratorio junto con la petición correspondiente.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Si el paciente tiene sonda uretral la muestra de orina se recoge directamente de la bolsa.
- ✓ En pacientes autónomos explicarles como debe recoger la muestra.
- ✓ En orinas de 24 h., del recipiente donde se ha depositado la orina se recoge una muestra anotando la cantidad total de orina en el impreso del laboratorio.
- ✓ Para aclaramiento de creatinina se recoge orina de 24 h, desechando la primera micción de la mañana e incluyendo la primera de la mañana siguiente. Se toma una muestra anotando la cantidad total de orina en el impreso del laboratorio.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias J. Enfermería médico quirúrgica. Ed Tebar 2000.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Guía bioquímica para diagnóstico y seguimiento: Infecciones urinarias. <http://www.raymundomotter.com.ar/interfaz/infomedicos/boletines/INFECCIONES%20URINARIAS.doc>.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

RECOGIDA DE MUESTRAS DE ORINA PARA MICROBIOLOGÍA

Obtener una muestra de orina no contaminada para su análisis.

OBJETIVO

- ✓ Recoger la muestra en las condiciones adecuadas para obtener resultados correctos.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Material de aseo.
- ✓ Guantes estériles y no estériles.
- ✓ Cuña.
- ✓ Absorbente.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Gasas.
- ✓ Jeringa y aguja.
- ✓ Recipiente estéril.
- ✓ Etiqueta de identificación.
- ✓ Impreso de laboratorio de microbiología.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Asegurarse de que la temperatura ambiente es adecuada y no hay corrientes de aire.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Colocar el absorbente y la cuña.
- ✓ Realizar higiene de genitales según procedimiento.
- ✓ Cambiarse de guantes.

- ✓ Recoger la muestra del chorro miccional medio de la primera orina de la mañana directamente en un recipiente estéril.
- ✓ Si el paciente tiene sonda uretral permanente:
 - Mantener la sonda pinzada durante 3 h. si es posible.
 - Ponerse guantes.
 - Desinfectar la membrana de la bolsa con antiséptico.
 - Puncionar la membrana y extraer la orina con la jeringa.
 - Despinzar la sonda.
- ✓ Si el paciente tiene una urostomía:
 - Lavar y desinfectar la piel.
 - Insertar por el urostoma un catéter uretral estéril de pequeño calibre.
 - Desechar las primeras gotas de orina y recoger la muestra.
 - Cerrar, identificar el envase y enviarlo al laboratorio junto con la petición correspondiente lo antes posible. Si no conservar a 4°C.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ En pacientes autónomos explicarles como debe recoger la muestra.
- ✓ En niños lactantes utilizar bolsas colectoras, no mantenerlas más de 15 min. Si no ha orinado realizar aseo y volver a colocar otra bolsa.

BIBLIOGRAFÍA

- Arias J. Enfermería médico quirúrgica. Ed Tebar 2000
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Guía bioquímica para diagnóstico y seguimiento Infecciones Urinarias. Disponible en: <http://www.raymundomotter.com.ar/interfaz/infomedicos/boletines/INFECCIONES%20URINARIAS.doc>
- Parra Moreno M^a L, Arias Rivera S., Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2003.
- Pérez E, Fernández A M^a. Auxiliar de Enfermería 4^oed. McGraw-Hill Interamericana 2005.

CUIDADOS DE LA HERIDA QUIRÚRGICA

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida cerrada, mediante suturas o grapas.

OBJETIVO

- ✓ Favorecer la cicatrización.
- ✓ Prevenir complicaciones.
- ✓ Vigilar evolución.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Batea/carro curas.
- ✓ Guantes, gasas, compresas, paños estériles.
- ✓ Suero fisiológico.
- ✓ Solución antiséptica.
- ✓ Apósito adhesivo.
- ✓ Pinzas de disección, tijeras estériles.
- ✓ Quitagrapas s/p.
- ✓ Contenedor material inciso-punzante.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento y valorar grado de colaboración.
- ✓ Preservar la intimidad del paciente, descubrir solamente la zona corporal que se precise.
- ✓ Colocar al paciente en una posición cómoda.
- ✓ Ponerse guantes.
- ✓ Retirar el apósito sucio.
- ✓ Colocarse guantes estériles.
- ✓ Observar aspecto de la herida.

- ✓ Lavar con suero fisiológico de dentro hacia afuera. Secar.
- ✓ Aplicar solución antiséptica de la misma manera.
- ✓ Cubrir con el apósito.
- ✓ **Retirada de puntos o grapas.**
 - Lavar incisión con suero fisiológico. Secar.
 - Aplicar antiséptico. Dejar secar.
 - Retirar puntos o grapas.
 - Aplicar antiséptico de nuevo.
 - Colocar apósito estéril.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Curar de forma independiente incisión y drenaje para evitar riesgo de infección.
- ✓ Inspeccionar el sitio de incisión y observar si hay síntomas o signos de infección u otra complicación.

BIBLIOGRAFÍA

- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Esteve J, Mitjans J. Enfermería técnicas clínicas. McGraw-Hill Interamericana 2003.
- Instituto Joanna Briggs. Soluciones, técnicas y presión para la limpieza de heridas. Best Practice 2003;7(1):1-7. Actualizado 10-04-07.
- Parra Moreno M^aL, Arias Rivera S, Esteban de la Torre A. Procedimientos y técnicas en el paciente crítico. Masson 2004.

CUIDADOS PREOPERATORIOS

Administración de cuidados a un paciente antes de la cirugía y verificación de procedimientos, pruebas y documentos.

OBJETIVO

- ✓ Preparar al paciente en óptimas condiciones físicas y psicológicas para la intervención quirúrgica a la que va a ser sometido.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera, Auxiliar de enfermería, Peluquero s/p.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Parte de quirófano.
- ✓ Pulsera con grupo sanguíneo s/p.
- ✓ Hoja de verificación preoperatorio.
- ✓ Historia clínica.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Comprobar los datos del parte del quirófano con los del paciente.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador del procedimiento a realizar y valorar el grado de colaboración.
- ✓ Realizar preparación intestinal, si precisa.
- ✓ Quitar el esmalte de uñas, maquillaje u horquillas del pelo, si procede.
- ✓ Realizar higiene corporal antes del rasurado.
- ✓ Verificar rasurado de la zona/s a intervenir, si precisa.
- ✓ Preparar historia clínica del paciente.
- ✓ Mantener dieta absoluta 8 h. antes de la intervención, o según características de la misma. Colocar cartel de quirófano.
- ✓ Realizar higiene corporal antes de ir a quirófano.
- ✓ Hacer la cama, con manta.
- ✓ Verificar que el paciente lleva pulsera identificativa y colocar pulsera de grupo sanguíneo, si precisa.
- ✓ Retirar las alhajas.

- ✓ Retirar dentaduras postizas, gafas y lentillas u otras prótesis, si procede.
- ✓ Administrar y registrar los medicamentos preoperatorios, si procede.
- ✓ Colocar medias antiembolia, si procede.
- ✓ Apoyar al paciente con alto nivel de ansiedad/miedo.
- ✓ Recomendar la evacuación de la vejiga.
- ✓ Proporcionar información a la familia acerca de las zonas de espera y las horas de visita de los pacientes quirúrgicos.
- ✓ Realizar el registro de verificación preoperatorio.
- ✓ Preparar la habitación para el retorno del paciente después de la cirugía, si precisa.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ A los pacientes inmunodeprimidos realizar higiene con jabón antiséptico.
- ✓ El celador comunica a la enfermera el nombre y apellidos del paciente que va a bajar al quirófano. Se procederá según procedimiento 1.2: Traslado del paciente a otro servicio para la realización de pruebas/consultas.

BIBLIOGRAFÍA

- Budassi S. Sheehy, Manual de urgencia en enfermería. Ed. Elsevier España 2006.
- Bulechek, G. Clasificación de intervenciones de enfermería (NIC). Harcourt ediciones 2004.
- Instituto Joanna Briggs. Métodos de compresión graduada para la prevención del tromboembolismo venoso postoperatorio. Best Practice: 2001; 5(2); 1-6. Actualizado 20-04-07.
- Instituto Joanna Briggs. Impacto de la eliminación del vello en las infecciones de la zona quirúrgica. Best Practice 2003; 7(2):1-6. Actualizado 10-04-07.
- Maimone S. Lavado de manos y preparación prequirúrgica de la piel. Julio 2003. Disponible www.codeinep.com.ar/CONTROL/cdeiasociadasaaccesosvasculares1.htm-23k -

CUIDADOS EN EL POSTOPERATORIO INMEDIATO

Administración de cuidados a un paciente cuando llega a la Unidad de Hospitalización después de la cirugía.

OBJETIVO

- ✓ Vigilar el estado cardiovascular, respiratorio, neurológico.
- ✓ Fomentar la comodidad física y psicológica.
- ✓ Prevenir complicaciones postoperatorias.

RECURSOS HUMANOS

- ✓ Enfermera y Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES

- ✓ Tensiómetro.
- ✓ Glucómetro s/p.
- ✓ Pulsioxímetro s/p.
- ✓ Ropa de cama, camisón, pijama s/p.
- ✓ Pie de suero s/p.
- ✓ Soportes bolsas, drenajes.
- ✓ Bomba de perfusión s/p.
- ✓ Sistema de aspiración s/p.
- ✓ Sistema de oxigenoterapia s/p.
- ✓ Botella de orina/ cuña y frasco de diuresis.

DESCRIPCIÓN DE LA SISTEMÁTICA

- ✓ Realizar lavado higiénico de manos.
- ✓ Identificar e informar al paciente/cuidador acerca del procedimiento a realizar, y valorar grado de colaboración.
- ✓ Medir los signos vitales.
- ✓ Vigilar estado respiratorio.
- ✓ Vigilar estado neurológico.
- ✓ Vigilar signos de sangrado.

- ✓ Valorar el dolor del paciente.
- ✓ Revisar estado y permeabilidad de drenajes, catéteres y sondas.
- ✓ Inspeccionar el estado del apósito.
- ✓ Realizar glucemia si el paciente es diabético.
- ✓ Colocar camisión/pijama.
- ✓ Mantener la temperatura corporal del paciente. Abrigarle, si precisa.
- ✓ Vigilar la aparición de náuseas y/o vómitos
- ✓ Explicar al paciente/cuidador el estado postoperatorio y los cambios que debe comunicarnos (incidiendo en los más importantes).
- ✓ Mantener en dieta absoluta hasta indicación médica.
- ✓ Promover la movilización del paciente mediante ejercicios activos o pasivos, fundamentalmente de extremidades inferiores.
- ✓ Estimular ejercicios respiratorios y enseñarle a toser eficazmente, si precisa.
- ✓ Controlar la eliminación urinaria.

PUNTOS DE ÉNFASIS

- ✓ Movilizar precozmente al paciente.
- ✓ Si transcurre 8-12 h. sin eliminación urinaria después de la intervención, buscar signos de retención.
- ✓ Si es portador de vendaje compresivo mantenerlo hasta comenzar deambulación.

BIBLIOGRAFÍA

- Graham K. Cuidados postoperatorios: Manejo de la enfermería. Instituto Joanna Briggs 30-05-07.

TABLA I- PRUEBAS VASCULARES

PRUEBA. Definición	PROTOCOLO DE PREPARACIÓN	CUIDADOS DESPUÉS DE LA PRUEBA
<p>Arteriografías Visualización radiológica de las arterias introduciendo contraste yodado a través de un catéter colocado en arteria. Puede visualizarse las arterias a nivel cerebral, troncos supra-aórticos (TSA), torácico (bronquiales, medulares), de extremidades superiores e inferiores y abdominal (renales, mesentéricas y hepáticas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Adjuntar pruebas de coagulación recientes - Suprimir tratamiento de Sintrom tres días antes. - Mantener ayunas de 8 horas y buena hidratación (pueden beber agua) - Administrar dieta pobre en residuos y limpieza intestinal sólo para arteriografía abdominal - Administrar la medicación habitual de la mañana - Preguntar por alergias a contrastes yodados - Comprobar que el consentimiento informado esté en la documentación del paciente 	<p>-Ver información de registros de enfermería del Servicio Rx. sobre</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Lugar de la punción ■ Control de constantes ■ Control de la primera orina ■ Tiempo de reposo recomendado ■ Incidencias durante la exploración ■ Comprobación de órdenes médicas
<p>Flebografías Visualización radiológica de las venas, con fines diagnósticos, introduciendo contraste yodado a través de punción venosa en el pie o en las extremidades superiores</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener ayunas de 8h -Administrar la medicación habitual de la mañana - Comprobar que el consentimiento informado esté en la documentación del paciente 	<p align="center">NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>
<p>Arteriografía pulmonar Visualización radiológica de las arterias pulmonares a través de punción de vena femoral o una vena del brazo, introduciendo un catéter por donde se inyecta el contraste yodado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Mantener ayunas de 8h -Administrar la medicación habitual de la mañana - Comprobar que el consentimiento informado esté en la documentación del paciente 	<p align="center">NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>
<p>DIVAS Visualización radiológica de las arterias a través de punción venosa introduciendo un catéter hasta la aurícula donde se inyecta el contraste yodado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener ayunas de 8h - Dar la medicación habitual de la mañana -Administrar dieta pobre en residuos y limpieza intestinal sólo para exploración abdominal - Comprobar que el consentimiento informado esté en la documentación del paciente 	<p align="center">NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>

TABLA II PRUEBAS UROLÓGICAS

PRUEBA. Definición	PROTOCOLO DE PREPARACIÓN	CUIDADOS DESPUÉS DE LA PRUEBA
<p>Cistografía y Cisto-uretrografía Visualización radiológica del aparato urinario mediante introducción de contraste yodado a través de la sonda vesical</p>	<p>- Valorar alergias a contrastes yodados</p>	<p>NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>
<p>Urografías Visualización radiológica del aparato urinario mediante introducción de contraste yodado en una vena periférica</p>	<p>- Seguir protocolo de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ayunas desde la cena. No beber agua.(excepto diabéticos) ▪ Dieta pobre en residuos tres días antes. ▪ El día anterior a la prueba dar 3 comprimidos de Dulcolaxo después de comer <p>-Administrar medicación de la mañana con el menor agua posible -Valoración de alergias a contrastes yodados</p>	<p>NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>
<p>Nefrostomía Colocación a través de punción percutánea de un catéter en la vía excretora renal, con el fin de derivar la orina al exterior.</p> <p>Doble J. Colocación de un catéter en la pelvis renal hasta la vejiga a través de nefrostomía o mediante cistoscopia.</p>	<p>-Adjuntar pruebas de coagulación recientes -Valorar alergias a contrastes yodados -Mantener ayunas de 8h. - Administrar medicación de la mañana.</p>	<p>NO Precisa por parte del servicio de Rx.</p>

TABLA III PRUEBAS DIGESTIVAS

PRUEBA. Definición	PROTOCOLO DE PREPARACIÓN	CUIDADOS DESPUÉS DE LA PRUEBA
<p>Estudio gastrointestinal Visualización radiológica del esófago, estómago, duodeno tomando un contraste baritado por vía oral</p>	<p>-Mantener ayunas de 8h. -No administrar medicación de la mañana</p>	<p>NO Precisa por parte del Servicio de Rx.</p>
<p>Enema opaco Visualización radiológica del intestino grueso mediante un contraste baritado aplicado por vía rectal</p>	<p>- Seguir protocolo de preparación</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Dieta pobre en residuos dos días antes de la prueba. Dieta líquida el día anterior ▪ El día anterior a la hora de la comida y la cena: Diluir un frasco de Fosfosoda en dos vasos de agua o zumo frío. Beber la solución lentamente a pequeños sorbos. A continuación beber otros dos vasos de agua o zumo ▪ Durante la tarde beber como mínimo 2 litros de líquido <p>-Administrar la medicación de la mañana - No se puede realizar el protocolo anterior a pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva o insuficiencia renal grave.</p>	<p>NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>

TABLA IV OTRAS PRUEBAS

PRUEBA. Definición	PROTOCOLO DE PREPARACIÓN	CUIDADOS DESPUÉS DE LA PRUEBA
<p>Resonancia nuclear magnética Obtención de imágenes con fines diagnósticos de las estructuras internas del cuerpo humano a través de un equipo que crea un campo magnético En ocasiones, es necesario inyectar contraste intravenoso para mejorar la imagen</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener en ayunas 8h. -Administrar medicación de la mañana - Valoración de alergias a gadolínico - Retirar al paciente todos los objetos metálicos, y prótesis externas (dentadura, lentillas, audífonos) -No pueden realizarse una resonancia las personas con marcapasos. El Servicio de Rx valorará si el paciente es portador de material metálico: prótesis, clips vasculares, DIU. 	<p>NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>
<p>TAC. Scanner Prueba de diagnóstico radiológica mediante la utilización de rayos X y procesamiento de las imágenes por ordenador. Mediante el ordenador se reconstruyen los planos atravesados por los rayos X. En algunas ocasiones es necesario el uso de contrastes radiológicos intravenosos u orales</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Mantener ayunas de 6h. - Valoración de alergias a contrastes yodados - Dar medicación prescrita - Administrar contraste de Bario s/p. Éste lo enviará preparado el Servicio de Rx y el paciente lo tomará antes de hacerse la prueba - Comunicar el día de la prueba al Servicio de Rx si el paciente es diabético, para tener en cuenta su programación 	<p>NO Precisa por parte del Servicio de Rx</p>
<p>Drenajes por punción. Vaciamiento y control de colecciones.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Adjuntar pruebas de coagulación reciente -Suspender tratamiento Sintrom según prescripción médica. -Mantener ayunas -Administrar la medicación habitual de la mañana 	<p>Ver informe de registros del Servicio de Rx</p>