

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

**HOSPITAL COMARCAL DE LA AXARQUIA
UNIDAD DE TRAUMATOLOGÍA
2ª PLANTA ALA ESTE**

Edición y revisión: Marzo 2003



INTRODUCCIÓN:

La elaboración de este Manual persigue el objetivo de protocolizar todas las acciones que realiza la Enfermería en nuestra Unidad entendiendo, no obstante que la descripción de un procedimiento, no puede ser en ningún caso algo rígido e inamovible, cuando de profesionales se trata, sino una guía para la praxis enfermera, sujeta a cuantos cambios sean necesarios a tenor de los nuevos avances científicos.

Las claves que justifican la importancia de disponer de un Manual de Procedimientos de Enfermería son:

- Sirven para unificar criterios.
- Mejoran el aprovechamiento de los recursos.
- Ayudan a la investigación.
- Orientan al personal de nueva incorporación.
- Son base para el control de calidad.

Los contenidos de los procedimientos que aparecen en este Manual se basan en la Enfermería Basada en la Evidencia, y han sido elaborados y consensuados por grupos de profesionales enfermeros, concretamente del Área Hospitalaria de Valme, y a su vez ratificados por la Comisión de Calidad de la Consejería de Salud de la Junta de Andalucía, utilizando en todo momento una metodología científica y de consenso, motivo por el cual se me hace incuestionable su validez en la práctica clínica y su transposición a esta o cualquier otra Unidad de Hospitalización u Hospital.

Indudablemente su implantación debe marcar unas pautas guías de obligado cumplimiento para todos los profesionales de Enfermería (Enfermeros y Auxiliares de Enfermería) en su quehacer diario, a la vez que un compromiso de análisis crítico continuo mediante el pensamiento científico enfermero, que garantice su revisión constante y actualización, razón sin la cual no tendría sentido alguno.

Por último, la implantación de una guía de procedimientos es la herramienta inicial e imprescindible para plantear una metodología de trabajo basada en los Cuidados Integrales o de Calidad, facilitando la elaboración de la Cartera de Servicios de Enfermería y la unificación de criterios en las actividades e intervenciones enfermeras de nuestra profesión.

Os animo a seguir avanzando

Introducción de José Manuel Martínez Vázquez (Supervisor de La Unidad de C.O.T).

INDICE DE SECCIONES

- I. ACTIVIDAD-MOVILIDAD / REPOSO-SUEÑO.**
- II. ALIMENTACION-HIDRATACION.**
- III. COMUNICACION / RELACION.**
- IV. ELIMINACION.**
- V. HIGIENE.**
- VI. RESPIRACION.**
- VII. SEGURIDAD Y CONFORT**
- VIII. TERAPIAS Y CUIDADOS ESPECIALES.**
- IX. MÉTODOS DE DIAGNOSTICO.**
- X. NO ASISTENCIALES.**

INDICE DE CONTENIDO

ACTIVIDAD-MOVILIDAD / REPOSO-SUEÑO

1. Cambios posturales.
2. Levantar al paciente con ayuda.
3. Deambulación con ayuda.
4. Acostar al paciente con su colaboración.
5. Acostar al paciente sin su colaboración.
6. Valoración del patrón sueño.
7. Valoración del paciente en el insomnio.
8. Valoración de las necesidades de ocio.

ALIMENTACIÓN / HIDRATACION

1. Alimentación oral. Cuidados básicos.
2. Alimentación por S.N.G.
3. Alimentación enteral por gastrostomía y yeyunostomía.
4. Nutrición parenteral.

COMUNICACIÓN / RELACIÓN

1. Comunicación centrada en la relación profesional.
2. Relación centrada en el paciente anciano.
3. Relación centrada en el paciente con enfermedad crónica.
4. Relación centrada en el paciente en fase terminal.
5. Actuación ante una situación de agresividad.
6. Actuación ante la negación de la enfermedad.
7. Actuación ante la situación de duelo.
8. Relación basada y centrada en la autonomía del paciente.
9. Relación centrada en la información al paciente y familia.
10. Entrevista inicial.
11. Actuación de enfermería en caso de urgencia en paciente agitado.

ELIMINACIÓN

1. Acompañar al servicio.
2. Administración de enemas.
3. Enema por colostomía.

4. Cuidados del estoma intestinal.
5. Cuidados del estoma urinario.
6. Cuidados en la incontinencia.
7. Facilitar botella orinal.
8. Facilitar cuña.
9. Control de la diuresis.
10. Sondaje vesical masculino.
11. Sondaje vesical femenino.
12. Sondaje evacuador masculino.
13. Sondaje evacuador femenino.
14. Cuidados y mantenimiento del sondaje vesical.
15. Lavado vesical continuo.
16. Lavado vesical manual.
17. Cuidados N.P.C.
18. Sondaje rectal
19. Extracción de fecaloma.
20. Cuidados y mantenimiento del drenaje pleural.
21. Sondaje nasogástrico.
22. Aspiración gástrica continua.
23. Control de deposiciones y tipos.
24. Retirada del tubo pleural.

HIGIENE

1. Aseo del paciente encamado.
2. Lavado de cabeza en el paciente encamado.
3. Higiene y cuidado perineal masculino.
4. Higiene y cuidado perineal femenino.
5. Higiene y cuidado de las uñas.
6. Higiene y cuidado bucal.

RESPIRACIÓN

1. Oxigenoterapia.
2. Aspiración de secreciones.
3. Aspiración de secreciones por tubo endotraqueal y traqueotomía.
4. Cánula de traqueotomía. Limpieza y mantenimiento.
5. Aerosolterapia.

SEGURIDAD Y CONFORT

1. Hacer cama desocupada.
2. Hacer cama quirúrgica.
3. Hacer cama ocupada.
4. Valoración y control de la seguridad ambiental.
5. Prevención de caídas accidentales.
6. Sujeción del paciente.
7. Alineación corporal.
8. Posición decúbito lateral derecho e izquierdo.
9. Posición decúbito prono.

10. Posición de Fowler.
11. Posición de Trendelenburg.
12. Prevención de úlceras por presión.

TERAPIAS Y CUIDADOS ESPECIALES

1. Administración de medicación I.M.
2. Administración de medicación subcutánea e intradérmica.
3. Administración de medicación IV en bolo.
4. Administración de medicación oral.
5. Administración de medicación rectal
6. Administración de medicación vía ótica.
7. Administración de medicación por inhalación.
8. Administración de medicación vía tópica.
9. Aplicación de vendajes.
10. Cura de herida. Generalidades.
11. Colocación de férula de yeso.
12. Colocación de férula metálica.
13. Inserción de catéter venoso periférico.
14. Inserción de catéter venoso central.
15. Inserción de catéter venoso central de acceso periférico.
16. Mantenimiento y cuidados de vías perfusión IV.
17. Retirada de puntos/grapas.
18. Cuidado y mantenimiento de tracciones.
19. Preparación del campo quirúrgico.
20. Preparación, limpieza y reposición del carro de curas.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

1. Punción lumbar.
2. Toracocentesis diagnóstica.
3. Paracentesis y drenaje.
4. Traslado de pacientes a pruebas diagnósticas.
5. Recepción de pacientes a pruebas diagnósticas.
6. Toma de P.V.C.
7. Toma de frecuencia cardíaca.
8. Toma de tensión arterial.
9. Toma de frecuencia respiratoria.
10. Toma de temperatura axilar.
11. Realización de E.C.G.
12. Glucemia basal.
13. Realización de pruebas mediante tiras reactivas.
14. Obtención de muestra de orina para analítica.
15. Obtención de muestra de orina para cultivo.
16. Recogida de orina de 24 horas.
17. Recogida de muestra para coprocultivo.
18. Recogida de muestra para determinación de parásitos.
19. Recogida de muestra para determinación de sangre oculta en heces.
20. Recogida de esputo para estudio.
21. Toma de muestra de exudado de heridas para cultivo.

22. Extracción de sangre arterial para determinación de gases en sangre.
23. Extracción de sangre para hemocultivo.

NO ASISTENCIALES

1. Ordenación de medicamentos y fungible.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 1000

ACTIVIDAD Y MOVILIDAD REPOSO/SUEÑO

CAMBIOS POSTURALES

CÓDIGO: 1.010

DESCRIPCION:

Modificación de la postura del paciente encamado que se practica de forma regular y periódica.

OBJETIVO:

- Evitar la aparición de úlceras por presión.
- Mejorar la circulación de las zonas de contacto.
- Proporcionar comodidad al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad (D.E., A.E., Celador).

RECURSOS MATERIALES:

- Almohadas
- Sábanas
- Barandillas
- Manivela.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Proteger su intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Nos colocaremos a ambos lados de la cama.
- (Dependiendo del peso del paciente, necesitaremos 1 ó 2 personas a cada lado y otra que se encargará de sujetar la cabeza del paciente).
- Una vez que hayamos decidido la nueva postura (Decúbito supino, Decúbito lateral Dcho. e Izq. son las más usadas):
Actuar al unísono, tirando de la sábana hasta colocar al paciente en la posición deseada, evitando tirones y movimientos bruscos.
- En el caso en que la postura adoptada por el paciente sea decúbito lateral, nos ayudaremos de almohadas que colocaremos bajo la espalda para evitar que el paciente involuntariamente adopte la posición decúbito supino.
- Así mismo, colocaremos una almohada entre las piernas, que deberán estar flexionadas, para evitar el roce entre ellas.
- Nos aseguraremos que la sábana esté bien estirada y de que no existen arrugas.
- Colocar barandillas de seguridad. Incorporar la cama.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse al horario de cambio de postura (generalmente cada 4/6 h) respetando las horas de sueño.
- Mantener extrema precaución con las vías, cánulas, sondajes y oxigenoterapia, en el caso de que los tuviera, para evitar tirones y arrancamientos.
- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Tener en cuenta diagnóstico y patología del paciente para evitar posturas que pudieran ser nocivas.
- En algunos casos, el cambio postural nos puede facilitar el drenaje de secreciones respiratorias.
- El personal que realiza el cambio postural, debe adquirir una postura sana para evitar lesiones de espalda, flexionando las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano posible a la cama para realizar el menor esfuerzo físico.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería la hora del cambio y la postura adoptada en el mismo.
- Anotar si ha habido algún incidente o si ha aparecido alguna zona enrojecida susceptible de U.P.P.

LEVANTAR AL PACIENTE CON AYUDA

CÓDIGO: 1.020

DESCRIPCION:

Acto mediante el cual facilitamos la incorporación, levantamiento y toma de asiento desde la cama al paciente que necesita ayuda.

OBJETIVO:

- Facilitar la necesidad de movilización del paciente.
- Ofrecer seguridad al paciente, además de evitar accidentes.
- Suplir su limitación.
- Mejorar la circulación sanguínea y evitar U.P.P.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad. (D.E., A.E., Celador.)

RECURSOS MATERIALES:

- Manivela
- Sábanas
- Grúa

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Proteger intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Asegurarnos de que la patología del paciente no le impide levantarse.
- Pedir colaboración al paciente.
- Si el paciente no colabora, nos colocaremos de forma que el celador agarre al paciente por el torso a través de las axilas en la cabecera de la cama y uno o dos personas de enfermería al paciente por las piernas.
- Una vez que el paciente esté bien sujeto, llevarlo hasta el sillón en un esfuerzo sincronizado.
- Si el paciente colabora y se puede mantener en pie, sacar las piernas del paciente de la cama, sujetar por la axila y hombro, invitar al paciente a que nos agarre por la cintura y a que flexione el cuello y hacer esfuerzo hasta incorporarlo al filo de la cama. Una vez aquí, esperar unos minutos para evitar que el paciente pueda sufrir mareos, bajarlo de la cama y mantenerlo de pie, sujetándolo por hombros y axilas, pedirle que mueva sus piernas girando hacia el sillón e indicarle que flexione el tronco y las rodillas hasta sentarse.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Si el paciente es portador de vías, sondajes, cánulas u oxígeno, extremar las precauciones para evitar arrancamientos y tirones.
- El personal debe adquirir una postura sana, flexionando las rodillas, separándolas, manteniendo la espalda lo más recta posible y el cuerpo lo más cercano a la cama para realizar menor esfuerzo físico y evitar posibles lesiones.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería hora de levantamiento, actividad del paciente e incidencias si las hubiera.

DEAMBULAR CON AYUDA

CÓDIGO: 1.030

DESCRIPCION:

Acto mediante el cual facilitamos al paciente su necesidad de movimiento, apoyado por personas y usando materiales de apoyo.

OBJETIVO:

- Evitar accidentes.
- Proporcionar seguridad al paciente.
- Ayudar a satisfacer su necesidad de movimiento.
- Mejorar circulación sanguínea y adquirir tonicidad y fuerza muscular
- Mejorar autoestima del paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Andador.
- Bastón.
- Muletas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- En primer lugar, asegurarnos que el paciente pueda caminar teniendo en cuenta su patología y su situación física. (Tonicidad muscular, presencia de heridas o úlceras, etc.).
- En el caso de que la deambulación sea con ayuda de recursos materiales tales como muletas, bastón o andador, debemos asegurarnos de la fortaleza de los músculos de las piernas y abdomen, así como los de manos, brazos y hombros, porque gran parte de su peso debe ser apoyado por estos músculos.
- Transmitir paciencia y evitar prisas. El lugar debe estar bien iluminado, sin obstáculos, ser suficientemente amplio, el suelo debe estar seco.
- Si el paciente padece disminución de la agudeza visual, recomendar el uso de sus gafas.
- Debemos sujetar, si es necesario, al paciente de forma segura por los hombros y axilas, o bien, invitar al paciente a que nos agarre a nosotros por el hombro a la vez que le sujetamos por la cintura.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución de forma estricta.
- Implicar a los familiares, si los vemos aptos para el procedimiento.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería la hora y el tiempo que ha permanecido el paciente deambulando, así como la actitud de este último y si ha habido algún incidente.

ACOSTAR AL PACIENTE CON SU COLABORACION

CÓDIGO: 1.040

DESCRIPCION:

Acto mediante el cual pasamos a la cama al paciente que precisa ayuda.

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar además de ayuda al paciente para satisfacer su necesidad de reposo/sueño.
- Evitar accidentes.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Manivela.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente sobre la técnica a realizar.
- Proteger su intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama. Colocar la cama en posición horizontal.
- Mantener al paciente en pie de espaldas a la cama, sujetándolo por las axilas y los hombros.
- Sentarle en el filo de la cama y a continuación ayudarle a echarse sobre ella de espaldas.
- Cogerle ambas piernas y ayudarle a llevarlas sobre la cama.
- Colocarnos a ambos lados de la cama a la altura de la cabecera.
- Indicar al paciente que flexione las rodillas y apoye los talones, a la vez que sujetándolo por las axilas, lo llevamos hacia arriba en un esfuerzo sincronizado.
- Incorporar la cama.
- Tapar al paciente.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución.
- Extremar precauciones si el paciente presenta vías, sondas, cánulas, oxígeno, etc.

REGISTROS:

- Anotar hora e incidencias si las hubiera en la hoja de enfermería.

ACOSTAR AL PACIENTE SIN SU COLABORACION

CÓDIGO: 1.050

DESCRIPCION:

Llevar desde el sillón hasta la cama al paciente que no presta colaboración alguna.

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar para que el paciente satisfaga su necesidad de reposo/sueño.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Sábana.
- Manivela.
- Grúa.

TECNICA DE EJECUCION:

- Si el paciente está consciente, informarle sobre el procedimiento a realizar.
- Proteger su intimidad.
- Frenar las ruedas de la cama.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Colocar el sillón paralelo y pegado a la cama.
- Asegurarnos si el paciente tiene algún drenaje, sondaje o sueroterapia, para evitar tirones y arrancamientos. Si las tiene, extremar las precauciones.
- Colocarnos por la cabecera y los pies del paciente y asirle por el torso a través de las axilas, a la vez que otra persona agarra ambas piernas y un tercero está pendiente de drenajes y sueros.
- Llevarle hasta la cama en un esfuerzo sincronizado.
- Una vez en la cama acomodar al paciente, taparlo e incorporar la cama dependiendo de su patología.
- Acomodar sueros y sondajes a la cama si los tuviera.
- Colocar barandillas de seguridad.

OBSERVACIONES:

- Es importante valorar las cualidades antropométricas del paciente para que en función de éstas, se determine el número de personas necesarias para la realización del procedimiento.
- Adoptar una postura sana para evitar lesiones (personal sanitario):
 - Flexionar las rodillas, separándolas.
 - Mantener la espalda lo más recta posible.
 - Mantener el cuerpo lo más cercano posible al paciente para realizar menor esfuerzo físico.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería la hora y posibles incidencias, además del tiempo total que ha permanecido sentado.

VALORACION DEL PATRON SUEÑO

CÓDIGO: 1.060

DESCRIPCION:

Obtención de datos a través de la entrevista y la observación acerca de los hábitos de sueño del paciente.

OBJETIVO:

- Obtener información acerca de los hábitos de sueño del individuo.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Historia del paciente.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Entrevista personal con el paciente, preguntándole:
 - ¿Tiene dificultad para dormir?.
 - ¿Cuántas horas duerme habitualmente?.
 - ¿Se despierta frecuentemente durante la noche?.
 - Si se despierta, ¿tarda en volverse a dormir?.
 - ¿Tiene usted alguna costumbre para dormir?. ¿Cuál?.
 - ¿Toma medicación?, ¿Cuál?.

OBSERVACIONES:

- Intentar respetar las costumbres de sueño del paciente, en la medida de lo posible.
- Si duerme con un objeto personal, solicitar que se lo faciliten desde su domicilio.

REGISTROS:

- Anotar en la historia todos los datos extraídos de la entrevista.

VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL INSOMNIO

CÓDIGO: 1.070

DESCRIPCION:

Conjunto de actividades dirigidas a combatir el insomnio y favorecer el descanso y el sueño del paciente.

OBJETIVO:

- Prestar los cuidados necesarios para favorecer el sueño.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Atender al apartado de técnicas de ejecución.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Crear un entorno "ideal" para el descanso, evitando estímulos ambientales tales como quitar T.V., evitar ruidos, apagar luces, cerrar la puerta, asegurar una temperatura agradable en la habitación.
- Asegurar medidas de seguridad tales como luces de noche, timbre al alcance de la mano y barandillas protectoras.
- Proporcionar comodidad al paciente asegurándonos que ha recibido una buena higiene personal, facilitando ropa cómoda, cerciorándonos de que la ropa de la cama está limpia y seca, proporcionar mantas si hiciera frío, estimular a que evacue la vejiga antes de acostarse.
- Valorar estado anímico e intentar disminuir ansiedad, miedos, etc. En el caso de que existieran, ofrecer infusiones o bebidas calientes.
- Evitar que duerma durante el día e intentar que lleve una vida lo más activa posible dentro de lo que permita la patología.
- Evitar cenas copiosas.

OBSERVACIONES:

- Si persiste el insomnio, consultar con el médico por si fuera necesaria la prescripción y administración de hipnóticos.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería cómo ha pasado la noche y si las medidas tomadas han sido efectivos.

VALORACION DE LAS NECESIDADES DE OCIO

CÓDIGO: 1.080

DESCRIPCION:

Obtención de datos a través de la entrevista, acerca de actividades ociosas, hobby o aficiones del paciente y el grado de dependencia de éste hacia ellas.

OBJETIVO:

- Obtener información sobre estos hábitos y valorar la importancia que para el paciente tienen dichas aficiones.
- Detectar posibles problemas en el paciente provocados por no satisfacer sus necesidades de ocio (ansiedad, falta de comunicación ...).

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Historia del paciente.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Entrevista personal con el paciente preguntándole por la cantidad de tiempo de que dispone y cuáles son sus aficiones preferidas que realiza de forma regular y su grado de dependencia hacia ellas.

OBSERVACIONES:

- En el caso en que no pueda, por razones obvias, disfrutar de sus aficiones mientras esté hospitalizado, ofrecer alternativas que sí pueda desarrollar en el ámbito hospitalario y su patología lo permita.

REGISTROS:

- Anotar en la hoja de enfermería, dedicación del paciente, cantidad de tiempo libre ocupado en aficiones, así como estado anímico durante el día.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 2000

ALIMENTACIÓN E HIDRATACION

ALIMENTACION ORAL. CUIDADOS BÁSICOS

CÓDIGO: 2.010

DESCRIPCION:

Preparación y ayuda del paciente para su alimentación.

OBJETIVO:

- Proporcionar al paciente la dieta prescrita y conseguir un buen estado nutricional

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o / A. E.

RECURSOS MATERIALES:

- Mesa auxiliar.
- Bandeja de comida.
- Manivela de cama.
- Material para lavado de manos e higiene de la boca.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Coloque al paciente en posición cómoda para comer.
- Proporciónale el material para el lavado de manos y ayúdele s/p.
- Mantenga una buena iluminación en la habitación.
- Revise la bandeja de comida y compruebe que la dieta recibida coincide con la solicitada.
- Ayude al paciente a comer s/p.
- Una vez finalizada la comida, compruebe lo que ha comido el paciente.
- Retire la bandeja.
- Proporciónale el material necesario para el lavado de manos y la higiene bucal y ayúdele s/p.
- Coloque al paciente en posición cómoda.

OBSERVACIONES:

- Verifique que la dieta servida coincide con la prescrita.
- Revise que la bandeja está completa.
- Procure el tiempo necesario para la ingesta de alimentos.

REGISTROS:

- Indique cualquier incidencia ocurrida, si el paciente no ha comido o ha comido mal y por qué.

ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA

CODIGO: 2.020

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o A. E.

RECURSOS MATERIALES:

- Bolsa o jeringa de alimentación.
- Vaso con agua.
- Pinza de Kocher.
- Servilleta desechable.
- Guantes desechables.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Lávese las manos y colóquese los guantes desechables.
- Informe al paciente del procedimiento.
- Coloque al paciente en posición sentado.
- Prepare la dieta prescrita.
- Pince la S.N.G. y retire el tapón.
- Conecte la jeringa vacía, despince la sonda y aspire, comprobando que no hay retención.
- Pince la sonda y conecte la bolsa o jeringa con la dieta.
- Despince e introduzca el alimento lentamente, si es por jeringa o gradúe el ritmo de goteo, si es por bolsa.
- Introduzca 50 cc. de agua y coloque el tapón de la sonda.

OBSERVACIONES:

- Antes de administrar la alimentación, compruebe la correcta colocación de la sonda.
- Mantenga al paciente sentado o incorporado en la cama hasta una hora después de la administración de la dieta.
- Administre la dieta lentamente para evitar intolerancias y diarrea.
- Evite la existencia de grumos en la dieta y la introducción de aire.

- Administre la dieta a temperatura ambiente.
- Suspenda la administración si hay náuseas y vómitos.

REGISTROS:

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

ALIMENTACION ENTERAL POR GASTROSTOMIA Y YEYUNOSTOMÍA

CÓDIGO: 2.030

DESCRIPCION:

Nutrición e hidratación del paciente por vía gástrica o intestinal directa.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda de alimentación enteral
- Bomba de perfusión
- Dieta prescrita
- Jeringa de 50 cc.
- Pinza de Pean
- Vaso con agua

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente del procedimiento
- Comprobar que la dieta corresponde a la prescripción
- Purgar el sistema y conectarlo a la bomba tras comprobar su correcto funcionamiento
- Pinzar la sonda y retirar el tapón
- Conectar la jeringa vacía a la sonda y despinzar
- Aspirar comprobando si hay retención
- Si no hay retención, administrar la dieta muy lentamente o por medio de goteo al ritmo indicado
- Una vez introducida la dieta, administrar de 20 a 30 cc. de agua
- Ocluir la sonda

OBSERVACIONES:

- Si al aspirar se comprueba que existe retención, aspirar el contenido y volver a introducirlo, añadiendo de la nueva dieta hasta completar la cantidad prescrita.

REGISTROS:

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

NUTRICION PARENTERAL

CÓDIGO: 2.040

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

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

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Comprobar el funcionamiento correcto de la bomba de perfusión.
- Elegir el sistema adecuado a la bomba de perfusión que vayamos a utilizar. Comprobar que la bolsa de perfusión se corresponde con la solicitada al Servicio de Farmacia.
- Comprobar integridad de la bolsa y características.
- Proteger la bolsa de la luz, si no lo estuviera.
- Si no hay vía canalizada, canalizar según procedimiento correspondiente.
- Conectar el sistema a la bolsa de N.P. y purgarlo.
- Conectar al catéter del paciente.
- Iniciar perfusión
- Aislar las conexiones con gasas empapadas en antiséptico.
- Controlar el ritmo de la perfusión, el cual debe ser constante y continuo.
- En caso de interrupción, sustituir por glucosa 10% y comunicar al médico.

OBSERVACIONES:

- Administración por prescripción médica
- Cambiar el sistema de perfusión cada 24h.
- Control de constantes vitales y determinaciones analíticas según prescripción médica.
- Mantener la N.P. en el frigorífico hasta su utilización
- Mantener 1 ó 2 h. a temperatura ambiente antes de administrarla.
- Mantener conectada a la red la bomba de perfusión siempre que sea posible para que no se agoten las baterías.

REGISTROS:

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

PROCEDIMIENTOS CODIGO 3000

COMUNICACIÓN Y RELACION

COMUNICACION CENTRADA EN LA RELACION PROFESIONAL

CODIGO: 3.010

DESCRIPCION:

Relación no buscada por el personal, ni por el propio paciente. Se adopta un papel de experto en las elecciones terapéuticas del paciente.

OBJETIVO:

- Establecer una relación de confianza y participación mutua, manteniendo cierto distanciamiento que le permita tomar decisiones.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Eliminar posibles distracciones (teléfono, interrupciones, puerta, etc.)
- Escuchar activamente lo que el paciente tiene que comunicarnos.
- Demostrar que estamos dispuestos a escucharle y que puede confiar en nosotros.
- Decir lo que se piensa u opina.
- Ser paciente, no interrumpirle, tomarnos el tiempo necesario evitando la crítica. Ser coherente con la situación y contexto.
- Expresarse de forma audible, fluida y clara.
- Evitar tecnicismos para facilitar la comprensión.
- Explicar cualquier técnica que se realice al enfermo antes de comenzar, aclarando sus dudas y disminuyendo sus temores.
- Preguntar al paciente si nos hemos explicado bien, si le quedan dudas y si quiere algo más.

OBSERVACIONES:

- Esta técnica también se utilizará con familiares y acompañantes.
- Estar seguros de que el paciente se ha enterado y ha captado lo que le hemos dicho.

REGISTROS:

- Hacer constar la explicación de las técnicas y la comprensión de éstas por parte del paciente.

RELACIÓN CENTRADA EN PACIENTES ANCIANOS

CODIGO: 3.020

DESCRIPCION:

Es la relación de confianza y comunicación que se establece para determinar que es lo que espera el anciano de nosotros disminuyendo su ansiedad y favoreciendo su adaptación al medio hospitalario.

OBJETIVO:

- Disminuir la ansiedad y favorecer la adaptación al medio.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Presentarse al paciente y decirle nuestro nombre.
- Hablar directamente a la persona utilizando frases cortas y específicas manteniendo la mirada.
- Escuchar al paciente.
- Aclarar todas sus dudas de forma sencilla y entendible.
- No dar sensación de prisa, dejar acabadas las frases.
- No levantar la voz.

OBSERVACIONES:

- Dirigirnos al paciente con el máximo respeto, evitar el tuteo y términos como "abuelo", "abuelito", etc.

REGISTROS:

- Registrar aquellos datos de interés detectados en la entrevista.

RELACION CENTRADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA

CODIGO: 3.030

DESCRIPCION:

Es la relación que se establece entre el profesional y el paciente que sufre una enfermedad crónica y que necesitan conocer toda la información que les pueda ayudar a controlar su enfermedad.

OBJETIVO:

- Establecer una comunicación continua entre profesional y paciente para lograr el bienestar y mejorar.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informar al paciente de todo lo relacionado con su enfermedad.
- Enseñar al paciente sobre conocimientos, habilidades y conductas que sirvan para mejorar su salud.
- Enseñar sobre la forma de tomar el tratamiento, beneficios y dosis, horario y efectos secundarios.
- Transmitir la convicción de que el tratamiento disminuye las complicaciones.
- Ayudarle a superar las barreras que percibe en el tratamiento.
- Ponernos al lado del paciente y en el lugar del paciente con el objetivo común de mejorarle.
- Estimular la creencia de que los riesgos de las complicaciones se pueden reducir con controles periódicos.
- Establecer objetivos con el paciente que sean concretos, alcanzables, comprensibles y evaluables.

OBSERVACIONES:

- Nada destacable.

REGISTROS:

- Registrar objetivos pactados con el paciente.

RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL

CÓDIGO: 3 040

DESCRIPCION:

Es la relación que se establece entre el profesional y el paciente desde el momento en que el enfermo es considerado terminal, y en el cual comienza un periodo, más o menos largo en que la enfermedad pasa por diversos estadios : progresa, se estaciona, empeora de forma irregular con la aparición de diversos problemas de todo tipo.

OBJETIVO:

- Ayudar al paciente a prepararse para morir.
- Evitar sufrimientos innecesarios en el paciente.
- Morir con dignidad.
- Satisfacer sus necesidades.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Material necesario para la higiene.
- Analgésicos si fueran necesarios.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Mantener una higiene adecuada, así como la hidratación y administración de analgésicos si estuviesen indicados.
- Mantener las funciones respiratorias y eliminatorias en las mejores condiciones posibles.
- Asegurar la intimidad del paciente en todo momento.
- Escuchar al paciente estimulando para que exprese sus sentimientos y temores.
- Evitar que se sientan solos o abandonados.
- Si no es posible que esté acompañado por la familia, la enfermera/o le hará frecuentes visitas.
- Será tratado con respeto y dignidad teniendo en cuenta las opiniones del paciente, respetando asimismo sus creencias y costumbres, llamando al Capellán si fuese su deseo.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIVIDAD

CODIGO: 3.050

DESCRIPCIÓN:

Situación de agresividad e irritabilidad que imposibilita el mantenimiento de una conversación normal.

OBJETIVO:

- Conseguir a través de una relación asertiva que la irritabilidad y agresividad disminuyan y se pueda mantener una conversación normal.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la Unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- No ponerse a la altura de la persona agresiva.
- La agresividad genera más agresividad.
- Demostrar a la persona que se entiende su irritabilidad, enfado...
- Escuchar activamente: mantener la mirada, asentir, resumir y repetir su queja o problema.
- Esperar a que disminuya su irritación.
- No hablar hasta que el paciente/familia empiece a tranquilizarse.
- Seguir preguntando.
- Conseguir que siga hablando.

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución de forma estricta.

REGISTROS:

- Registrar en el apartado de incidencias tanto el incidente como el resultado.

ACTUACION ANTE LA NEGACION DE LA ENFERMEDAD

CÓDIGO: 3.060

DESCRIPCION:

Manejo de la situación en la que el paciente niega su proceso patológico.

OBJETIVO:

- El paciente tomará conciencia de su enfermedad y colaborará en sus cuidados, utilizando los recursos adecuados.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Hablar con el paciente, abordando la situación de forma directa y clara. Comprender al paciente tal como es.
- No reaccionar ante su posible cólera.
- Permitir que el paciente exprese sus sentimientos sin precipitarse.
- Ofrecerle nuestra ayuda, manteniendo en todo momento una actitud imparcial. Intentar implicar a la familia en los cuidados y pautas a seguir.

OBSERVACIONES:

- El impacto que puede producir en el paciente el diagnóstico de su enfermedad, es singularmente importante, condicionando la buena o mala aceptación de ésta.

REGISTROS:

- Registrar los logros obtenidos.

ACTUACION ANTE LA SITUACION DE DUELO

CÓDIGO: 3.070

DESCRIPCION:

Actuación y manejo de una situación de duelo.

OBJETIVO:

- Aliviar el sufrimiento y aceptar la pérdida de un ser querido.

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- No

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Ayudar e informar a la familia de los pasos a seguir.
- Dar apoyo moral.
- Procurar encontrarles un lugar tranquilo, lejos de otros familiares.
- Dejarles estar por un rato al lado del difunto, si ese fuera su deseo.
- Respetar su intimidad.

OBSERVACIONES:

- La persona experimenta un estado de choque, en el periodo de tiempo que sigue inmediatamente a la pérdida: Rehúsa aceptar y comprender lo que pasa y actúa como si estuviera separado del mundo exterior.

REGISTROS:

- No

RELACION BASADA EN LA AUTONOMIA DEL PACIENTE

CÓDIGO: 3.080

DESCRIPCION:

Solo a partir de una información adecuada el paciente podrá decidir libremente lo que crea más oportuno para él.

OBJETIVO:

- Potenciar la autonomía del paciente a través de una mejor información.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- No

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Hablar con el paciente e informar de la técnica a realizar.
- Preguntar si la ha comprendido y si ha recibido la información necesaria.
- Utilizar un lenguaje comprensible y adaptado a su medio.
- Escuchar al paciente y responder a todas sus dudas.
- Fomentar y motivar los logros conseguidos por el paciente en su autonomía.
- Promover la participación del paciente en la toma de decisiones.
- Pedir opinión.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar los logros conseguidos por el paciente.

RELACION CENTRADA EN LA INFORMACION AL PACIENTE Y FAMILIA

CÓDIGO: 3.090

DESCRIPCION:

Es la relación que se establece para que tanto el paciente como su familia comprendan con claridad sus responsabilidades, como cuidar al paciente, así como la prevención de posibles complicaciones.

OBJETIVO:

- Enseñar a los familiares a comprender y aceptar la enfermedad, así como la identificación de síntomas.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Ayudar al paciente y familiares a reconocer los problemas y la manera de afrontarlos de una forma realista.
- Ayudar a buscar los medios adecuados, para hacer frente a estos problemas.
- Tratar de hacer comprender y aceptar que las limitaciones forman parte de la condición humana.
- Informar del tratamiento y pautas a seguir.
- Prevenir al paciente y familia acerca del uso indiscriminado de fármacos.
- Informar tanto al paciente como a su familia, de la forma de administrar medicamentos o técnicas especiales, si se requiriesen.

OBSERVACION:

REGISTROS:

ENTREVISTA INICIAL

CODIGO: 3.100

DESCRIPCION:

Entrevista al paciente a su llegada al servicio.

OBJETIVO:

- Aclarar dudas y disminuir la ansiedad posible producida por el ingreso.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Materiales reseñados en el plan de acogida.

TECNICA DE EJECUCION:

- Elegir lugar y momento oportuno para asegurarse de que es escuchado.
- Presentarse al paciente y decirle nuestro nombre.
- Aclarar sus dudas e informarles sobre las normas, pautas horarios, etc. , del servicio en que se encuentra.
- Informarle de cómo ponerse en contacto con el personal que le atiende en caso de necesitarlo.
- Mostrarse sereno y relajado.
- Escuchar al paciente, demostrando interés por lo que nos quiere comunicar.
- Hablar siempre en primera persona.
- Preguntar ordenadamente.
- Ser consistente en lo que se dice, no contradecirse.
- Hablar para que el paciente lo entienda.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar las observaciones y demás datos de interés.

ACTUACION DE ENFERMERIA EN CASO DE URGENCIA EN PACIENTE AGITADO

CÓDIGO: 3.110

DESCRIPCION:

Consiste en evitar que el paciente pase a la acción mediante la intervención del personal, que puede ser: una 1ª pauta de actuación psíquica, fomentando la verbalización y si no fuese posible, se pasaría a la 2ª medida, que sería la contención física.

OBJETIVO:

- La contención psíquica, física o química para evitar e riesgo de autolesiones o daños a otros (personal, pacientes, etc...)

RECURSOS HUMANOS:

- Personal de la unidad.

RECURSOS MATERIALES:

- Material para contención física s/p.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- El médico o en su lugar la enfermera/o, dirigirá la intervención para reducir la ansiedad del paciente, del personal y de otros pacientes. Se informará al paciente de las medidas a tomar.
- Pudiendo ser estas medidas de dos tipos:

1. *Contención Psíquica:*

- Evitar que pase a la acción.
- Escuchar al paciente.
- Poner límites a su conducta, si fuese posible.
- Estimular su capacidad de pensar.
- Facilitar la verbalización de sus impulsos auto-heteroagresivos.

2. *Contención física:*

- Se ejecutará en situaciones de agitación o cuando el paciente sea incapaz de controlar sus impulsos.
- Actuar de forma rápida y coordinada.
- Se recomienda la actuación de 4 ó 5 personas.
- Se llevará a cabo encargándose una persona de cada miembro y otra de la cabeza.
- No apretar las sujeciones de los miembros en exceso, para evitar lesiones por compresión.

-
- Vigilar al paciente cada 30 minutos.
 - Liberar periódicamente cada uno de los miembros para evitar complicaciones.
 - No desatar sin la prevención de personal suficiente y previa evaluación.

OBSERVACIONES:

- No enfrentarse al paciente en ningún momento.
- No intentar la reducción de un paciente sin personal suficiente.

REGISTROS:

- Registrar incidencias en Observaciones de Enfermería.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 4000

ELIMINACIÓN

ACOMPañAR AL SERVICIO

CODIGO: 4.010

DESCRIPCION:

Es la acción de ayudar a un paciente a ir al servicio.

OBJETIVO:

- Auxilio al paciente en el proceso de ir al servicio con el objetivo de realizar necesidades relacionadas con la higiene o la eliminación fecal/urinaria.

RECURSOS HUMANOS:

- Una Auxiliar de Enfermería y/o Celador.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Muletas o andador.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Elija guantes adecuados.
- Elija muletas o andador si es necesario.

EJECUCIÓN:

- Ayudar al paciente a incorporarse en la cama o sillón.
- Acomodarlo.
- Se le acompañará al servicio y se le ayudará o no dependiendo del grado de dificultad que presente.
- Se le indicará donde está el interruptor de la luz y todo el material de aseo que precise.
- Le indicaremos que al finalizar nos avise, en caso necesario permaneceremos cerca de la habitación.

MANTENIMIENTO:

- Ayudaremos al paciente en el aseo si fuese necesario. Indicarle la importancia del aseo de las manos.
- Ayudarle a volver a la cama/sillón.
- Asegurarse que el paciente quede en posición cómoda y correcta.

OBSERVACIONES:

- Observar la existencia de contraindicación médica.
- Identificar grados de dificultad en la capacidad de movilidad.
- Evalúe la amplitud de los movimientos mientras el paciente se halla en la cama, luego cuando se sienta en la cama y posteriormente cuando se levante, a partir de aquí determinaremos qué ayuda necesita para la deambulación.
- Comunique al enfermero/a los resultados del procedimiento y cualquier incidencia.

REGISTROS:

- El enfermero/a registrará cualquier incidencia en la hoja de observaciones de enfermería.

ADMINISTRACION DE ENEMA

CÓDIGO: 4.020

DESCRIPCIÓN:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Una Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

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

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Elija el calibre adecuado de la sonda rectal (si no usa el equipo completo, donde este es estándar).
- Elija los guantes adecuados.
- Prepare el tipo de enema prescrito a una temperatura aproximada de 37 grados centígrados.
- Coloque todo el material descrito en la bandeja y transpórtelo a la habitación del paciente.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cintura y la rodilla.
- Coloque al paciente en decúbito lateral con ambas piernas flexionadas.

EJECUCIÓN:

- Conecte el recipiente con el tubo irrigador a la sonda recta (si no usa el equipo completo desechable).
- Cuelgue el recipiente a una altura máxima de unos 40 cm. por encima del recto.
- Expulse el aire que contenga el tubo y la sonda.
- Introduzca la sonda en el recto unos 5 o 10 cm, previamente lubricada, y muy suavemente.
- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Despince el tubo y haga fluir el líquido lentamente. Regule la velocidad del flujo según la tolerancia del paciente.
- Indique al paciente que retenga el líquido de 10 a 15 minutos.
- Una vez terminada la administración del enema cierre el tubo y retire suavemente la sonda, desechándola en la bolsa de plástico.
- En pacientes encamados, colóqueles la cuña, póngales a su alcance el papel higiénico y el timbre de llamada. Si fuera necesario permanezca junto al paciente.
- Advierta que no tire de la cisterna hasta que hayamos evaluado las deposiciones.

Una vez realizado el procedimiento:

- Limpie y seque al paciente ofreciéndole lo necesario para el lavado de manos.
- Asegúrese de que el paciente quede en posición cómoda y correcta y ordene o cambie la ropa de la cama si fuera necesario.
- Retire el equipo de la habitación.
- Limpie y desinfecte o deseche el material utilizado.

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

- Registrar realización del proceso e incidencias del mismo.

ENEMA POR COLOSTOMÍA

CÓDIGO: 4.030

DESCRIPCION:

Es el procedimiento por el cual se introduce un líquido en el Colon a través del estoma intestinal.

OBJETIVO:

- Producir una evacuación del contenido del colon.
- Administrar algún medicamento.
- Facilitar la limpieza intestinal.
- Controlar el olor.
- Controlar el hábito intestinal.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Bata.
- Equipo de irrigación.
- Bolsa de drenaje abierta.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas,
- Batea.
- Cuña.
- Papel higiénico.
- Empapadera.
- Portasueros o soporte.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Esparadrapo hipoalérgico.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Prepare el tipo de enema prescrito a una temperatura aproximada de 37 grados centígrados.
- Coloque todo el material descrito en la bandeja y llévelo a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Proteja la intimidad del paciente.
- Coloque al paciente sentado, bien en la cama o en el inodoro.
- Proteja la cama con la empapadera.

Ejecución:

- Retire la bolsa de drenaje o tapón del estoma.
- Cuelgue el equipo de irrigación en el soporte.
- Expulse el aire que contenga el tubo y el cono.
- Pince el tubo.
- Coloque la bolsa de drenaje abierta en el estoma.
- Introduzca un dedo enguantado y lubricado en el estoma, si es el primer enema que se le administra al paciente, para determinar en que dirección introducir el cono.
- Lubrique e introduzca el cono a través de la abertura superior de la bolsa en el estoma muy suavemente y sin forzar. El cono se sujeta sobre el estoma presionando suavemente.
- Coloque el extremo inferior de la bolsa de drenaje en la cuña.
- Abra la válvula reguladora y haga fluir el líquido lentamente.
- Regule la velocidad del flujo según tolerancia del paciente.
- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Una vez terminada la administración, cierre la válvula reguladora.
- Retire el cono del estoma y cierre la abertura superior de la bolsa.
- Cierre la abertura inferior de la bolsa mediante el clip, después de la salida inicial de líquido y heces que será en un tiempo aproximado de 15-20 minutos.
- Espere aproximadamente una hora y retire la bolsa de drenaje, observando color, consistencia y volumen de lo drenado.
- Limpie y seque el estoma y la piel observando su aspecto.
- Coloque el tapón o gasas o bolsa de drenaje según las necesidades del paciente.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Limpie y seque al paciente ofreciéndole lo necesario para el lavado de manos.
- Asegúrese de que el paciente quede en posición cómoda y correcta y ordene o cambie la ropa de la cama si fuera necesario.

Puesta en orden:

- Retire el equipo de la habitación.
- Limpie y desinfecte o deseche el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción médica.
- Adminístrelo después de las comidas.
- Adminístrelo lentamente y a una presión no excesiva.
- Evite lesionar el estoma y/o mucosa del Colon.
- Detenga el procedimiento si hay dolor, náuseas, mareos o calambres.
- Compruebe la temperatura del líquido.
- Si lo que desea es una regulación del hábito intestinal, administre el enema a la misma hora cada 24/48 horas.
- Evite introducir aire en el Colon porque impide el retorno de las heces y favorece la distensión abdominal.
- Instruya al paciente para que se de masajes en el abdomen inferior y alrededor del estoma para facilitar la evacuación.

REGISTROS:

Registrar la realización del procedimiento y las incidencias del mismo.

CUIDADOS DEL ESTOMA INTESTINAL

CODIGO: 4.040

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Valoración y protección del estoma, permitiendo que éste cumpla su función excretora.
- Adecuación de unos materiales que personalicen la técnica y la incentivación, en cada momento, del autocuidado.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

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

TECNICA DE EJECUCION:

Preparación del paciente:

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

Procedimiento:

- Las primeras curas deben ser lo más asépticas posibles. Más tarde cuando el estoma cicatrice a la pared abdominal y concrete su flora bacteriana, las curas serán con agua, jabones neutros y materiales desinfectados.
- Inspeccionaremos qué tipo de bolsa presenta el paciente, si la placa adhesiva está en perfecto estado y si se circunscribe perfectamente al estoma para una posible reutilización.

Valoraremos el estoma:

- Debe ser de color rojo vinoso, no debe presentar esfacelos ni signos de isquemia. Un buen signo de salud del estoma es la presencia de moco mezclado con las heces.
- Irrigaremos el estoma con suero fisiológico. Lo secaremos con gasas.
- Pincelaremos con solución antiséptica los puntos de sutura retirando y secando luego dicho antiséptico.
- Mediremos el estoma para tener referencias de su tamaño y forma para adaptarle las placas adhesivas.
- Es aconsejable el uso de sistemas dobles, placa adhesiva y bolsa por separado, con lo cual evitamos el despegar constantemente el sistema para vaciar la bolsa.

Una vez realizado el procedimiento:

- Verifique que el paciente ha captado el sentido de los cuidados que se le prestan.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

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

- Ajustar perfectamente la placa adhesiva al estoma, para evitar que entren en contacto la piel con las heces, sobre todo en ileostomías, donde éstas son mas líquidas e irritantes.
- Evitar los arrancamientos sucesivos de los dispositivos colectores, despegar siempre con sumo cuidado del borde superior al inferior, sujetando con la mano la piel de abdomen.
- Usar películas protectoras.
- Usar dispositivos de doble sistema.
- No seque la piel con secador u otro método similar.
- Si hay vello alrededor del estoma, córtelo con una tijera, nunca con maquinilla.
- Advertir reacciones alérgicas a los adhesivos y si aparecen cambiar el sistema colector.
- Es aconsejable realizar una educación sanitaria adecuada en cuanto a lo que se refiere a una alimentación correcta, para evitar gases, malos olores, etc., pero sin dejar de ser lo suficientemente rica y variada.
- El paciente debe hacerse responsable, una vez instruido, del cuidado de su estoma con una técnica efectiva que se asemeje a los cuidados en su aseo personal,

REGISTROS:

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

CUIDADOS DEL ESTOMA URINARIO

CODIGO: 4.050

DESCRIPCION:

Todas las acciones que se realizan para cuidar el afloramiento a piel de un segmento de los uréteres que mediante cirugía se han derivado a abdomen, el cual colecciona la orina que llega por ellos. Esta orina es recogida en el exterior (pared del abdomen) por bolsas de urostomías, las cuales son adhesivas, hipoalérgicas y se circunscriben al estoma.

OBJETIVO:

- La valoración y protección del estoma, permitiendo que éste cumpla su función excretora.
- La adecuación de unos materiales que personalicen la técnica y la incentiación, en cada momento, del autocuidado.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Suero fisiológico para irrigación.
- Jabón neutro.
- Pasta anhídrida.
- Bolsas y placas adhesivas.
- Medidor de estoma.
- Gasas.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Solución antiséptica.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del paciente:

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

Procedimiento:

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

- Inspeccionaremos que tipo de bolsa presenta el paciente, si la placa adhesiva está en perfecto estado y si se circunscribe perfectamente al estoma para una posible reutilización

Valoraremos el estoma:

- Debe ser de color rojo vinoso, no debe presentar esfácelos ni signos de isquemia. Un buen signo de salud del estoma es la presencia de moco mezclado con la orina.
- Irrigaremos el estoma con suero fisiológico. Lo secaremos con gasa.
- Pincelaremos con solución antiséptica los puntos de sutura retirando y secando luego dicho antiséptico,
- Mediremos el estoma para tener referencias de su tamaño y forma para adaptarle las placas adhesivas.
- Es aconsejable en las primeras curas utilizar bolsas con grifo y sistema de fácil acceso al estoma para las frecuentes valoraciones.

Una vez realizado el procedimiento:

- Verifique que el paciente ha captado el sentido de los cuidados que se le prestan.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

- Cuando la piel alrededor del estoma está muy irritada dificultando la adhesión de la placa, se debe utilizar pasta anhídrida que rodee el estoma impidiendo fugas de orina y permitiendo la regeneración de la piel.
- El paciente debe hacerse responsable, una vez instruido, del cuidado de su estoma con una técnica efectiva que se asemeje a los cuidados en su aseo personal.

REGISTROS:

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

CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA

CÓDIGO: 4.060

DESCRIPCION:

Es el procedimiento mediante el cual se prestan cuidados de enfermería a pacientes con incontinencia fecal o urinaria.

OBJETIVO:

- Mantener a los pacientes incontinentes en las mejores condiciones higiénicas posibles.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y/o Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Pañal desechable.
- Colectores de orina y bolsas recolectoras.
- Guantes.
- Material necesario para la higiene del paciente.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Dependiendo del tipo de incontinencia y sexo del paciente se necesitaran materiales y técnicas distintas.
- Si la incontinencia es fecal usaremos pañales desechables en ambos sexos, pero si la incontinencia es urinaria, usaremos colectores en el hombre y pañales en la mujer.

Preparación del material:

- Elija el modelo adecuado de pañal o colector.
- Elija los guantes adecuados.
- Coloque este material, junto con el necesario para lavar al paciente, en una bandeja y transpórtelo a la habitación.

Preparación del paciente:

- Proteja la intimidad del paciente.
- Desvista al paciente.
- Si el paciente se puede mantener de pie, se lavará en la ducha y se le colocará el pañal o colector allí mismo, si esto no es posible, se colocará el paciente sobre la cama en decúbito supino y aquí se lavará y se le colocará el pañal o colector.

Ejecución:

Una vez lavado el paciente:

- Aplicación de crema hidratante en pliegues y zona genital.
- Colocación de pañal desechable o colector externo de orina (estos pueden ser totalmente adhesivos en su interior o que se fijen por medio de una cinta adhesiva, usaremos el más adecuado a cada paciente. A este colector acoplaremos una bolsa recolectora).
- Vista adecuadamente al paciente.
- Asegúrese de que el paciente quede en posición cómoda.
- Ordene o cambie la ropa de la cama, si es necesario.
- El pañal, colector o bolsa recolectora se cambiarán tantas veces como sea necesario.

OBSERVACIONES:

- Es necesario un control exhaustivo de estos pacientes, sobre todo cuando presentan un bajo nivel de conciencia, para evitar irritaciones de la piel de esta zona.

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento registrará:

- Hora de colocación del pañal o colector.
- Modelo y calibre del colector.
- Motivo del procedimiento.
- Aspecto y cantidad de la orina o heces evacuadas.

FACILITAR BOTELLA ORINAL

CÓDIGO: 4.070

DESCRIPCION:

Es la acción de colocar o suministrar una botella orinal a un paciente.

OBJETIVO:

- Auxilio del paciente en el proceso de eliminación de orina.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Botella orinal.
- Guantes.
- Papel higiénico.
- Empapadera.
- Jabón.
- Toalla.
- Esponjilla para lavado.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN

Preparación del material:

- Elección de botella orinal.
- Identifique la botella con el nombre y el número de cama del paciente.
- Transporte la botella a la habitación del paciente.

Preparación del paciente.

- Proteja la intimidad del paciente.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cintura y las rodillas.

Ejecución:

- Para el paciente que no puede ayudar en la colocación del orinal, hágalo por él.
- Ponga el orinal en su posición, con exposición mínima.
- Informe al paciente que el orinal está en su sitio.
- Ayúdelo sosteniendo el orinal si es necesario.
- Conserve al paciente cubierto y evite la exposición.

- Si ha dejado solo al paciente, ponga el botón de llamada a su alcance y acuda con prontitud
- Si la persona está débil o confusa, permanezca cerca en caso de que necesite ayuda.
- Permita al paciente limpiarse por si mismo, ofreciéndole agua, jabón, toalla, para el aseo de las manos.
- En caso de que él no lo pueda realizar, es necesario el aseo de la zona.
- Nos aseguraremos que el paciente quede en posición cómoda y correcta.

Puesta en orden:

- Limpieza y almacenamiento adecuado del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Indicación médica de reposo en cama.
- Valórese el grado de movilidad del paciente.
- Evaluar el estado de la piel .
- Observar las características de la orina y comunique al enfermero/a cualquier incidencia.

REGISTROS:

- Registrar el procedimiento e incidencias ocurridas durante la realización del mismo.

FACILITAR LA CUÑA

CÓDIGO: 4.080

DESCRIPCION:

Es la acción de colocar o suministrar una cuña a un paciente.

OBJETIVO:

- Auxilio del paciente en el proceso de eliminación, tanto urinaria como rectal.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña.
- Guantes.
- Papel higiénico.
- Empapadera.
- Jabón.
- Toalla.
- Esponjilla para lavado.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Elección de cuña.
- Identifique la cuña con el nombre y número de cama del paciente.
- Transporte la cuña a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Proteja la intimidad del paciente.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cintura y las rodillas.

Ejecución

- Si el paciente ayuda en la colocación de la cuña, pídale que se coloque en decúbito supino con las rodillas flexionadas y apoyando ambos talones sobre la cama, que levante las caderas y colabore en la colocación apropiada. Se puede colocar almohadillado en la zona lumbosacra para mayor comodidad.

- Si el paciente está débil y necesita cierta ayuda, ayúdelo a quitarse el pijama o bata. Explíquele la posición anterior, colabore con él y procure que descienda con suavidad sobre la cuña.
- Si el paciente no puede colaborar, haga girar al paciente en decúbito lateral, ponga la cuña contra las nalgas y sosténgala en su sitio a medida que la persona se da la vuelta, quedando sobre ésta.
- Ponga el botón de llamada al alcance del paciente y acuda con prontitud.
- Si la persona está débil o confusa, permanezca cerca acentuando la vigilancia.
- Permita al paciente limpiarse por sí mismo, ofreciéndole agua, jabón y toalla para el aseo de las manos.
- En caso de que él no lo pueda realizar, es necesario el aseo de la zona perianal/genital (en la mujer siempre limpiar el periné de delante hacia atrás).
- Nos aseguraremos que el paciente quede en posición cómoda y correcta.

Puesta en orden:

- Limpieza y almacenamiento adecuado del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Indicación médica de reposo en cama.
- Valórese el grado de movilidad del paciente.
- Evaluar el estado de la piel de nalgas y zona perianal.
- Observar las características de la deposición u orina y comunique al enfermero/a cualquier incidencia.

REGISTROS:

- Registrar el procedimiento y cualquier incidencia ocurrida durante la realización del mismo.

CONTROL DE LA DIURESIS

CÓDIGO: 4.090

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes desechables.
- Cuña o botella.
- Bote de plástico graduado de 2 litros de capacidad.
- Hoja de control de diuresis.

TECNICA DE EJECUCION:

- Informe al paciente de que no miccione en el W.C.
- Recoja la orina y viértala en el bote graduado.
- Realice la medición.
- Deseche el contenido.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Asegúrese de que todo el personal de enfermería y paciente estén informados.

REGISTROS:

- Registre la cantidad y las características de la orina.

SONDAJE VESICAL MASCULINO

CODIGO: 4.100

DESCRIPCION

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Jeringa de 10 ml con agua.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar al paciente para mantener su intimidad.
- Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas extendidas y separadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.
- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.

- Coloque el paño estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.
- Póngase los guantes estériles y compruebe el funcionamiento adecuado del globo de la sonda.
- Lubrique la sonda.
- Sujete el pene en posición vertical con la mano no dominante, retrotraer el prepucio y ejercer una suave tracción para enderezar la uretra.
- Coger la sonda con la otra mano, no contaminada, e introducirla por el meato urinario.
- Cuando se hayan introducido unos 6-8 cm de sonda, colocar el pene en posición horizontal para favorecer el paso de la sonda por la uretra prostática.
- No forzar nunca la inserción si no se puede superar la obstrucción haciéndola girar suavemente.
- Una vez que empiece a fluir la orina, introducir la sonda 2-3 cm más e hinchar lentamente el balón de la sonda tirar suavemente de la sonda hasta notar una leve resistencia, que indica la llegada del globo a la unión vesicouretral.
- Conéctela a la bolsa recolectora y coloque el prepucio de nuevo en su lugar.

Una vez finalizado el procedimiento:

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

OBSERVACIONES

- No realizar sondaje vesical sin prescripción facultativa.
- Comprobar la identidad del paciente.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- Una sonda permanente deberá cambiarse aproximadamente cada 15-20 días; aunque existen sondas de silicona que pueden mantenerse durante un periodo de 2-4 meses.
- No inflar el balón de la sonda sin verificar que ésta se encuentra en vejiga.
- En un paciente con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 cc., pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 cc. más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Controlar la diuresis.
- Mantener la bolsa recolectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Lávese las manos antes y después de tocar la sonda, bolsa o tubo.
- Higiene meticulosa de los genitales del paciente y de la sonda al menos una vez al día.
- Mantenga el sistema cerrado.
- Evite acodamientos.
- Cambie la bolsa cada 10-15 días y vacíela siempre que esté llena.
- Para retirar la sonda, se extraerá el agua del globo y se sacará la sonda con suavidad y se limpiará y secará el meato urinario,

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento se registrará:

- Fecha y Hora de colocación de la sonda.
- Calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

SONDAJE VESICAL FEMENINO

CÓDIGO: 4110

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Jeringa de 10 ml. con agua destilada.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar a la paciente para mantener su intimidad.
- Colocar a la paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Coloque la bolsa de orina en el soporte.
- Realice el lavado de genitales y desinfecte la zona con solución antiséptica.
- Coloque el paño estéril y vierta sobre él: sonda, gasas, lubricante, jeringa con agua destilada.

- Póngase los guantes estériles y compruebe el funcionamiento adecuado del globo de la sonda.
- Lubrique la sonda.
- Separar los labios de la vulva de la paciente. Esto permitirá visualizar el meato uretral
- La mano que ha separado los labios se considera contaminada y no debe utilizarse para introducir la sonda.
- Introducir la sonda suavemente en el orificio uretral unos 5-7 cm, sin forzar la introducción.
- Si se introduce la sonda en vagina, se desechará, se desinfectará de nuevo la zona y se usará otra sonda.
- Mantener la sonda sujeta cuando empiece a fluir la orina.
- Introducir la sonda 2-3 cm más e hinchar lentamente el balón, tirar suavemente de la sonda hasta notar una leve resistencia, que indica la llegada del globo a la unión vesicouretral.
- Conectar la sonda a la bolsa recolectora de orina, si no lo hizo con anterioridad.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar a la paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

OBSERVACIONES:

- No realizar sondaje vesical sin prescripción facultativa.
- Comprobar la identidad de la paciente.
- El catéter se introducirá suavemente, ya que la lesión de la mucosa uretral multiplica el riesgo de infección, no forzar, en caso de obstáculo: avisar al médico.
- La bolsa nunca debe tocar el suelo.
- Una sonda a permanencia deberá cambiarse aproximadamente cada 15-20 días; aunque existen sonadas de silicona que pueden mantenerse durante un periodo de 2-4 meses.
- No inflar el balón de la sonda sin verificar que ésta se encuentra en vejiga.
- En una paciente con retención urinaria la vejiga debe vaciarse gradualmente porque la descompresión brusca puede producir shock o hemorragia como consecuencia del cambio rápido de presión intravesical. Se puede extraer un máximo de 200 cc, pinzar la sonda durante 15-20 minutos y vaciar 200 cc más, y así hasta conseguir su total vaciamiento.
- Controlar la diuresis.
- Mantener la bolsa recolectora siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Lávese las manos antes y después de tocar la sonda, bolsa o tubo,
- Higiene meticulosa de los genitales del paciente y de la sonda al menos una vez al día.
- Mantenga el sistema cerrado.
- Evite acodamientos.
- Cambie la bolsa cada 10-15 días y vacíela siempre que esté llena.
- Para retirar la sonda, se extraerá el agua del globo y se sacará la sonda con suavidad. Limpiar y secar el meato urinario.

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento se anotará en la hoja de enfermería y se firmará por el responsable:

- Fecha y Hora de colocación de la sonda.
- Calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad de la orina evacuada.

SONDAJE VESICAL EVACUADOR MASCULINO

CODIGO: 4.120

DESCRIPCION:

Introducción, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga, con carácter puntual.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar al paciente para mantener su intimidad.
- Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas extendidas y separadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

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

Una vez finalizado el procedimiento:

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

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

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

SONDAJE VESICAL EVACUADOR FEMENINO

CÓDIGO: 4.130

DESCRIPCION:

Introducción, utilizando la técnica aséptica correcta, de una sonda en la vejiga, con carácter puntual.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda uretral (modelo y calibre adecuado).
- Campo estéril fenestrado y no fenestrado.
- Bolsa recolectora de orina y soporte para la bolsa.
- Gasas estériles.
- Lubricante urológico.
- Empapadera.
- Cuña.
- Guantes estériles y desechables.
- Solución antiséptica.
- Batea para transportar el material.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Advertirle que puede sentir alguna molestia.
- Preparar una luz directa antes de iniciar el procedimiento.
- Aislar a la paciente para mantener su intimidad.
- Colocar a la paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

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

Puesta en orden:

- Colocar a la paciente en posición adecuada.
- Recogida y orden del material utilizado.

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

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

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

CÓDIGO: 4.140

DESCRIPCION:

Procedimiento mediante el cual mantenemos un sondaje vesical en condiciones óptimas.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería y/o Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Esponjilla jabonosa o manopla.
- Jabón neutro.
- Toalla.
- Empapadera.
- Cuña.
- Batea para transportar el material.

Si se ha comprobado que hay obstrucción de la sonda, se empleará:

- Jeringa de 50 cc.
- Suero fisiológico.
- Recipiente para verter líquido extraído.

TÉCNICA DE EJECUCION:

Preparación del Personal:

- Lavado de manos.
- Colocación de guantes.
-

Preparación del material:

- Comprobar que están todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en la batea para transportarlos a la habitación.

Preparación el paciente:

-
- Explicar al paciente el desarrollo, la finalidad del procedimiento y pedirle su colaboración.
- Aislar al paciente para mantener su intimidad.

- Colocar al paciente en posición adecuada (decúbito supino con las piernas separadas y las rodillas flexionadas) y ponerle la empapadera debajo de los glúteos.

Ejecución:

- Lavado de genitales con la técnica habitual y prestando especial cuidado en la limpieza de la sonda, eliminando restos acumulados.
- Lavado de la sonda (solo si se ha comprobado que hay obstrucción):
 - Después de colocarnos los guantes, introduciremos lentamente con la jeringa unos 30cc de suero fisiológico a través de la sonda y trataremos de extraerlos haciendo succión con la jeringa, también muy lentamente.
 - Si con esta maniobra, no logramos desobstruir la sonda, se repetirá hasta conseguirlo.

OBSERVACIONES:

- La bolsa colectora de orina no debe tocar el suelo.
- Una sonda permanente deberá cambiarse aproximadamente cada 15-20 días, aunque existen sondas de silicona que pueden mantenerse durante un periodo de 2-4 meses.
- Controlar la diuresis.
- Mantener la bolsa colectora de orina siempre por debajo del nivel de la vejiga para evitar reflujos o si es posible usar bolsas con válvula antirreflujo.
- Lávese las manos antes y después de tocar la bolsa o tubo.
- La higiene de genitales y sonda se debe hacer al menos una vez al día.
- Mantenga el sistema cerrado el mayor tiempo posible.
- Evite aperturas innecesarias.
- Evite acodamientos.
- Cambie la bolsa cada 10-15 días y vacíela siempre que esté llena.

REGISTROS:

- El enfermero/a registrará todo el proceso en la hoja de observaciones de enfermería.

LAVADO VESICAL CONTINUO

CÓDIGO: 4.150

DESCRIPCION:

Lavado de la vejiga, de forma continua, con suero fisiológico.

OBJETIVO:

- Lavar la vejiga.
- Favorecer la hemostasia posquirúrgica en intervenciones de vejiga o próstata. Aclarar la orina hematúrica.
- Evitar la formación de coágulos intravesicales,
- Mantener la permeabilidad de la sonda vesical.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda vesical de tres vías.
- Bolsa de suero fisiológico de 3000 cc.
- Sistema normal de sueroterapia.
- Soporte o portasuero.
- Bolsa colectora de gran capacidad.

TÉCNICA DE EJECUCION:

Preparación del material:

- Comprobar que estén todos los materiales necesarios.
- Colocarlos en una batea.
- Transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación: del paciente:

- Colocarlo en la posición adecuada (decúbito supino).
- Asegurar la intimidad del paciente.

Ejecución:

- Colocar la bolsa de suero fisiológico en el soporte (procurar que esté siempre por encima del nivel de la vejiga 40 o 50 cm).
- Conectar el sistema de sueroterapia a la bolsa y purgarlo.
- Conectar el sistema a la tercera vía de la sonda.
- Colocar bolsa colectora de gran capacidad, conectada a la sonda.

- Abrir el sistema al ritmo indicado.

Una vez finalizado el procedimiento:

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

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Comprobar identidad del paciente.
- Evitar acodamientos del sistema de infusión.
- Ante la interrupción del ritmo de goteo, valorar si se trata de una obstrucción de la sonda vesical o es un espasmo vesical y actuar en consecuencia.
- Si hay que realizar un lavado vesical manual para desobstruir la sonda, se debe proceder en primer lugar a cerrar el sistema de infusión.
- Es imprescindible realizar un balance, controlando el volumen de suero que entra en vejiga y la cantidad que se recoge en la bolsa colectora.

REGISTROS:

- Registrar fecha y hora de inicio del lavado.
- Anotar cualquier tipo de incidencia que se produzca durante la infusión.
- Registrar en gráfica, elaborada para tal fin, el volumen de suero fisiológico que entra en vejiga y el volumen que recoge la bolsa colectora, para realizar un balance en cada turno de trabajo y así poder calcular la diuresis real del paciente en las 24 horas.

LAVADO VESICAL MANUAL

CÓDIGO 4.160

DESCRIPCION:

- Lavado de la vejiga, con jeringa y con suero fisiológico, a través de una sonda o catéter.

OBJETIVO:

- Desocupar la vejiga de coágulos.
- Desobstruir el catéter o la sonda de coágulos para mantener la permeabilidad del mismo.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Jeringa estéril de 50 cc.
- Suero fisiológico.
- Cuña.
- Guantes desechables.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

- Comprobar que estén todos los materiales.
- Colocarlos en una batea.
- Transportarlos a la habitación del paciente.

Preparación del paciente:

- Colocarlo en posición adecuada (decúbito supino).
- Asegurar la intimidad del paciente.

Ejecución:

- Colocar la cuña sobre la cama, entre las piernas del paciente.
- Cargar la jeringa con 40 cc. de suero fisiológico.
- Desconectar la sonda de la bolsa colectora.
- Inyectar el suero por la sonda e intente extraerlo a continuación.
- Realice esta maniobra cuantas veces sea necesario, hasta conseguir la permeabilidad del catéter o sonda.

- Realice una inyección de suero por la sonda, desconecte la jeringa y deje que este salga por sí solo. Si esta maniobra es positiva, podemos dar por desobstruida la sonda o catéter,
- Volver a conectar la sonda a la bolsa colectora.

Una vez finalizado el procedimiento:

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

OBSERVACIONES:

- Antes de realizar un lavado vesical manual, es necesario cerciorarse de que realmente la sonda este obstruida.
 - La sonda o catéter y la bolsa colectora no recogen orina.
 - El paciente manifiesta dolor intenso suprapúbico.
 - Presencia de globo vesical.
- Con esto evitaremos manipular la sonda y abrir el circuito cerrado que forma con la bolsa colectora de forma innecesaria.

REGISTROS:

- Registrar fecha y hora de la realización del lavado vesical.
- Aspecto de la orina del paciente.
- Si hay o no coágulos.
- Volumen de suero fisiológico empleado en la realización del lavado.

CUIDADOS NEFROSTOMIA PERCUTANEA (NPC)

CODIGO: 4.170

DESCRIPCION:

La Nefrostomía Percutanea se define como la derivación a piel mediante un catéter de la orina que produce un riñón.

OBJETIVO:

- Esta técnica esta indicada en uropatías obstructivas altas y severas, es decir gran obstrucción a nivel de pelvis renal o a nivel de uréter.
- También se utiliza para el tutelaje o reposo de estos segmentos urinarios tras cirugía. Permite un óptimo drenaje urinario y una larga duración si fuera necesaria.

RECURSOS HUMANOS:

Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

Solución antiséptica. Agua oxigenada. Suero fisiológico. Pinzas sin dientes. Tijeras. Gasas y compresas. Esparadrapo de tela hipoalergénico. Guantes.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN

Preparación del paciente:

- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Colocar al paciente en decúbito lateral.

Ejecución:

SE TRATA DE UNA CURA PLANA Y OCLUSIVA.

- Observamos la integridad del disco de silicona que rodea al catéter, verificando que los puntos de sutura que lo fijan a la piel no se han soltado, ni están macerados, ni hay indicios de infección local.
- Limpiaremos debajo del disco con solución antiséptica, secando luego minuciosamente.
- Pincelaremos los puntos de sutura con solución antiséptica.
- Cuando el catéter de NPC se mantiene durante un largo periodo de tiempo aparece entre el disco de silicona y la piel, un fuerte olor amoniacal (orina contaminada) que llega a la piel por peritubo (alrededor del catéter).
- Este olor se neutraliza y controla limpiando la piel en contacto con el disco con agua oxigenada diluida, dejándola actuar durante unos minutos, para posteriormente retirar la solución con suero fisiológico y un secado efectivo.
- De toda la técnica aquí descrita el paso más importante es de almohadillado y fijación del catéter a la piel mediante gasas, compresas y cintas adhesivas, evitándose el acodamiento.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

En las primeras horas tras la técnica debemos valorar:

- Que el paciente esté en reposo y afebril.
- Que no exista, en el drenado, hematuria intensa o persistente, aunque es frecuente una leve hematuria que cede espontáneamente a las pocas horas de la instalación de la NPC.
- Extremaremos la vigilancia en pacientes anticoagulados o con problemas de coagulación no corregidos.
- Que el apósito que cubre y fija el catéter esté íntegro, sin exudados y sin que exista acodamiento ni en el catéter ni en la bolsa colectora.
- Valoraremos si el paciente es autosuficiente para evitar movimientos bruscos que extravasen el catéter y mantener la posición correcta del sistema para un drenaje óptimo.
- Que el catéter no esté obstruido por coágulos, detritus, grumos de pus o fragmentos litiásicos, consiguiendo la desobstrucción en su caso, mediante lavado del catéter.
- Son signos de obstrucción la disminución de orina recogida en la bolsa y el dolor lumbar que refiere el paciente.
- Que no refiera el paciente alergias al desinfectante que estemos usando y/o intolerancia a cintas adhesivas.
- Debemos familiarizarnos con el sistema del catéter, para saber cuando está "abierto" a bolsa o está cerrado mediante una llave de paso.

REGISTROS:

- Registrará la realización del procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

SONDAJE RECTAL

CODIGO: 4.180

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.
- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

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

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del material:

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

Preparación del paciente:

- Colocar al paciente en decúbito lateral con las rodillas flexionadas.
- Coloque la empapadera debajo del paciente, entre la cadera y las rodillas.
- No destapar al paciente innecesariamente.

Ejecución:

- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Introduzca un dedo, previamente lubricado, en el recto para comprobar la existencia de cualquier dificultad que no nos permita realizar el procedimiento.
- Introduzca muy lentamente la sonda, previamente lubricada, en el recto.

Una vez finalizado el procedimiento:

- Retirar la sonda.
- Lavar la zona perianal, si el paciente no fuera autosuficiente para ello.
- Ofrecer lo necesario para el aseo de las manos.
- Se cambiarán las sábanas de la cama en caso necesario

Puesta en orden:

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

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Evitar el traumatismo del ano y mucosa rectal.
- Detener el proceso si hay dolor.
- Conservar la intimidad del paciente.
- No dejar la sonda colocada más de 20 minutos.
- Si el procedimiento lo ha realizado un auxiliar de enfermería, comunique al enfermero/a los resultados, indicándole la hora, aspecto de la evacuación y así como las reacciones del paciente.

REGISTROS:

- Registrará la realización del procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

EXTRACCIÓN DE FECALOMAS

CÓDIGO: 4.190

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Se pretenden deshacer las impactaciones fecales, a nivel de la ampolla rectal, con el fin de facilitar la defecación del paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a
- Aux. de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Bata.
- Bandeja.
- Lubricante hidrosoluble.
- Gasas.
- Bolsa de plástico para desechos.
- Cuña.
- Papel higiénico o celulosa.
- Empapadera.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del paciente:

- Coloque la Empapadera debajo del paciente entre la cintura y las rodillas.
- Coloque al paciente en decúbito lateral izquierdo con las piernas flexionadas.
- No destape innecesariamente al paciente.
- Mantenga, dentro de lo posible, la intimidad del paciente.

Ejecución:

- Advierta al paciente que se relaje y respire profundamente.
- Introduzca el dedo índice en el recto unos 5-10 cm, previamente lubricado, suavemente.

-
- Una vez terminada la extracción de los fecalomas deséchelos en la bolsa de plástico.
 - Limpie y seque al paciente.

Puesta en orden:

- Colocar al paciente en posición cómoda.
- Recogida y orden del material.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Evite traumatismos del ano y de la mucosa rectal
- Detenga el procedimiento si hay dolor.

REGISTROS:

- Registrará la realización del procedimiento y las incidencias ocurridas durante el mismo.

DRENAJE PLEURAL

CÓDIGO: 4.200

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Médico.
- Enfermera y/o Aux.Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Catéteres torácicos de diversos calibres.
- Bisturí.
- Guantes estériles.
- Antiséptico.
- Porta-agujas.
- Frasco o sistema de drenaje (@ Pleurevac).
- Tubos de látex.
- Agua bidestilada, si precisa.
- Campos estériles.
- Aguja I.M.
- Jeringas.
- Pinzas sin dientes.
- Mosquito.
- Seda.
- Apósito o esparadrapo.
- Gasas estériles.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Asegúrese de que el paciente ha sido informado sobre la realización del procedimiento y colóquelo en la posición indicada por el médico.
- Conecte el catéter al paciente, así como los tubos de látex y el frasco o pleurevac, a la cama, evitando acodamientos.
- Proteja la zona de inserción con un apósito estéril impregnado en antiséptico.
- Si lleva aspiración, conecte el frasco o pleurevac a un sistema de vacío, vigilando el grado de aspiración.

- Mida el contenido cada 24h. anotando en el frasco el día y la hora.
- Cambie el apósito cada 48h. y siempre que sea preciso, evitando que haya humedad en el mismo.
- Coloque al paciente en posición cómoda tras realizarle la prueba.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

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

SONDAJE NASOGASTRICO

CODIGO: 4.210

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

- Sonda nasogástrica adecuada:
 - Tipo Levin (alimentación).
 - Tipo Salen (eliminación de secreciones, etc...)
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes desechables.
- Jeringa de alimentación.
- Esparadrapo antialérgico o sistema de fijación prefabricado.
- Gasas.
- Bolsa colectora.
- Tapón sonda.
- Fonendoscopio.

TECNICA DE EJECUCION:

Preparación del material:

- El material específico dependerá de la necesidad del sondaje.
- Debemos asegurar que la totalidad del material se lleve en el carro o bandeja auxiliar.

Preparación del personal:

- Sitúese a la derecha del paciente si se es diestro.

Preparación del paciente:

- Identifique al paciente.
- Explíquelo como puede colaborar.
- Coloque al paciente en decúbito supino, recostado en la cama y ésta en un ángulo de 45°.

Ejecución:

- Mida la distancia de la porción de la sonda que será introducida, extendiéndola desde la punta de la nariz del paciente hacia el lóbulo de la oreja y de ahí hacia la parte baja del esternón.
- Marque la sonda.
- Introduzca la sonda por uno de los orificios nasales.
- Progrese lentamente la sonda.
- Verifique que la sonda se encuentra en cavidad faríngea y no enrollada en la boca.
- A partir de este momento, pida al paciente su colaboración deglutiendo saliva o bien un sorbo de agua, así irá conduciendo el trayecto de la sonda.
- Deje de introducir la sonda al llegar a la señal establecida.
- Inyectar 20 cc de aire por la sonda, al mismo tiempo que se ausculta el epigastrio, si la sonda está correctamente colocada, oiremos un ruido característico.
- Fije la sonda con esparadrapo antialérgico a la nariz de forma longitudinal para evitar escoriaciones o use algún sistema prefabricado para tal fin.
- Coloque bolsa, aspiración o tapón en la zona proximal, según el objetivo del procedimiento.

OBSERVACIONES:

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

Mantenimiento:

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

REGISTROS:

Una vez efectuado el procedimiento se registrará:

- Hora de colocación de la sonda.
- Modelo y calibre de la sonda.
- Motivo del sondaje.
- Aspecto y cantidad del contenido evacuado.

ASPIRACION GÁSTRICA CONTINUA

CÓDIGO: 4.220

DESCRIPCION:

Colocación de una S.N.G. en un paciente con necesidad de evacuación continua de la cavidad gástrica.

OBJETIVO

- Mantener a través de evacuación permanente, la cavidad gástrica libre de secreciones y/o gases acumulados.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- S.N.G. tipo Salen del calibre adecuado.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes desechables.
- Sistema de aspiración con receptáculo desechable.
- Manómetro de control de aspiración.
- Sistema de aspiración con conexión simple.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Para la colocación de la sonda ver procedimiento de colocación de S.N.G. Código: 4.210.
- Conectar sistema de aspiración a S.N.G. con conexión bi-luz del nº adecuado.
- Situar posición del manómetro a la aspiración indicada.
- Controlar que la evacuación gástrica sea efectiva.

OBSERVACIONES:

- En caso de no conseguir aspiración efectiva del contenido gástrico, buscar posibles anomalías:
 - Comprobar correcta colocación de S.N.G. en cavidad gástrica.
 - Aspiración correcta.
 - Movilizar sondaje.

REGISTROS:

- Registrar cantidad y aspecto de contenido gástrico

CONTROL DE DEPOSICIONES Y TIPOS

CÓDIGO: 4.230

DESCRIPCION:

Controlar el número de deposiciones diarias y sus características, así como, su periodicidad.

OBJETIVO:

- Detectar alteraciones en la eliminación de heces.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña.
- Pañal desechable.
- Hoja de registro.
- Guantes desechables.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Preparación del paciente:

- Informe al paciente sobre este control.

Ejecución:

- Recoja las heces y observe las características, color, consistencia y frecuencia.

Puesta en orden:

- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Asegúrese de que todo el personal de enfermería y el paciente estén informados.

REGISTROS:

- Registre la cantidad y las características en la hoja de gráfica de constantes y en la hoja de observaciones de enfermería respectivamente.

RETIRADA DEL TUBO PLEURAL

CÓDIGO: 4.240

DESCRIPCION:

Retirada del tubo pleural tras haber completado su objetivo

OBJETIVO:

- Retirada del dispositivo por haberse resuelto el problema que provocó su inserción.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- Médico.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Vaselina estéril.
- Hoja quita-puntos.
- Gasas estériles.
- Apósito estéril.
- Pinzas de clampar

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

- Ajustarse a la técnica de ejecución
- Observar al paciente con posterioridad al procedimiento por la posibilidad de aparición de neumotorax.

REGISTROS:

- Anotar la realización del procedimiento y si ha ocurrido alguna incidencia durante el mismo.
- Anotar cualquier observación relativa al estado del paciente tras la retirada del tubo.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 5000

HIGIENE

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

CÓDIGO: 5.010

DESCRIPCION:

Aseo del paciente que no puede levantarse de la cama.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

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

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informe al paciente, si está consciente, y colóquelo en la postura adecuada, dependiendo de la patología.
- Seguidamente, desnúdele y cúbralo parcialmente con una sábana.
- Comience lavando con agua la cara, a continuación con agua y jabón líquido el cuello, orejas, brazos y axilas, por este orden.
- Acerque la palangana al borde de la cama y permita que el paciente se lave las manos.
- En las mujeres, incida de manera especial en la zona submamaria.
- Hay que atender de manera especial a los espacios inguinales, interdigitales y zona digital.
- Vuelva al paciente de lado y lave la parte posterior del cuello, hombros, espalda, muslos y nalgas.
- Enjuague y seque perfectamente la piel.
- Frote la espalda con loción o crema hidratante.
- Ponga colonia y peine al paciente.
- Vista al paciente con el pijama o camisón.

OBSERVACIONES:

- Fatigar lo menos posible al paciente.
- Comprobar la temperatura del agua.
- Cierre puertas y ventanas.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre sólo si se han producido incidencias o si ha observado anomalías en la piel o mucosas.

LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE ENCAMADO

CÓDIGO: 5.020

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Higiene de la cabeza.
- Prevención de parásitos.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería bajo la supervisión de un/a enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

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

TECNICA DE EJECUCION:

- Póngase una bata.
- Pida al paciente, si es posible, su colaboración.
- Retire el cabezal de la cama.
- Extienda un empapador debajo de los hombros del paciente.
- Coloque el dispositivo lavador bajo la cabecera.
- Coloque la palangana sobre una silla en el lateral haciendo que coincida que el dispositivo lavador vierta dentro de la palangana.
- desnude al paciente de cintura para arriba y cúbralo con una toalla.
- Póngale las torundas de algodón en los oídos.
- Vierta poco a poco agua en la cabeza.
- Ponga el champú y friccione bien el cuero cabelludo con las yemas de los dedos.
- Enjuague y escurra el pelo y vuelva a repetir la operación de lavado.
- Seque el pelo con la toalla.
- Peine el cabello.

- Séquelo con el secador de pelo si es posible.

OBSERVACIONES:

- Evite que se moje la cama.
- No fatigar al paciente.
- Comprobar la temperatura del agua.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Cierre puertas y ventanas.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias y si ha observado alguna alteración en el cuero cabelludo.

HIGIENE Y CUIDADADO PERINEAL MASCULINO

CODIGO: 5.040

DESCRIPCION:

Higiene de los genitales masculinos.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña.
- Palangana con agua caliente ($\pm 37^{\circ} \text{C}$).
- Esponjilla
- Jabón antiséptico.
- Guantes.
- Toalla.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

- Evitar el edema de glande.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Evitar la humedad en la zona genital.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias si ha observado cualquier alteración de piel o mucosas.

HIGIENE Y CUIDADO PERINEAL FEMENINO

CÓDIGO: 5.050

DESCRIPCION:

Higiene de los genitales femeninos.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Una cuña.
- Palangana con agua caliente ($\pm 37^{\circ} \text{C}$).
- Esponjilla.
- Jabón antiséptico.
- Guantes.
- Una toalla.
- Compresas.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Coloque al paciente en decúbito supino.
- Coloque la cuña.
- Lave siempre de arriba hacia abajo.
- Seque suavemente.
- Coloque una compresa, si precisa.

OBSERVACIONES:

- Evitar humedad en la zona genital.
- Respetar, en todo lo posible, la intimidad del paciente.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre la incidencias si ha observado alguna anomalía en piel y mucosas.

HIGIENE Y CUIDADO DE LAS UÑAS

CODIGO: 5.060

DESCRIPCIÓN:

Aseo higiene de las uñas del paciente

OBJETIVO:

- Higiene.
- Evitar infecciones.
- Auto imagen.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Palangana
- Toalla
- Cepillo de uñas
- Crema suavizante
- Jabón
- Acetona
- Cortauñas (alicates)
- Algodón

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Proteja la cama con una toalla.
- Quitar el esmalte de uñas, si lo hay, aplicando acetona.
- Coloque las manos o pies del paciente en el agua con jabón.
- Limpie bien las uñas con el cepillo y séquelas con la toalla.
- Corte las uñas y póngale crema suavizante.

OBSERVACIONES:

- Cortar las uñas en línea recta (pies) y ovalada (manos).
- Evitar cortarlas demasiado.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias si ha observado alguna anomalía en la piel.

HIGIENE Y CUIDADO BUCAL

CODIGO: 5.070

DESCRIPCION:

Higiene de la cavidad bucal.

OBJETIVO:

- Evitar y prevenir infecciones.
- Mantener la boca limpia.
- Evitar la sequedad y grietas de los labios y la lengua.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Toalla.
- Guantes.
- Batea.
- Gasas estériles.
- Pinza de Kocher o similar.
- Antiséptico bucal.
- Vaselina.
- Vaso u.s.u., para prótesis dentales.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Humedezca las gasas con solución antiséptica bucal.
- Limpie con ellas el interior de la boca: paladar, cara interna de los carrillos, encías, lengua y dientes; cambiando las gasas con frecuencia.
- Seque la cara del paciente con una toalla.
- Póngale vaselina en los labios.

OBSERVACIONES:

- Evite dañar las mucosas y tejido gingival.
- No provoque náuseas.
- Deje al paciente en posición correcta.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

REGISTROS:

- Registre las incidencias si ha observado alguna anomalía en las mucosas.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 6000

RESPIRACION

OXIGENOTERAPIA

CODIGO: 6.010

DESCRIPCION:

Es la administración de oxígeno a pacientes mediante el equipo adecuado para aumentar la capacidad respiratoria y prevenir lesiones por hipoxia.

OBJETIVO:

- Reinstaurar el nivel óptimo de oxígeno en sangre.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Toma de oxígeno de pared o de bombona con caudalímetro.
- Mascarilla, sonda nasal o gafa de oxígeno.
- Agua bidestilada.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Coloque al paciente en posición cómoda.
- Compruebe que el oxígeno fluya antes de ajustar la mascarilla al paciente. Gradúe la concentración de oxígeno prescrita.
- Ajuste la mascarilla o gafa al paciente.
- Mantenga permeables las vías aéreas.
- Recoja y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción médica.
- Para administrar oxígeno a un paciente por medio de sonda nasal, se tendrán en cuenta los puntos siguientes:
 - Medir la distancia que hay desde el orificio nasal hasta el oído.
 - Lubricar la sonda.
 - Introducir la sonda lentamente, hasta llegar al punto correcto, debiendo quedar la punta de la misma, 1 cm. aproximadamente por encima de la úvula.

REGISTROS:

- Registre la actividad realizada.

ASPIRACION DE SECRECIONES

CÓDIGO: 6.020

DESCRIPCION:

Introducción de una sonda de aspiración estéril a través de la cavidad bucal, nasofaríngea o endotraqueal, para extraer las secreciones acumuladas en el tracto respiratorio.

OBJETIVO:

- Mantener permeable la vía aérea mediante la extracción de secreciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera y Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Aspirador o Sistema de vacío central.
- Sondas de aspiración.
- Guantes estériles.
- Tubo de Güedel, si precisa.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Informe al paciente y ayúdele a colocarse en posición correcta, en ángulo de 45° o en posición sentado.
- Indíquele que respire profundamente y suba el flujo de oxígeno unos minutos.
- Prepare el material.
- Coloque el tubo de güedel al paciente, si fuera necesario.
- Conecte la sonda de aspiración a la conexión del aspirador.
- Introduzca la sonda suavemente pero con rapidez y tan profundamente como sea posible.
- El periodo de aspiración no superará los 10".

OBSERVACIONES:

- Emplee siempre técnica aséptica.
- Asegúrese del buen funcionamiento de aspirador, antes de empezar el procedimiento.
- No introduzca la sonda aspirando.
- No repita el procedimiento más de tres veces seguidas.
- Asegúrese de conectar el oxígeno al flujo prescrito, una vez finalizado el procedimiento.

REGISTROS:

- Registrar la actividad y la hora.
- Anotar aspecto de las secreciones.

ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL Y TRAQUEOSTOMIA

CODIGO: 6.030

DESCRIPCION:

Aspiración de secreciones a través de tubo endotraqueal o traqueotomía con el fin de mantener las vías aéreas permeables.

OBJETIVO:

- Mantener permeable la vía aérea en pacientes intubados o traqueostomizados.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera y Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Aspirador o sistema de vacío central.
- Sondas de aspiración.
- Guantes desechables.
- Compresas y gasas.
- Recipiente con antiséptico a muy baja concentración.
- Guía u obturador.
- Cinta de sujeción.
- Tijeras.

TECNICA DE EJECUCION:

- Prepare el material.
- Explique la técnica al paciente y solicite su colaboración.
- Coloque al paciente en posición incorporada a 45°.
- Regule el manómetro de presión para que la aspiración sea suave.
- Compruebe con el antiséptico que la aspiración es suave.
- Mediante técnica estéril conecte la sonda de aspiración.
- Introduzca la sonda suavemente lo más profundamente posible sin aspirar.
- Tapone con el dedo pulgar, de forma intermitente, el extremo libre de la conexión para producir el vacío.
- Retire la sonda suavemente con movimiento de rotación.
- Utilice una sonda estéril para cada aspiración.
- Cierre la aspiración y desconecte la sonda.
- Coloque al paciente en posición cómoda.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Cada aspiración no debe exceder de 10 segundos.
- Es aconsejable que el paciente interrumpa la respiración durante al aspiración, si es posible.
- Observe al paciente después de cada aspiración y repita el procedimiento si fuese necesario.
- Si encuentra dificultad al introducir la cánula, recurra a la guía u obturador y lubrique muy ligeramente el borde inferior de la cánula.

REGISTROS:

- Registre la frecuencia de aspiraciones, el aspecto y la consistencia de las mismas, olor, cantidad y cualquier incidencia que estime oportuno registrar.

CANULA DE TRAQUEOSTOMIA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO

CODIGO: 6.040

DESCRIPCION:

Limpieza y/o cambio de cánula de traqueostomía bajo las técnicas establecidas.

OBJETIVO:

- Mantener la permeabilidad de la vía aérea del paciente y favorecer el intercambio gaseoso.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera y Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes estériles.
- Cánulas de traqueostomía nº correspondiente.
- Apósito especial.
- Sistemas de vacío.
- Sondas de aspiración nº 10 y 12.
- Caudalímetro conectado a toma de oxígeno.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Coloque al paciente en decúbito supino, aspire las posibles secreciones que hubiere.
- Retire la camisa de la cánula y límpiela, y cámbiela por otra del mismo número.
- Coloque apósito especial.
- Fije la cinta de la cánula, sin que cause molestias al paciente.
- Compruebe la ventilación pulmonar.
- Coloque al paciente en posición correcta y cómoda.
- Recoja y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Compruebe el correcto funcionamiento del balón de la cánula.
- Retire solamente la camisa del tubo.
- Este procedimiento debe realizarse una vez al día.

REGISTROS:

- Registre el cambio de cánula.

AEROSOLTERAPIA

CODIGO: 6.090

DESCRIPCION:

Procurar la fluidificación de las secreciones.
Administrar medicación.

OBJETIVO:

- Mantener libre de secreciones el aparato respiratorio.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes desechables
- Mascarilla de aerosoles.
- Toma de O₂ central.
- Jeringas.
- Frasco de suero fisiológico.
- Medicación prescrita.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Solicite la colaboración del paciente.
- Coloque al paciente en posición correcta: Incorporado en la cama 45° o en posición sentado.
- Introducir en el aerosol el suero fisiológico templado y la medicación prescrita, si la hubiere.
- Conectar el aerosol a la toma de oxígeno.
- Regule el manómetro a la presión correcta.

OBSERVACIONES:

- La aplicación del aerosol, no debe sobrepasar los 10 mín. de duración.
- Asegúrese de que la medicación a administrar se corresponde con la prescripción facultativa.

REGISTROS:

- Registre la medicación administrada.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 7000

SEGURIDAD Y CONFORT

HACER CAMA DESOCUPADA

CÓDIGO: 7.010

DESCRIPCION:

Colocación de ropa en cama que no está ocupada por ningún enfermo.

OBJETIVO:

- Procurar comodidad y bienestar al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- 2 sábanas.
- Funda de colchón.
- Funda de almohada.
- Colcha.
- Mantas, si fuera necesario.
- 1 entremetida.

TECNICA DE EJECUCION:

- Colocar la cama en posición horizontal.
- Colocar funda de colchón bien estirada.
- Colocar sábana bajera bien estirada, con las esquinas en forma de mitra:
 - Levante un borde de la sábana de manera que caiga recta y hacia abajo.
 - Deje una esquina doblada en la parte de arriba del colchón y remeta la porción colgante debajo del colchón.
 - Remeta la parte doblada debajo del colchón.
- Colocar entremetida a unos 25 cm. de la cabecera, bien estirada.
- Colocar sábana encimera. El borde superior debe sobresalir de la cabecera del colchón. Se remete el extremo inferior de la sábana y se sujetan las esquinas en forma de mitra.
- Colocar manta o colcha sobre la cama a unos dos palmos del borde superior del colchón. Se remete el borde inferior y se dobla el borde superior de la sábana por encima de la colcha.
- Colocar funda de almohada.

OBSERVACIONES:

- Evitar arrugas para prevenir úlceras por decúbito y molestias.

REGISTROS:

- Registrar la disponibilidad de la cama.
- Notificar al Supervisor/a o enfermero/a la disponibilidad de la cama.

HACER CAMA QUIRURGICA

CÓDIGO 7.020

DESCRIPCION:

Preparación de cama destinada a paciente post-operatorio.

OBJETIVO:

- Proporcionar comodidad y evitar movimientos innecesarios al paciente que regresa de quirófano.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Carro de ropa sucia.
- Funda de colchón.
- 2 sábanas.
- 1 entremetida.
- 1 funda de almohada.
- 1 manta s/p.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

- Ver procedimiento "Hacer cama desocupada".
- Colocar 1 sábana a modo de entremetida por si fuera necesario movilizar al paciente.
- Una vez colocada la sábana encimera, doblar longitudinalmente de manera que quede toda la ropa a un lado de la cama y quede el otro lado libre para pasar al paciente desde la camilla.
- Colocar la almohada en la cabecera.
- Retirar carro de ropa sucia.
- Dejar libre el paso hacia la cama para facilitar el paso de la camilla.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar que la cama está preparada.

HACER CAMA OCUPADA

CÓDIGO: 7.030

DESCRIPCION:

Cambio de sábanas en cama ocupada por paciente.

OBJETIVO:

- Higiene del paciente.
- Proporcionar comodidad y bienestar al paciente.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería
- Celador si el paciente tiene alteración de movilidad.

RECURSOS MATERIALES:

- 2 sábanas.
- Funda de colchón s/p.
- Colcha s/p.
- Manta s/p.
- 1 entremetida.
- Carro de ropa.
- Bolsa de plástico blanca para ropa sucia
- Guantes.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Si el paciente se encuentra levantado:

- Retirar ropa usada y colocar en la bolsa de ropa sucia.
- Hágase la cama según procedimiento: "Hacer cama desocupada."

Si el paciente está encamado:

- Informe al paciente del procedimiento
- Preserve la intimidad del paciente (cortinas, puerta...)
- Cierre la puerta y la ventana.
- Coloque la cama en posición horizontal si la patología del paciente no lo impide.
- Retire colcha y manta.
- Afloje la sábana encimera.
- Coloque al paciente en decúbito lateral.
- Doble la sábana bajera hacia la espalda del paciente.

- Coloque la sábana bajera limpia, poniendo la mitad de la sábana hacia el paciente y la otra mitad remetida debajo de la espalda.
- Colocar entremetida centrada en la cama doblando la mitad debajo de la espalda del paciente.
- Indique al paciente que gire hacia el otro lado, retire sábana y entremetida sucia y échela a la bolsa de ropa sucia.
- Estire la sábana y la entremetida limpias y remeta la sábana.

Cambio de sábana superior:

- Retire la sábana sucia hasta la cintura.
- Tome la sábana limpia y colóquela doblada sobre el pecho del paciente.
- Retirar la sábana sucia de cintura para abajo a la vez que se cubre con la sábana limpia.
- Remeter la sábana por la parte inferior, dejando holgura para evitar roces.
- Colocar manta y/o colcha.
- Remeter la ropa por la parte inferior de la cama.
- Doblar la sábana superior por encima de la colcha y/o manta.
- Cambiar la funda de almohada.
- Retire la bolsa de ropa sucia.

OBSERVACIONES:

- No tire la ropa al suelo.
- Evitar dobleces y/o arrugas para prevenir úlceras por decúbito y roces.

REGISTRO:

- Registrar cualquier anomalía de la piel observada durante la realización del procedimiento.

VALORACION Y CONTROL DE LA SEGURIDAD AMBIENTAL

CÓDIGO: 7.040

DESCRIPCION:

Medidas adoptadas para conseguir un medio ambiente seguro para el paciente, que es aquél en el que la posibilidad de lesión o contagio de enfermedad se reduce tanto como sea posible.

OBJETIVO:

- Valorar factores de riesgo de lesión.
- Adoptar medidas esenciales para prevenir accidentes.
- Objetivo general: Evitar que el paciente se lesione.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

1. VALORACION de los factores que pueden aumentar el riesgo de lesión:

- Edad, etapa del desarrollo.
- Alteraciones de la percepción sensorial.
- Alteraciones del nivel de conciencia.
- Alteraciones de la movilidad.
- Alteraciones del estado emocional.
- Desconocimiento sobre seguridad: ambiente hospitalario desconocido.
- Realización de procedimientos diagnósticos que puedan presentar riesgos de reacciones perjudiciales o de infección.
- Iluminación inadecuada.
- Medio ambiente desordenado.

2. CONTROL. Medidas adoptadas para conseguir un medio ambiente seguro:

- TEMPERATURA : Procurar que las temperaturas ambientales no sean extremas, ya que pueden hacer que el paciente no esté alerta.
- ILUMINACION : Procurar que la iluminación sea suficiente. Revisar que funcionan las luciérnagas para evitar caídas por la noche.
- HUMEDAD : Vigilar signos de sequedad de mucosas provocados por aire acondicionado, ya que aumentan el riesgo de infección.
- ORDEN : Asegurarse que en el suelo no hay objetos que puedan provocar caídas.
 - Vigilar que el mobiliario esté en todo momento en su sitio.
 - Vigilar que no haya mobiliario u objetos en las zonas de paso para el cuarto de baño.
 - Vigilar que los timbres estén al alcance del paciente.
 - Procurar que cualquier cosa que se derrame en el suelo sea recogida inmediatamente.
 - Procurar, en caso de paciente encamado, que tenga a mano cualquier cosa que necesite de la mesilla de noche.

- Asegurarse y procurar que existen pasamanos en las bañeras y que están en buen estado.
- Asegurarse que no hay por el suelo cables de aparatos.

3. CONTROL DE RUIDOS:

- Vigilar que no haya ruidos molestos que pueden aumentar la irritabilidad del paciente e impedir su descanso.

4. PREVENCIÓN DE INCENDIOS:

- Indicar al paciente que no fume en la habitación o en la cama.
- Vigilar que cualquier aparato eléctrico o electrónico enchufado, esté en perfectas condiciones.

5. PRECAUCIONES A TENER EN CUENTA EN CASO DE USAR DISPOSITIVOS DE SEGURIDAD:

BARANDILLAS LATERALES:

- Evitan que el paciente rueda en la cama pero no que trepe por ellas.
- Usar en pacientes inconscientes, confundidos o sedados y en mayores de 70 años sobre todo de noche.
- Si se baja la barandilla para realizar cualquier cuidado del paciente, tener la precaución de subirlas al retirarse de la cama.

ATADURAS O INMOVILIZACIONES DE MIEMBROS O TRONCO:

- Usar para evitar caídas de cama, camilla o sillas.
- Usar para prevenir interrupción del tratamiento.
- Usar para proteger al paciente de lesión autoinducida.
- Usar para prevenir que el paciente lesione a otros.

OBSERVACIONES:

- Ya que las inmovilizaciones restringen la capacidad individual y pueden tener implicaciones legales, no olvidar registrar.

REGISTROS:

- Conducta seguida por el enfermo.
- Motivo que nos llevó a adoptar la decisión de inmovilización.
- Tiempo que la tiene puesta.
- Revisión que realizamos de las ataduras.

PREVENCIÓN DE CAIDAS ACCIDENTALES

CÓDIGO: 7.050

DESCRIPCION:

Medidas de prevención adoptadas para evitar caídas accidentales de los pacientes.

OBJETIVO:

- Evitar que el paciente se lesione.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería, enfermero/a

RECURSOS MATERIALES:

- Barandillas.
- Sujeciones.
- Vendas de algodón.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Valorar riesgos de caídas accidentales.
- Informar a familiares del procedimiento.
- Retirar de la habitación cualquier obstáculo que pueda ocasionar caídas. (sillas, cables, etc.).
- Colocar barandillas en la cama.
- Si es necesario colocar sujeciones, actuar según protocolo código 7.060.
- Valorar factores de riesgo y seguridad del paciente por turno.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar valoraciones de riesgo.
- Registrar medidas adoptadas.

SUJECIÓN DEL PACIENTE

CODIGO: 7.060

DESCRIPCION:

Aplicación de diversos aparatos de sujeción al paciente.

OBJETIVO:

- Conseguir limitar la movilidad del paciente para su seguridad y la de los demás

RECURSOS HUMANOS:

- Varias personas según las características del paciente.

RECURSOS MATERIALES:

- Barandillas.
- Sujeciones.
- Vendas de algodón y elásticas.
- Sábanas.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Valorar la necesidad de sujeción.
- Explicar al paciente el procedimiento (en la medida de lo posible, según nivel de conciencia del paciente)
- No usar dicho procedimiento como actitud de castigo.
- Seleccionar aparato de sujeción según necesidades.
- Permitir, con la sujeción seleccionada, el máximo de movilidad posible.

TIPOS DE SUJECCIONES:

- Sujeción de muñeca o tobillo:
 - Se sujetará a la cama de manera que permita levantar o subir cabecera de la cama.
- Sujeción de tronco:
 - Se colocará en la parte baja de la espalda o abdomen.

OBSERVACIONES:

- Revisar las sujeciones cada 4 h., controlando el estado de la piel.
- Valorar por turno la necesidad o conveniencia de continuar con la sujeción.

REGISTROS:

- Registrar tipo y localización de la sujeción, así como hora en que se coloca y se revisa.

ALINEACION CORPORAL

CÓDIGO: 7.070

DESCRIPCION:

Movilización y cambios posturales del paciente encamado.

OBJETIVO:

- Movilizar al paciente en la cama, manteniendo la dinámica corporal correcta tanto del paciente como de la enfermera.
- Acomodar al paciente en posición anatómicamente correcta y confortable.
- Prevenir incapacidad y deformidad.
- Acomodar al paciente en posiciones especiales requeridas para examen y terapéutica.

RECURSOS HUMANOS:

- Serán necesarias 2 ó 3 personas según características del paciente
- Auxiliar de Enfermería, enfermero/a y celador.

RECURSOS MATERIALES:

- Cama.
- Manivela de la cama.
- Grúa para movilizar enfermos (siempre que sea posible).
- Sábana (para usar como entremetida).
- Almohadas.
- Barandillas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Evaluar la necesidad de movilización del paciente encamado.
- Valorar capacidad del paciente para moverse sin ayuda.
- Planear la técnica de movilización.
- Colocar la cama en posición horizontal, si lo permite el estado del paciente. Mover al paciente de forma coordinada y uniforme.
- Colocar dispositivos de seguridad si fuera necesario (almohadas, barandillas etc.).

OBSERVACIONES:

- Evitar sacudidas bruscas.
- Si el paciente estuviera solo no olvidar dejar a mano el timbre.

REGISTROS:

- Registrar posición en que se deja al paciente y hora en que se realiza el cambio postural.

POSICIÓN DECÚBITO LATERAL (DCHO/IZQDO)

CODIGO: 7.080

DESCRIPCION:

Colocar al paciente en decúbito lateral derecho o izquierdo.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Al menos dos personas: Auxiliar de Enfermería, enfermera/o y/o celador si fuera necesario y según características del paciente.

RECURSOS MATERIALES:

- Entremetida
- Almohadas.
- Barandillas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

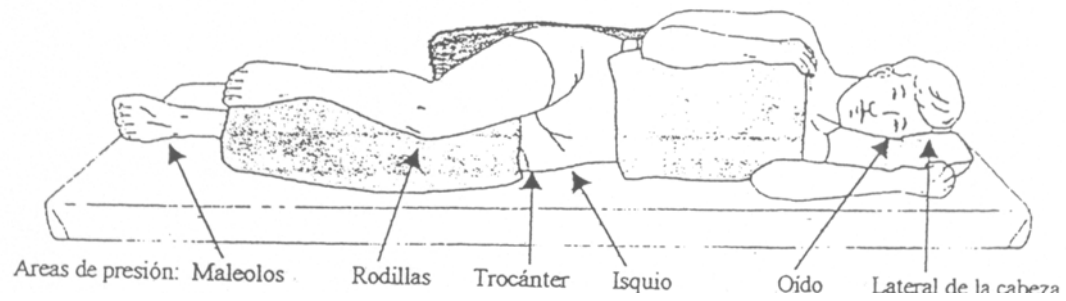
- Retirar las barandillas si las hubiera.
- Asegurar una buena mecánica corporal: colóquese tan cerca de la cama como sea posible, espalda recta y piernas ligeramente flexionadas.
- Coger firmemente la sábana colocada bajo el enfermo a modo de entremetida y tirar suavemente hacia nosotros.
- En caso de no existir sábana de tiro se deslizarán las manos con las palmas hacia arriba por debajo de los hombros del paciente y por debajo de las caderas.
- Una vez colocado el enfermo en decúbito lateral, se colocará una almohada longitudinalmente en la espalda del paciente desde el hombro hasta el coxis.
- Se colocará flexionada la rodilla derecha (decúbito lateral izquierdo) o la rodilla izquierda (decúbito lateral derecho).
- Colocar almohada entre ambas rodillas.
- Se procederá a poner barandilla si fuera necesario.

OBSERVACIONES:

- Proteger zonas prominentes: hombros, codos, cresta ilíaca, trocánter, rodillas y maléolos (si existen riesgos de lesión).

REGISTROS:

- Registrar hora en que se realiza el cambio postural y especificar si el paciente queda en decúbito lateral izquierdo o derecho.



POSICIÓN DECUBITO PRONO

CODIGO: 7.090

DESCRIPCION:

Colocar al paciente en decúbito prono (boca abajo).

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar necesarios y evitar complicaciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Una o dos personas: Auxiliar de enfermería, enfermero/a y/o celador según características del paciente.

RECURSOS MATERIALES

- Almohadas.
- Barandillas.

TÉCNICA DE EJECUCION:

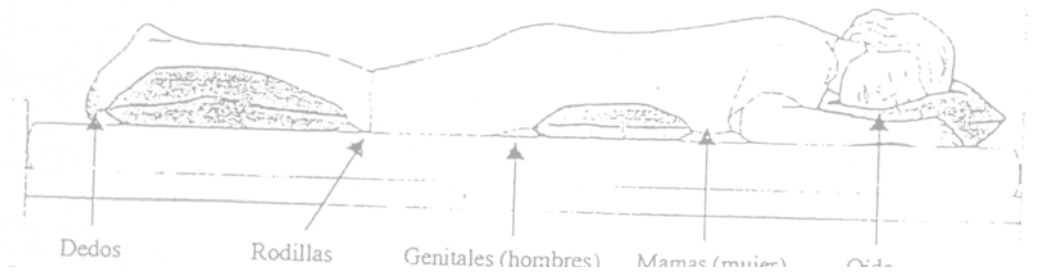
- Se debe partir de la posición de decúbito lateral.
- Nos colocamos a la espalda del paciente.
- Se retiran las barandillas si las hubiera.
- Con la ayuda de una sábana colocada a modo de entremetida acercamos al paciente al borde de la cama.
- Nos colocamos a continuación de cara al enfermo.
- El brazo que quede debajo se colocará extendido con la palma hacia arriba.
- Se flexionará la rodilla que queda arriba para facilitar el giro.
- La mano que queda arriba se colocará en el hombro contrario.
- Giramos al enfermo hacia nosotros, colocando la espalda recta y las piernas ligeramente flexionadas para mantener la dinámica corporal.
- Se colocará la cabeza en posición lateral, el brazo del lado hacia el que mira el enfermo se colocará flexionado y el brazo del lado contrario se mantendrá extendido.

OBSERVACIONES:

- **Precaución:** se protegerán dedos de los pies, rodillas, genitales (hombres), mamas (mujeres), mejillas y orejas.
- **Posición contraindicada en:** pacientes con trastornos respiratorios, cardíacos, cirugía abdominal reciente o contracturas severas de cadera.

REGISTROS:

- Registrar hora en que se realiza el cambio postural.



POSICION DE FOWLER

CODIGO: 7.100

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar necesarios y evitar complicaciones.

RECURSOS HUMANOS:

Auxiliar de enfermería, enfermero/a.

RECURSOS MATERIALES:

Almohadas.
Manivela.

TÉCNICA DE EJECUCION:

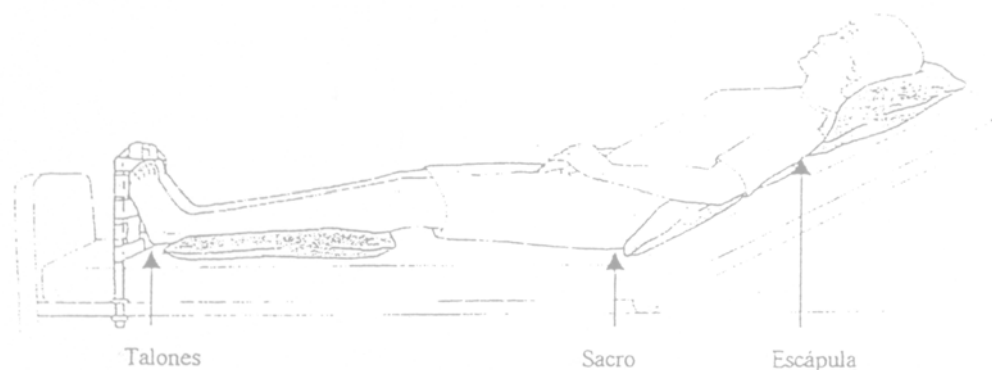
Incorporar la cabecera de la cama hasta la posición de 45° ó 50°.
Colocar almohadas para comodidad del enfermo.

OBSERVACIONES:

Precaución en sacro, talones y codos.
Colocar protección para prevenir decúbito.
Indicado en pacientes con alteración de las necesidades de intercambio.
Favorece la inspiración y la aplicación de fisioterapia respiratoria.

REGISTRO:

Registrar posición, hora y medidas de protección tomadas.



POSICIÓN DE TRENDELEMBURG

CÓDIGO: 7.110

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Proporcionar confort y bienestar y evitar complicaciones.

RECURSOS HUMANOS:

- Una sola persona: Auxiliar de enfermería, enfermero/a

RECURSOS MATERIALES:

- Manivela de la cama
- Almohadas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

- Proteger la cabeza.
- Vigilar estado de conciencia del enfermo.
- Valorar la posibilidad de que aparezcan vómitos.

REGISTRO:

- Registrar hora en la que se realiza el cambio postural.

PREVENCIÓN DE ÚLCERAS POR PRESIÓN

CÓDIGO: 7.120

DESCRIPCIÓN:

Medidas adoptadas para prevenir la aparición de úlceras por presión en pacientes hospitalizados y con factores de riesgo.

OBJETIVO:

- Valoración de los riesgos que presente el paciente según la escala de Norton o de Braden.
- Evitar que el paciente encamado desarrolle úlceras por presión durante su periodo de hospitalización.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o
- Auxiliar de enfermería
- Celador si fuera necesario

RECURSOS MATERIALES:

- Colchón antiescaras preferentemente dinámicos.
- Almohadas
- Protectores codo/talón
- Ácidos grasos hiperoxigenados (@CORPITOL, @MEPENTOL)
- Guantes

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Elaborar un plan de cuidados individualizado según los resultados de la valoración realizada.
- Informar a los familiares y fomentar su participación.
- Mantener la hidratación de la piel.
- Proteger zonas de presión mediante almohadillado.
- Realizar cambios posturales cada 2-3h.
- Si la patología del paciente lo permite, realizar ejercicios pasivos para estimular la circulación sanguínea.
- Mantener las sábanas, salvacamás y pañales secos y sin arrugas
- Valorar en todo momento la comodidad del paciente y mantener su posición lo más fisiológica posible.
- Vigilar la integridad de la piel.
- Proporcionar dieta rica en proteínas, fibra, vitaminas y agua (si lo permite la prescripción médica).
- Aplicar ácidos grasos hiperoxigenados en todas las zonas de enrojecimiento y de riesgo, con un ligero masaje superficial con la palma de la mano.

- No masajear nunca en profundidad, sobre todo en zonas prominentes óseas (maléolos, trocánter, etc.).

OBSERVACIONES:

- Al realizar cambios posturales evitar:
 - Fuerzas de zizallamiento y de fricción.
 - Pie equino.
 - Cifosis lumbar.
 - Hiperflexión cervical.
 - Alteración del retorno venoso.
 - Pinzamientos de sonda.
- Ver también protocolo específico de la Unidad

REGISTROS:

- Registrar las medidas adoptadas, y en caso de cambios posturales, anotar hora en que se realiza y posición en la que se deja al paciente.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 8000

TERAPIAS Y CUIDADOS ESPECIALES

ADMINISTRACION DE MEDICACION INTRAMUSCULAR

CÓDIGO: 8.010

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Introducir un medicamento por vía intramuscular por prescripción facultativa.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

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

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Mire la dosis prescrita, en la hoja de medicación.
- Si el inyectable es un vial, desinfecte con alcohol el tapón de látex.
- Coloque la jeringa identificada y el algodón impregnado en alcohol, en la batea.
- Coloque al paciente en la posición adecuada: decúbito lateral derecho o izquierdo, si se inyecta en el glúteo.
- Decúbito supino, si se inyecta en el muslo.
- Desinfecte la zona donde va a inyectar, con alcohol, dejándolo en contacto con la piel durante 30 segundos.
- Introduzca la aguja perpendicularmente a la piel, dando un golpe seco y rápido.
- aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto.
- Inyecte el fármaco lentamente.
- Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

- Firme en el registro de medicación.
- Registre su actividad.

ADMINISTRACION DE MEDICACION SUBCUTÁNEA

CÓDIGO: 8.020

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Administración de medicamento.
- Preparación para exploración complementaria.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

- Jeringas y agujas.
- Algodón.
- Alcohol de 70°.
- Batea desinfectada.
- Contenedor.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

- Desinfecte la zona de punción.
- Pinche rápido y firmemente en el tejido formando un ángulo de 45° aproximadamente.
- aspire antes de inyectar el fármaco, si aspira sangre deseche la aguja y vuelva a pinchar en otro punto.
- Inyecte el fármaco lentamente.
- Retire la aguja y presione unos segundos la zona con el algodón impregnado en alcohol.

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

- Firme en el registro de medicación.
- Registre si existen anomalías.

ADMINISTRACION DE MEDICACION IV EN BOLO

CÓDIGO: 8.030

DESCRIPCION

Consiste en administrar un medicamento o similar a un paciente, por vía venosa periférica, con fines terapéuticos o de preparación para una exploración complementaria.

OBJETIVO:

- Introducir un medicamento por vía intravenosa por prescripción facultativa.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Jeringas y agujas I.V.
- Algodón.
- Alcohol de 70° y povidona yodada.
- Compresor.
- Medicación prescrita.
- Batea desinfectada con alcohol.
- Contenedor.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Compruebe la prescripción
- Mire la dosis prescrita en la hoja de tratamiento.
- Desinfecte el látex con alcohol de 70° , si su presentación es un vial.
- Introduzca el disolvente en el interior del vial.
- Compruebe la homogeneidad de la solución.
- Introduzca en el vial una cantidad de aire igual al volumen de la solución a extraer.
- Invierta el frasco y extraiga la solución, deseche la aguja.
- Identifique la jeringa.
- Inyecte la solución lentamente.
- Retire la jeringa y regule el goteo.
- Si la administración del fármaco precisa una mayor dilución o bien en perfusión continua, utilice el dosificador conectado en T al tramo distal del tubo de conexión.

OBSERVACIONES:

- Revise la historia y pregunte al paciente si es alérgico a algún medicamento. Si una vez administrado el medicamento el paciente presenta signos de alergia, avisar al médico y actuar según tipo de reacción (local o general).
- Si el paciente presenta algún tipo de reacción anormal durante la administración **NO CONTINÚE**.

REGISTROS:

- Firme en el registro correspondiente.
- Anote las observaciones de enfermería, si existen anomalías.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL

CÓDIGO: 8.040

DESCRIPCION:

Consiste en administrar un medicamento por vía oral

OBJETIVO:

- Administrar un medicamento por vía oral por prescripción facultativa

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de enfermería / enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Sobres de medicación.
- Vasos de medicación.
- Batea.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Una vez preparado el material y el paciente, proceder a administrar la medicación.
- Entregar la medicación al paciente y comprobar que se la toma, prestándole ayuda si lo precisa.
- En caso de alguna anomalía anotarlo en la hoja de observaciones de enfermería de la Historia Clínica del paciente: si no deglute bien, reacciones alérgicas, etc.
- Ante la posible omisión de esta tarea indicar su causa .

OBSERVACIONES:

- Asegúrese de que esté prescrito por el médico.
- Compruebe la dosis y el nombre del paciente.
- Verifique la hora de administración,
- Compruebe los antecedentes de alergias medicamentosas y efectos secundarios.
- Asegúrese de que la medicación, si va asociada a las comidas, se deba tomar antes, durante o después de las comidas.

REGISTROS:

- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VÍA RECTAL

CÓDIGO 8.050

DESCRIPCION:

Consiste en administrar un medicamento o similar por vía rectal

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de enfermería / enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

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

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

ADMINISTRACION DE MEDICACION VIA OTICA

CÓDIGO: 8.060

DESCRIPCION:

Es la administración por vía ótica de medicamentos

OBJETIVO:

- Administrar medicamentos con fines terapéuticos

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Medicamento.
- Algodón y gasas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR INHALACION

CODIGO: 8.070

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Administrar un medicamento prescrito por vía respiratoria.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o. / Auxiliar de enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Medicación.
- Cámara de nebulización si precisa.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

- Si la aplicación se realiza con cámara de inhalación seguir las instrucciones de uso de la misma.

REGISTROS:

- Anotar la administración del fármaco en hoja de administración de medicamentos.

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA TOPICA

CÓDIGO: 8.080

DESCRIPCION:

Es la administración de medicación por vía cutánea.

OBJETIVO:

- Administrar la medicación prescrita por vía cutánea.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o. / Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Medicación.
- Guantes desechables.
- Gasas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

- Registrar en hoja de administración de medicamentos.

APLICACIÓN DE VENDAJES

CÓDIGO:8090

DESCRIPCION:

Colocación de vendaje simple para diversos fines: Evitar edemas, permitir que una lesión sane y proporcionar seguridad al paciente.

OBJETIVO

- Proporcionar apoyo a un miembro.
- Controlar la inflamación.
- Limitar el movimiento de una articulación.
- Sostener otro vendaje en posición correcta.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o

RECURSOS MATERIALES:

- Vendas de malla orillada o elásticas
- Vendas de algodón
- Esparadrapo

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Los miembros a inmovilizar, han de colocarse en posición funcional y las articulaciones ligeramente flexionadas.
- Comenzar a vendar por debajo de la lesión y continuar hacia arriba.
- Vendar en forma de espiga, manteniendo el vendaje con una tensión moderada.
- La posición del paciente debe ser cómoda para él y facilitadora para la enfermera.

OBSERVACIONES:

- Si se precisa compresión, ésta debe ser la suficiente para evitar la inflamación.
- Indicar al paciente los cuidados de la lesión y el mantenimiento del vendaje.
- Mantener el vendaje seco.
- Mover las articulaciones libres.
- Mantener el miembro afecto en posición elevada.
- Vigilar cambios de color, edemas, hormigueo, dolor...
- Evitar y vigilar la aparición de edema de ventana.

REGISTROS:

- Registrar la realización del procedimiento.

CURA DE HERIDAS. GENERALIDADES.

CÓDIGO: 8.100

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Facilitar la cicatrización de la herida evitando la infección.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Carro de curas conteniendo todo el material necesario según consta en procedimiento de limpieza y reposición del carro de curas. Código 8.200.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Comprobar que el carro de curas está limpio y repuesto con todo el material necesario.
- Aportar el material no habitual del carro, si fuese necesaria la utilización de éste.
- Coloque al paciente en la posición adecuada.
- Retire el apósito.
- Retírese los guantes desechables y cámbieselos por unos estériles.
- Coloque campo estéril con el material necesario.
- Limpie la herida siempre desde los bordes hacia el exterior.
- Seque siempre con gasas estériles.
- Aplique antiséptico.
- Coloque el apósito adecuado al tamaño de la herida.
- Fije bien el apósito.
- Recoja el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Valore el estado de la herida y compruebe que no hay signos de infección. Respete durante todo el procedimiento las normas de asepsia y esterilidad.
- Si tiene que aplicar pomadas o cualquier solución deseche la primera porción.
- Rotule los botes de antisépticos con la fecha de apertura y deséchelos transcurridos siete días o siempre que se hayan quedado abiertos.

REGISTROS:

- Registre la realización de la cura, así como si ha observado cualquier signo de infección.

COLOCACIÓN DE FÉRULA DE YESO

CODIGO: 8.110

DESCRIPCION:

Colocación de una inmovilización de yeso con fines terapéuticos.

OBJETIVO:

- Inmovilizar y sostener una articulación durante el tiempo necesario para su curación.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Vendaje tubular.
- Vendas de algodón.
- Vendas de malla orillada.
- Vendas elásticas.
- Vendas de yeso.
- Recipiente con agua.
- Esparadrapo.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Colocar el miembro a escayolar en la posición correcta.
- Colocar vendaje tubular.
- Aplicar vendaje de algodón, protejiendo especialmente maléolos y partes prominentes, y dar unas vueltas de venda de malla orillada.
- Preparar la férula de yeso, según medidas.
- Introducir en el recipiente con agua templada.
- Escurrir la férula y aplicar sobre el vendaje protector.
- Adaptar el yeso al miembro y fijar la férula con venda de malla orillada y/o elástica.
- Recortar el sobrante de yeso.
- Colocar esparadrapo para terminar el vendaje.

OBSERVACIONES:

- Indicar al paciente que es normal que sienta calor en el miembro afectado durante la colocación de la férula.
- Dar al paciente las recomendaciones necesarias para el cuidado de la férula y explicar los signos de alarma.

- Recomendar al paciente que mantenga el miembro afectado siempre en posición elevada.

REGISTROS:

- Registrar la realización del procedimiento.

COLOCACIÓN DE FÉRULA METÁLICA

CODIGO: 8.120

DESCRIPCION:

Colocación de una inmovilización metálica con fines terapéuticos.

OBJETIVO:

- Inmovilizar y sostener una articulación digital durante el tiempo necesario para su curación.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Férula metálica
- Venda elástica de 2,5 cm
- Esparadrapo

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Medir la férula y cortar a la longitud adecuada.
- Doblar hacia atrás los extremos de la férula y conformarla.
- Colocar la férula manteniendo la mano en posición funcional, salvo otro criterio médico.
- Fijar la férula con venda elástica y esparadrapo.

OBSERVACIONES:

- Dar al paciente instrucciones sobre el cuidado de la férula e indicarle los signos de alarma.

REGISTROS:

- Registrar la realización del procedimiento.

INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFÉRICO

CODIGO: 8.130

DESCRIPCION:

Canalización de vena periférica mediante catéter.

OBJETIVO:

- Administrar al paciente soluciones isotónicas o disoluciones de medicamentos.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera / o.

RECURSOS MATERIALES:

- Gasas estériles.
- Compresor.
- Antiséptico.
- Catéteres I.V. de diferentes calibres.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Solución a perfundir o medicación a administrar.
- Llave de tres pasos.
- Guantes.
- Contenedor de agujas.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Colóquese al paciente en posición cómoda y adecuada.
- Colóquese el compresor 10-15 cm por encima de la zona que elegimos para puncionar.
- Se selecciona la vena a puncionar mediante palpación y/o visualización.
- Desinfecte la zona de punción.
- Se punciona la vena en paralelo canalizando aproximadamente 4 mm.
- Si la punción ha sido correcta se verá sangre refluir en la parte posterior del catéter.
- Se retira el mandril aproximadamente 0,3 cm y se canaliza el resto del catéter I.V.
- No debe notarse resistencia.
- Se retira el compresor.
- Se retira el mandril.
- Se conecta al catéter el sistema de suero con llave de tres pasos, si se va a administrar sueroterapia.
- Fijar catéter dejando zona de punción libre.

- Se impregna zona de punción con povidona yodada en crema.
- Se cubre con apósito estéril.
- Colocar debajo de la llave de tres pasos una gasa para evitar úlcera por decúbito.
- Se fija la vía con apósitos, vendas o mallas protectoras para evitar movilización y/o arrancamiento.

OBSERVACIONES:

- Elegir preferentemente venas lejanas a pliegues de flexión.
- Se deben canalizar venas del miembro superior empezando a la hora de elegir por la parte más distal.
- En caso de pacientes quirúrgicos se canalizará la vía en el lado contrario a la intervención propuesta.
- No mantener el mismo catéter I.V. más de **72 h**.
- Indicaciones :
 - Para administración de soluciones isotónicas o disoluciones poco irritantes. (fluidoterapia hasta 2500 cc a 3000 cc en 24 h durante 3-4 días)
 - En situaciones de urgencia, shock, parada cardio-respiratoria.
 - Para realizar transfusiones sanguíneas.
 - En aquellos pacientes en los que se pueda prever un empeoramiento súbito.
- No extraer sangre de vías periféricas para hemocultivos o analíticas, salvo en el caso de que se realicen en el momento de la canalización.

REGISTROS:

- Registrar fecha y hora en que se realiza la canalización, catéter escogido y motivo.

INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL

CÓDIGO: 8.140

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Administrar sustancias terapéuticas, fluidoterapia prolongada (más de 48 horas), sustancias de alta osmolaridad (Nutrición parenteral) que necesitan un gran flujo de sangre para ser diluidas de inmediato.
- Medir la P.V.C.
- Extraer muestras de sangre con fines analíticos,

RECURSOS HUMANOS:

- Un médico y/o una enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Jabón líquido y agua tibia.
- Povidona yodada.
- Guantes estériles.
- Mascarilla, gorro y bata estéril.
- Campos con y sin agujeros.
- Catéteres de diferentes calibres.
- Introdutor, si precisa.
- Anestesia local.
- Jeringas y agujas.
- Gasas estériles.
- Hojas de bisturí, seda con aguja y porta aguja.
- Pinza de disección.
- Esparadrapo estéril.
- Solución a perfundir.
- Conexión y llave de paso de tres vías.
- Soporte de gotero.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Lave la zona de inserción con agua y jabón.
- Séquela con gasas estériles y desinféctela con povidona yodada, dejándola actuar durante 30 seg.
- Colabore con el médico durante la intervención.
- Entregue el equipo de perfusión previamente purgado.

-
- Abra la llave y ajuste el ritmo de goteo.
 - Fije el catéter con el esparadrapo estéril a la piel del paciente.
 - Coloque un apósito estéril y anote la fecha.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Evite el acodamiento del catéter.

REGISTROS:

- Registre fecha y hora de realización del procedimiento.

INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO

CÓDIGO: 8.150

DESCRIPCIÓN:

Introducción de un catéter por vía venosa hasta llegar a vena cava superior y aurícula.

OBJETIVO:

- Tener acceso a vía venosa central para administrar al paciente sueroterapia y/o medicación.

RECURSOS HUMANOS:

- Médico.
- Enfermera/o.
- Auxiliar de enfermería si fuera necesario.

RECURSOS MATERIALES:

- Campos estériles.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Anestésico local.
- Antiséptico.
- Aguja I.M.
- Jeringas de 5 y 10 cc.
- Esparadrapo.
- Sutura (seda del nº 0 ó nº 1 con aguja recta o curva, según preferencia y porta-agujas en caso de aguja curva).
- Contenedor de agujas.
- Catéter : bilumen, cavafix , etc.
- Suero heparinizado o sistema de goteo con llave de tres pasos con suero fisiológico.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Asegúrese de que el paciente ha recibido información sobre el procedimiento.
- Se procederá a dejar al descubierto la zona necesaria según la vía que se vaya a canalizar.
- Desinfectar la zona, si fuese necesario se cortará el vello a ras de piel, sin rasurar.
- Se ayudará al médico en la colocación de la bata estéril.

- Preparar el campo estéril y colaborar con el médico durante el procedimiento.
- Posición del paciente:
 - Si se va a canalizar la subclavia , mantener miembro del mismo lado de la subclavia que se va a canalizar pegado al cuerpo.
 - Si es yugular el cuello estará girado de forma contralateral en decúbito supino y con la cabeza ligeramente más baja que el tronco.
 - Si es femoral el paciente deberá estar en posición de decúbito supino con las piernas en aducción y en ligera rotación externa.
- Verificar que la vía canalizada esté en luz venosa, para ello se aspirará con jeringa o se conectará sistema de suero y bajar por debajo del nivel de la femoral con lo que se visualizará el reflujo de sangre hacia el sistema. Esta maniobra no debe realizarse posteriormente para evitar contaminación de la sangre en contacto con el sistema exterior y reinfusión de la misma.
- Una vez que el facultativo ha canalizado la vía y realizado su fijación externa mediante sutura se heparinizan y obturan las luces que no vayan a ser utilizadas inmediatamente.
- Se cubrirá el sitio de punción con crema antiséptica y apósito estéril con la fecha de colocación anotada en el mismo.

OBSERVACIONES:

- No extraer muestra de sangre para hemocultivos a menos que se haga en el momento de la canalización.
- Se puede usar para extracción de analítica previa extracción y desecho de 5-10 cc de sangre y posterior heparinización.

INDICACIONES:

- Nutrición parenteral, además de otras terapias intravenosas.
- Imposibilidad de otro acceso venoso periférico.

REGISTROS:

- Registrar turno y fecha de canalización de vía, así como motivo por el que se canaliza.

MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DE VÍAS Y PERFUSIONES I.V.

CÓDIGO: 8.160

DESCRIPCIÓN:

Acciones llevadas a cabo por enfermería para el cuidado y mantenimiento de vía venosa ya instaurada así como del equipo de perfusión.

OBJETIVO:

- Profilaxis de la infección.
- Detectar el mal funcionamiento del sistema de perfusión.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera / o.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Antisépticos.
- Jeringas de 5 cc - 10 cc.
- Suero heparinizado.
- Sistemas de goteo.
- Llaves de tres pasos.
- Esparadrapo antialérgico.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

Vías periféricas:

- Revisar diariamente los apósitos y cambiarlos.
- Limpiar zona de punción con povidona yodada, dejar en el punto de inserción povidona yodada en crema.
- Vigilar signos locales de infección (dolor, rubor, calor, tumefacción) en punto de inserción.
- En caso de signos de flebitis o de aparición de fiebre sin focalidad se procederá al cambio de todo el sistema: catéter y sistema de infusión.
- Si se retira la vía por flebitis se procederá al envío de la punta del catéter al Servicio de Microbiología para su cultivo:
 - Se desinfecta la zona con povidona yodada.
 - Se retira el catéter lentamente.
 - Se introduce la punta de catéter en un tubo estéril y se cortan unos 5 cm con una hoja de bisturí estéril.
 - Se enviará la muestra a Microbiología inmediatamente.
- Los sistemas de goteo y llaves de tres pasos se cambiarán cada **48 h**.
- Si las perfusiones se usan de forma intermitente, se heparinizará la vía cada vez que se use.
- Las vías periféricas no deben permanecer más de **72 h**. Si por algún motivo se debe mantener más de ese tiempo se explicitará y se revisará a diario.

- Si el paciente llega a nuestra unidad procedente de Urgencias o de otra unidad se procederá a revisar la vía según procedimiento.

Vías periféricas centrales:

- Inspeccionar diariamente estado del apósito.
- Cambiar cada **48 h.** el sistema de goteo y la llave de tres pasos.
- Para comprobación de la situación del extremo distal del catéter se realizará Rx de tórax AP una vez concluida la canalización.
- Vigilar diariamente la zona de punción y observar si aparecen signos de edema o dolor en el miembro donde se encuentra el catéter.
- Realizar heparinización diaria de catéter y siempre que se use para extracción de muestra para analítica o infusión intermitente de antibióticos o alguna otra medicación.
- Si existen llaves de tres pasos tener la precaución de colocar debajo una gasa para evitar úlcera por decúbito.

Vías centrales:

- Los cuidados diarios serán igual que en otros tipos de vías.
- En las nutriciones parenterales los cambios de sistemas se realizaran coincidiendo con los cambios de la bolsa de nutrición.
- Se heparinizarán las luces diariamente y después de su USO.
- Al retirar las vías centrales se cursará la punta del catéter a Microbiología, existan o no signos de flebitis.
- En nutriciones parenterales evitar el uso de llaves de tres pasos para evitar contaminación de las conexiones y se cubrirá la conexión del sistema de infusión a la bolsa con gasa impregnada en povidona yodada.
- En las vías yugulares se usarán apósitos transparentes ya que debido a la irregularidad de la zona, estos se adhieren mejor a la piel y permiten la visualización del punto de punción.
- Para ver localización del catéter se realizará tras su canalización Rx de tórax AP.
- Extremar las medidas de asepsia, tanto en la colocación como en cualquier tipo de manipulación.
- Vigilar signos de flebitis y en caso de su aparición retirar el catéter y cursar la punta a Microbiología.

OBSERVACIONES:

- No usar las vías periféricas para la extracción de muestras para analíticas.
- Las extracciones para analíticas si pueden hacerse de vías periféricas centrales y centrales desechando 5-10 cc. De sangre y teniendo la precaución de heparinizar posteriormente.

REGISTROS:

- Registrar los cambios de apósito de vías.
- Registrar aspecto que presenta el punto de punción.
- En caso de aparición de cordón flebítico, anotar tamaño y grosor.
- Registrar fecha de cambio de sistemas de suero y llaves de tres pasos.

CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE TRACCIONES

CODIGO: 8.1801

DESCRIPCION:

La tracción es una fuerza aplicada en dirección longitudinal que se utiliza para reducir e inmovilizar fracturas y ayudar a la recuperación de la longitud y el alineamiento normal de una extremidad lesionada.

OBJETIVO:

- Asegurar que la tracción cumple su función y el paciente está lo más cómodo posible a pesar de la incomodidad creada por la misma.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera /o, Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- No.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Inspeccionar frecuentemente durante las primeras 24 h., buscando signos de alarma (Constricción, infección, cianosis...)
- Revisar poleas y elementos de sujeción.
- Colocar y mantener al paciente en la posición adecuada.
- Comprobar que las cuerdas y poleas mantienen la alineación adecuada.
- Eliminar cualquier factor que disminuya la intensidad de la tracción o altere su dirección.
- Ayudar al paciente a desplazarse hacia la cabecera de la cama a intervalos frecuentes.
- Examinar frecuentemente la piel en busca de signos de presión en prominencias óseas.

OBSERVACIONES:

- La tracción debe seguir el eje longitudinal del hueso.
- La observación frecuente de la piel es fundamental para prevenir complicaciones.

REGISTROS:

- Registrar cualquier alteración de la piel observada
- Dejar constancia de cualquier incidente ocurrido como consecuencia de la tracción.

PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO

CÓDIGO: 8.190

DESCRIPCION:

Preparar la zona operatoria previamente a la intervención con objeto de prevenir la infección.

OBJETIVO:

- Contribuir a eliminar o reducir el riesgo de infección de la zona quirúrgica.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera /o.
- Auxiliar de Enfermería

RECURSOS MATERIALES:

- Material para la higiene de la piel.
- Antiséptico.
- Material para rasurado si precisa.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Facilitar al paciente el material necesario para realizar su higiene personal en caso de que pueda realizarla y si no pudiese realizar baño en cama, según procedimiento. Código 5.010.
- Retirar maquillaje, laca de uñas, objetos personales y prótesis. Entregar a la familia o proceder a su custodia.
- Rasurar la zona operatoria si fuera necesario lo más cerca posible del momento de la intervención.
- Administrar antiséptico según política de antisépticos vigente en el Hospital.
- Cubrir la zona con un campo estéril.

OBSERVACIONES:

- Comprobar la identidad del paciente.

REGISTROS:

- Registrar la preparación del campo quirúrgico.

LIMPIEZA, REPOSICION Y MANTENIMIENTO DE CARRO DE CURAS

CÓDIGO: 8.200

DESCRIPCIÓN:

Mantenimiento del orden, de la limpieza del carro de curas, así como asegurar su reposición.

OBJETIVO:

- Preparar y mantener el carro de cura dispuesto para su utilización en cualquier momento.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Carro.
- Material de curas.
- Instrumental.
- Antisépticos y medicación habitual en las curas.
- Apósitos.
- Vendajes.
- Esparadrapos.
- Contenedor de objetos corto-punzantes.
- Bolsa para residuos.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- En la batea inferior, colocar el material estéril y de un solo uso, las bolsas para drenajes, etc.
- Dividir la batea superior en dos partes, la más cercana a la bolsa de residuos debe incluir el recipiente para instrumental usado y el contenedor de objetos corto-punzantes. En la parte más alejada, colocar los antisépticos, medicamentos, apósitos, etc.
- Una vez utilizado el carro se procederá a su limpieza.
- Asegurar que todos los frascos de antisépticos y medicamentos están correctamente tapados (o desecharlos si no lo están)
- Mantener el carro cubierto cuando no se esté utilizando.

OBSERVACIONES:

- Desechar el instrumental en cada cura y no llevarlo a otra habitación.
- No rellenar nunca los frascos de antiséptico.

- Comenzar a curar siempre por las heridas más limpias, finalizando por las más contaminadas.
- Rotular la fecha de apertura en todos frascos de antiséptico y medicamentos desechándolos a la semana de su desprecintado y siempre que nos los encontremos destapados.

REGISTROS:

- Anotar en las incidencias cualquier anomalía que se hubiera observado en cuanto a reposición del carro.

PROCEDIMIENTOS CODIGO 9000

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICOS

PUNCION LUMBAR

CÓDIGO: 9.010

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Médico.
- Enfermera.
- A.E.
- Celador.

RECURSOS MATERIALES:

- 1 Set de rasurado (si precisa).
- Esponja jabonosa y agua.
- Antiséptico.
- Anestésico local.
- Jeringas de 10 ml. con agujas I.M. y subcutánea.
- Mascarillas.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Pinza de Kocher.
- Campos estériles fenestrados y sin fenestrar.
- Trocares de punción lumbar.
- 1 tubo receptor estéril y 2 no estériles.
- Equipo de medición de presión lumbar (si precisa).
- Esparadrapo.
- Impreso de laboratorio y etiquetas de identificación.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN

- Asegúrese de que el paciente ha sido informado de la técnica que se le va a realizar.
- Ayúdele a colocarse, al borde de la cama, en posición fetal.
- Desinfecte la zona de punción con antiséptico.
- Mantenga sujeto al paciente hasta que haya sido introducido el trocar.
- Colabore con el médico mientras dure la realización de la técnica.

- Identifique los tubos que contienen las muestras y envíelos inmediatamente al laboratorio.
- Coloque un apósito estéril en la zona de punción y vigile los signos vitales.
- Aumente la ingesta de líquidos e indique al paciente que repose durante las dos horas siguientes.
- Coloque al paciente en posición cómoda.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Evite la movilización del paciente, en el momento de la punción
- El frasco que se envíe a microbiología, debe ser estéril.
- No guarde las muestras en el frigorífico. Envíelas rápidamente al laboratorio.
- Tome las constantes cada 30 min. durante las dos primeras horas después de realizada la punción.
- Mantenga al paciente en decúbito supino en el período indicado por el médico.

REGISTROS:

- Registre la realización del procedimiento y las constantes vitales.

TORACOCENTESIS

CÓDIGO:9.020

DESCRIPCION:

Punción de la cavidad torácica ocupada con líquido.

OBJETIVO:

- Extraer líquido pleural con fines analíticos y/o terapéutico.

RECURSOS HUMANOS:

- Médico.
- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Agua y esponja jabonosa.
- Set de rasurado, si precisa.
- Antiséptico.
- Anestésico local sin adrenalina.
- Jeringas de 2, 5, 10 ml.
- Aguja subcutánea e I.M.
- Gasas estériles.
- Esparadrappo hipoalergénico
- Guantes estériles.
- Campo estéril.
- Frasco de vacío y equipo.
- Tubos específicos para laboratorio.
- Etiquetas de identificación.
- Impresos de laboratorio.
- Almohada.
- Mascarillas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Coloque al paciente sentado al borde de la cama, descansando los brazos sobre la mesa auxiliar y apoyando la cabeza sobre los mismos.
- Los pies del paciente se apoyarán sobre una silla.
- Desinfecte la zona.
- Colóquese la mascarilla.
- Colabore con el médico durante la realización de la técnica.
- Recoja e identifique las muestras sin demorar su envío al laboratorio.
- Coloque un apósito estéril y fíjelo con esparadrappo.
- Controle los signos vitales y demás reacciones durante la primera hora.
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES:

- Prescripción facultativa.
- Observe la aparición de disnea, palidez, cianosis y taquicardia durante el procedimiento.
- Procure que el paciente permanezca en reposo durante una hora, después de realizada la punción.
- Indique al paciente que durante la punción no tosa ni efectúe movimientos bruscos.

REGISTROS:

- Registre la hora, características del líquido drenado y la realización del procedimiento.

PARACENTESIS Y DRENAJE

CODIGO: 9.030

DESCRIPCION:

Punción de la cavidad peritoneal ocupada con líquido.

OBJETIVO:

- Obtener muestras y/o evacuar la cavidad abdominal parcial o totalmente de líquido ascítico.

RECURSOS HUMANOS:

- Médico
- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES: .

- Antiséptico.
- Anestésico local al 2% sin adrenalina.
- Agujas I.M. y jeringas.
- Mascarillas.
- Porta, bisturí y hoja (si precisa).
- Trocar.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Campo estéril fenestrado.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Sistema de vacío, en técnica de vaciado. Sistema de caída libre.
- Frasco de vacío o bolsas de evacuación.
- Tubo estéril para Microbiología.
- Tubos para hematología, bioquímica y anatomía patológica, peticiones y etiquetas.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Indíquele que orine.
- Indíquele que se coloque en posición de Fowler o decúbito supino, según indicación del médico.
- Colóquese la mascarilla.
- Lave la zona de punción con agua y jabón y séquela correctamente.
- Desinfecte la zona con antiséptico.
- Colabore con el médico durante la realización de la técnica.
- Recoja e identifique las muestras y no demore su envío a los distintos laboratorios.
- Coloque el apósito estéril y fíjelo con esparadrapo hipoalergénico.

- Vigile la zona de punción.
- Una vez realizada la punción conecte el equipo al trocar o aguja y al frasco de vacío o sistema de evacuación elegido.
- Ajuste la llave de paso a la velocidad indicada.
- Observe las características del líquido drenado.
- Controle los signos vitales cada 15 minutos, mientras dure el drenaje, una vez finalizado, espacie los controles.
- Cambie de bolsa o frasco de vacío una vez que se complete su capacidad, o cuando sea necesario.
- Cuando se retire el trocar o aguja, coloque apósito estéril y vigílelo
- Recoja, limpie y ordene el material utilizado

OBSERVACIONES:

- Si el paciente no puede orinar antes de la realización de la técnica, comuníquelo al médico.
- Observar la aparición de palidez, disnea, y taquicardia durante la realización de la técnica.
- Controle signos vitales.
- Controle la velocidad de salida del líquido y sus características.
- La muestra de microbiología no deberá permanecer en frigorífico más de 2 h.

REGISTROS:

- Registrar la realización del procedimiento y las constantes vitales.

TRASLADO DE PACIENTES A PRUEBAS DIAGNOSTICAS

CÓDIGO: 9.040

DESCRIPCION:

Facilitar el traslado del paciente desde la unidad de hospitalización hasta el servicio en el que se le va a realizar la prueba.

OBJETIVO:

- Realizar el traslado del paciente en las mejores condiciones de comodidad, seguridad e identidad a otro servicio.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o
- A.E.
- Celador

RECURSOS MATERIALES:

- Impreso de solicitud de la prueba.
- Informe médico o Historia Clínica S/P.
- Autorización para la realización de la prueba.
- Cama, camilla, carrito.
- Soporte de suero S/P.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Comprobar la preparación del paciente.
- Informar al paciente del traslado.
- Comunicar al celador de la unidad el traslado.
- Comprobar que los datos de la solicitud de la prueba coinciden con los del paciente.
- Revisar los sueros y el ritmo de perfusión.
- Comprobar la correcta fijación de los catéteres, sondas, drenajes, etc. Comprobar la correcta higiene del paciente.
- Facilitar una manta para el traslado, si fuera necesario.
- Entregar la documentación al celador que realiza el traslado.
- Valorar la necesidad de que el paciente sea acompañado por personal sanitario.

OBSERVACIONES:

- Realizar la preparación de la prueba con la antelación prevista.

-
- Informar a la familia de la realización de la prueba con antelación suficiente para que un familiar pueda acompañarlo durante el traslado si el paciente y el familiar lo desean.

REGISTROS:

- Registrar la realización de la prueba, hora y fecha , así como la preparación y la realización de ésta, si es necesaria.
- Registrar cualquier incidencia relevante relacionada con el traslado del paciente.

RECEPCION DEL PACIENTE A PRUEBAS DIAGNOSTICAS

CÓDIGO: 9.050

DESCRIPCION:

Facilitar la recepción del paciente tras la realización de una prueba en otro servicio.

OBJETIVO:

- Recibir al paciente en la unidad tras la realización de una prueba, asegurando la continuidad de cuidados y en las mejores condiciones de seguridad, confort e identidad.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o
- A.E.
- Celador

RECURSOS MATERIALES:

- Historia clínica completa
- Cama
- Soporte de suero S/P
- Tomas de oxígeno y vacío S/P

TECNICA DE EJECUCIÓN:

- Recepción del paciente por la enfermera/o responsable del mismo.
- Comprobación de datos correspondientes a la Historia y paciente.
- Acompañar al paciente y familia hasta su completa instalación.
- Revisar sueros, conexiones, drenajes, etc. y conectar a las tomas los dispositivos que así lo precisen.
- Toma de constantes S/P.
- Revisar Historia para ver resultado de la prueba y si ha ocurrido algún incidente durante la realización de la misma.
- Revisar plan de cuidados y valorar cambios según necesidades del paciente.
- Facilitar la vuelta a la rutina de planta al paciente y familia.

OBSERVACIONES:

- Prever la vuelta del paciente con antelación para evitar problemas en dietas, medicación, etc.

-
- Informar al paciente y familia del circuito que se va a seguir con respecto al traslado.

REGISTROS:

- Dejar constancia de la vuelta del paciente y de la valoración del estado del mismo a su llegada a la unidad.

TOMA DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL

CÓDIGO: 9.060

DESCRIPCION:

Consiste en la medición y registro de la P.V.C.

OBJETIVO:

- Conseguir una medición correcta de la P.V.C., que nos informe de las presiones en cavidades cardiacas derechas.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Regleta para medición de P.V.C.
- Equipo de infusión para P.V.C.
- Solución salina para equipo de infusión
- Gráfica.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Debe previamente haberse comprobado la correcta colocación del catéter (punta, en cara superior o aurícula derecha).
- Explique al paciente el procedimiento.
- Coloque al paciente en decúbito supino y la cama en horizontal.
- Compruebe la colocación del cero de la regleta de P.V.C., a la altura de la línea axilar media.
- Haga un lavado de vía con el salino del sistema de P.V.C., previa anulación del resto de perfusiones.
- Llene la columna de P.V.C. sobrepasando los 25 cm. de agua.
- Conexione la regleta de P.V.C. con la vía central.
- Vigilaremos la bajada del nivel, con los movimientos respiratorios. Deteniéndose en el valor a registrar.
- Si oscila con el pulso, habrá que revisar el catéter.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registre la P.V.C. así como cualquier incidencia en la medición (oscilación, etc.).

TOMA DE FRECUENCIA CARDIACA RADIAL

CÓDIGO: 9.070

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- Reloj con segundero.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

- Explique al paciente la técnica.
- Asegúrese que el paciente se encuentra en una posición cómoda.
- No utilice nunca el dedo pulgar para tomar el pulso.
- Tome el pulso sobre las arterias temporal, carótida o femoral, cuando por alguna razón las radiales no sean accesibles, utilizando el mismo procedimiento.

REGISTROS:

- Registre la frecuencia cardíaca en gráfica.
- Registre cualquier incidencia ocurrida (ritmo, llenado, etc.).

TOMA DE TENSION ARTERIAL

CÓDIGO: 9.080

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Medir, valorar y registrar la presión arterial.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera /o.

RECURSOS MATERIALES:

- Esfigmomanómetro y fonendoscopio.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Compruebe que el esfigmomanómetro se encuentre en buenas condiciones de limpieza.
- Explique al paciente el procedimiento.
- Coloque al paciente en decúbito supino o sentado, con el brazo apoyado en la cama o brazo de sillón.
- Compruebe que no existe opresión por encima del codo (ropa, etc.)
- Sitúe el manguito por encima de la flexura del codo.
- Tras localizar el latido de la arteria braquial, coloque la membrana del fonendoscopio en el punto.
- Tras comprobar que la válvula está cerrada, eleve la presión hasta 180 mm. Hg. ó más, si se trata de un paciente hipertenso conocido.
- Deje salir el aire lentamente, identificando la T.A asistólica (primer latido) y la T.A diastólica. (final de latido o cambio en el tono de los mismos).
- Desinfe totalmente el manguito y retírelo.

OBSERVACIONES:

- Compruebe previamente que no existen fugas ni en el esfigmomanómetro ni en el fonendoscopio.
- La T.A basal no debe ser evaluada tras un sobreesfuerzo.
- Adecuar el tamaño del esfigmomanómetro al paciente (niño, adulto, grueso)
- Si es necesario repetir la medición, esperar al menos 1 minuto.

REGISTROS:

- Registre T.A en gráfica.
- Registre cualquier incidencia, así como el estado del paciente en el momento de la toma si no fuera basal (con sangrado activo, dolor torácico etc.)

TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA

CÓDIGO: 9.090

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Medida, valoración y registro de la frecuencia respiratoria

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Reloj con segundero.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

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

OBSERVACIONES:

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

REGISTROS:

- Anotar en gráfica la frecuencia respiratoria.
- Dejar constancia en O.E. si la respiración fuera patológica o si existen signos de dificultad respiratoria.

TOMA DE TEMPERATURA AXILAR

CODIGO: 9.100

DESCRIPCION:

Medida y registro de la temperatura corporal.

OBJETIVO:

- Medir y valorar la temperatura corporal con fines diagnósticos.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera y/o auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Termómetro.
- Antiséptico.
- Toalla de papel.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Explique al paciente la técnica.
- Compruebe que la columna de mercurio no está por encima de 35°C.
- Coloque el termómetro en la axila y pliegue el brazo

OBSERVACIONES:

- Utilice siempre termómetros correctamente limpios y secos.
- No limpie nunca los termómetros con agua caliente.
- Use siempre un termómetro para cada paciente.
- Desinfecte los termómetros antes y después de su uso sumergiéndolos en líquido antiséptico.
- Coja siempre el termómetro por la zona opuesta al Hg.

REGISTROS:

- Anote la temperatura en gráfica.
- Registre cualquier incidencia ocurrida.

REALIZACION DE ELECTROCARDIOGRAMA

CÓDIGO: 9.110

DESCRIPCION:

Técnica de registro de la actividad eléctrica del músculo cardiaco.

OBJETIVO:

- Obtener un registro gráfico de la actividad cardiaca.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera.

RECURSOS MATERIALES:

- Electrocardiógrafo.
- Algodón humedecido.
- Utensilios para rasurar, si fuese necesario.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Colocar los electrodos en los puntos indicados, previamente humedecidos con el algodón y rasurando la zona si precisa.
- Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm/seg. y el voltaje a 1 mV. Seleccionar “filtro ” y modalidad manual o automática.
- Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.
- Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
- Retirar los electrodos.
- Identificar el registro con nombre del paciente, localización, fecha y hora de realización.

OBSERVACIONES:

Colocación de los electrodos:

- ***Tórax. Derivaciones precordiales.***

V 1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.

V 2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.

V 3 – Entre V 2 y V 4 .

- V 4 – 5^o espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda.
- V 5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V 4 .
- V 6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V 4 .

- **Extremidades.**

R (Rojo):Muñeca derecha.

A (Amarillo):Muñeca izquierda.

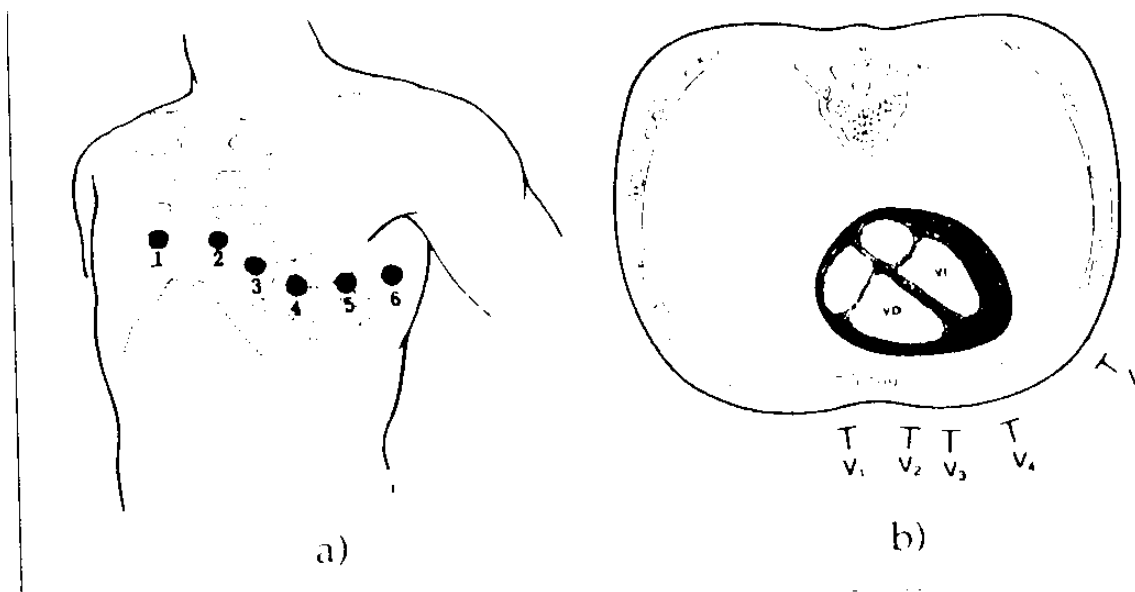
N (Negro):Tobillo derecho.

V (Verde):Tobillo izquierdo.

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

REGISTROS:

- Registrar la realización de la técnica.



GLUCEMIA BASAL

CODIGO: 9.120

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

- Medir glucosa basal

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Algodón.
- Alcohol.
- Tiras reactivas y aparato medidor.
- Lanceta o similar.

TÉCNICA DE EJECUCION:

- Limpiar la zona de punción con alcohol, preferentemente la zona lateral de dedos.
- Dejar secar unos segundos.
- Pinchar con la lanceta y extraer una gota de sangre para colocarla en la tira reactiva.
- Esperar el tiempo indicado en las instrucciones del medidor.
- Presionar el punto de punción unos segundos.

OBSERVACIONES:

REGISTROS:

- Registrar el resultado obtenido.

REALIZACION DE PRUEBAS MEDIANTE TIRAS REACTIVAS

CÓDIGO: 9.130

DESCRIPCION:

Introducción de tira reactiva en una muestra biológica, para la obtención de información.

OBJETIVO:

- Obtener información analítica de una muestra biológica en un corto periodo de tiempo.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o o A.E.

RECURSOS MATERIALES:

- Tiras reactivas.
- Muestra biológica.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Seguir las instrucciones para cada aparato medidor o del frasco contenedor de las tiras.
- Recoger la muestra según procedimientos correspondientes.

OBSERVACIONES:

- Atenerse a las instrucciones en cuanto a tiempo y forma, porque el no hacerlo así, puede alterar los resultados.

REGISTROS:

- Registrar la realización de la prueba y su resultado.

OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA ANALITICA

CÓDIGO: 9.140

DESCRIPCION:

Toma de orina con fines analíticos

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- A.E.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes desechables.
- Cuña o botella.
- Recipiente de plástico para recogida de orina.
- Etiqueta de identificación.
- Impreso de laboratorio.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Comprobar los datos del impreso de laboratorio con los del paciente.
- Recoja la micción del paciente, tomando una muestra de 10 ml. aproximadamente e identifíquela con etiqueta identificativa.
- Envíe la muestra al laboratorio, previa comprobación de los datos del paciente.

OBSERVACIONES:

- Si el paciente está sondado recoja la muestra previo pinzamiento de la sonda y limpieza de la conexión.
- En caso de tener conectado un urinómetro, extraiga la muestra con aguja y jeringa a través del dispositivo.

REGISTROS:

- Registrar el tipo de analítica cursada, la fecha y el turno.

OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA CULTIVO

CÓDIGO: 9.150

DESCRIPCION:

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

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- A.E.

RECURSOS MATERIALES:

- Recipiente estéril de plástico.
- Pinza de Kocher s/p (si precisa).
- Aguja s/p.
- Jeringa s/p.
- Antiséptico.
- Guantes desechables.
- Etiqueta identificativa.
- Impreso de laboratorio.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Comprobar que los datos del paciente coinciden con los del impreso de laboratorio.
- Explicar al paciente la técnica de recogida:
 - Lavado previo con agua y jabón neutro de la zona genital.
 - No utilizar antisépticos ni cloruro de benzalconio.
 - Aclarado con abundante agua, no secar.
 - Recoger a ser posible la primera orina de la mañana o al menos la obtenida 3 horas después de la última micción.
 - Desechar la primera porción de la micción.
 - Recoger aproximadamente unos 10 ml. de orina.
 - Cerrar inmediatamente el frasco, sin tocar el interior del mismo.
- Si el paciente está sondado:
 - Lávese las manos y colóquese los guantes desechables.
 - Pince la sonda al menos 30 minutos antes.
 - Desinfecte el extremo de la sonda con antiséptico.

- Deje caer el chorro de orina sin rozar el frasco.
- Si el paciente tiene colocado urinómetro, tras desinfectar el "botón" del dispositivo que tiene para la extracción de muestras con antiséptico, extraer la muestra con aguja y jeringa estériles.

OBSERVACIONES:

- Si la muestra no se envía inmediatamente al laboratorio, guardar en el frigorífico (4°C) y nunca más de 8 horas.
- Las claves en los estudios microbiológicos son: muestra representativa, cantidad suficiente, no contaminada y transporte rápido.

REGISTROS:

- Registrar la muestra cursada, turno y fecha.

RECOGIDA DE ORINA DE 24 HORAS

CÓDIGO: 9.160

DESCRIPCION:

Recolección de orina durante 24 h. con fines analíticos.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- A.E.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes desechables.
- Recipiente recolector.
- Etiqueta identificativa.
- Impreso de laboratorio.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Explicar al paciente la técnica.
- Descartar la orina recogida en la primera micción de la mañana y efectuar la recolección durante las 24 h. siguientes incluyendo la primera micción de la mañana siguiente.
- El recipiente ha de estar en el frigorífico, durante el periodo de recogida, para evitar el crecimiento de microorganismos o la descomposición de componentes de la orina.
- Enviar al laboratorio el frasco recolector previa comprobación de datos del paciente.

OBSERVACIONES:

- El paciente ha de ingerir la cantidad de líquido habitual y no consumir alcohol.
- En la determinación de algunos metabolitos (porfirinas, catecolaminas...) se utilizan conservantes que pueden ser tóxicos (Carbonato cálcico, ácido clorhídrico) por lo que se han de extremar las precauciones al abrir el frasco recolector.

REGISTROS:

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

RECOGIDA DE MUESTRAS PARA COPROCULTIVO

CÓDIGO: 9.170

DESCRIPCION:

Recogida de muestras de heces para su estudio microbiológico.

OBJETIVO:

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

RECURSOS HUMANOS

- Enfermero/a y/o Auxiliar de Enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña sin restos de jabones, detergentes, desinfectantes o iones metálicos. Recipiente estéril de plástico con tapón de rosca.
- Espátula o depresor.
- Hisopo estéril (si es necesario),
- Guantes desechables.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- **Recogida directa:** recoger con espátula de 2 a 5 gramos de heces recién defecadas, seleccionando las zonas que contengan moco, pus, sangre, etc.
- **Recogida mediante escobillón:** debe evitarse en lo posible. Se introduce el escobillón más allá del esfínter anal, haciéndolo girar suave y repetidamente, retirándolo e introduciéndolo en el envase.
- Remitir rápidamente al laboratorio.
- Si se ha de producir un retraso en el envío a laboratorio se debe guardar en frigorífico (4°C) y nunca más de 2 horas.

OBSERVACIONES:

- La muestra debe ser de reciente defecación.
- La muestra no ha de ir mezclada con orina.
- Las claves en los estudios microbiológicos son: muestra representativa, cantidad suficiente no contaminada y transporte rápido.

REGISTROS:

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

RECOGIDA DE MUESTRA PARA DETERMINACION DE PARASITOS

CODIGO: 9.180

DESCRIPCION:

Recogida de muestra de heces para su estudio en la detección de presencia de parásitos.

OBJETIVO:

- Conseguir muestras de cantidad y calidad suficiente, que permitan identificar la presencia de parásitos o de sus huevos.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermero/a.
- E.

RECURSOS MATERIALES:

- Recipiente estéril de plástico.
- Guantes desechables.
- Para determinación de oxiuros:
- Cinta adhesiva de celofán.
- Portaobjetos.
- Placa de petri.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Recogida directa.
- Guardar dieta exenta de verduras, frutas, patatas y legumbres, durante tres días.
- Recoger una muestra de 2-5 gr. de heces que incluya zona superficial y zona interior de la masa fecal.
- Introducir en el envase y cerrarlo bien.
- Enviar rápidamente al laboratorio.
- Realizar la toma tres días alternos.
- **PARCHE DE JACOB (Ante la sospecha de oxiuros o tenias)**
 - Se practica por la mañana antes de levantarse el paciente.
 - Lavado de manos y colocación de guantes desechables.
 - Se recoge una banda de cinta adhesiva transparente de 7-8 cm. Colocándola sobre un depresor. (banda adhesiva hacía fuera)
 - Se aplica sobre región anal y perianal
 - Se coloca la cinta adhesiva transparente bien extendido y pegado sobre el portaobjeto limpio

- Introducir en una placa de Petri y enviar a laboratorio.

OBSERVACIONES:

- Si el paciente ha seguido tratamiento con carbón, bismuto, bario o aceite de parafina, esperar de 6-8 días.
- Si se ha de administrar purgante, éste ha de ser salino.
- No mezclar las heces con orina.
- Las claves en los estudios microbiológicos son: Muestra representativa, cantidad suficiente, muestra no contaminada y transporte rápido.

REGISTROS:

- Registrar muestras cursadas, así como sus características.

RECOGIDA DE MUESTRA PARA DETERMINACION DE SANGRE OCULTA EN HECES

CÓDIGO: 9.190

DESCRIPCION:

Recogida de una muestra de heces con fines analíticos.

OBJETIVO:

- Conseguir una muestra de calidad y cantidad suficiente que permita la detección de sangre oculta en heces.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o. A. E.

RECURSOS MATERIALES:

- Cuña o recipiente sin restos de detergente.
- Guantes desechables.
- Recolector de muestras.
- Etiqueta identificativa.
- Impreso de laboratorio.
- Aplicador.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Compruebe los datos del paciente.
- Tomar una muestra de las heces recogidas en una cuña.
- Tome el aplicador de recogida e introdúzcalo 4 ó 5 veces en las heces, en distintas zonas.
- La muestra debe tapar la parte inferior del aplicador (al menos 1cm.), de manera que se llenen los canales de esta zona.
- Introducir el aplicador en el tubo por su parte inferior roscándolo hasta el tope. Agite vigorosamente la suspensión para homogeneizarla.
- Envíe la muestra al laboratorio previa comprobación de datos.

OBSERVACIONES:

- Comprobar que la utilización del reactivo de la muestra requiera o no el seguimiento de una dieta.

REGISTROS:

- Registrar la muestra cursada.

RECOGIDA DE ESPUTO PARA ESTUDIO

CODICIO 9.200

DESCRIPCION:

Toma de muestra de esputo con fines analíticos y diagnósticos.

OBJETIVO:

- Conseguir una muestra de calidad y cantidad que permita una conclusión diagnóstica.
- Los esputos se suelen someter a dos tipos de estudio:
 - Estudio microbiológico: Aislamiento de gérmenes patógenos.
 - Estudio citológico (Anatomía Patológica). Estudio de descamación celular.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.
- A.E.

RECURSOS MATERIALES:

- Frasco estéril.
- Etiqueta identificativa.
- Impreso de laboratorio.
- Sonda de aspiración s/p si precisa.
- Equipo de vacío s/p.
- Guantes desechables estériles.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Compruebe que los datos del paciente coincidan con los del impreso de laboratorio.
- Entregue al paciente el frasco estéril previamente identificado.
- Explique al paciente la técnica de recogida (no debe recoger saliva, el esputo ha de salir desde el fondo)
- Indique que le avise en cuanto lo recoja.
- Envíelo al laboratorio.
- Lavado de manos.

Pacientes inconsciente, intubados o con traqueostomía:

- Utilice técnica aséptica (lavado de manos y guantes estériles)
- Aspire el contenido mucoso, conectando al sistema de recogida de esputos.
- En caso de carecer de éstos, corte la parte distal de la sonda e introdúzcala en el frasco estéril.

- Identifique el frasco y envíelo al laboratorio.

OBSERVACIONES:**ESTUDIO CITOLÓGICO:**

- Prepare el frasco con alcohol al 50%
- Si el estudio es seriado se recogerán tres esputos en tres días consecutivos, o en el mismo día introduciendo los tres en el mismo frasco.
- El esputo ha de ser el primero de la mañana, previo enjuague de la boca con agua.
- Guardar el frasco en el frigorífico hasta su envío a Anatomía Patológica.

ESTUDIO MICROBIOLÓGICO:

- El frasco será estéril y sin preparación.
- Extremar las medidas de asepsia.
- NO guarde la muestra en el frigorífico.
- Las claves en los estudios microbiológicos son: Muestra representativa, cantidad suficiente, no contaminada y transporte rápido.

REGISTROS:

- Registrar la muestra cursada, características de la misma, si es o no seriada y el tipo de estudio solicitado.

TOMA DE MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDAS PARA CULTIVO

CÓDIGO: 9.210

DESCRIPCION:

Recogida de exudado de herida para su estudio microbiológico.

OBJETIVO:

- Conseguir una muestra de exudado en cantidad y calidad suficiente que nos permita aislar germen responsable del proceso infeccioso.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Guantes.
- Jeringas.
- Abbocath de diferentes calibres.
- Agujas.
- Suero fisiológico.
- Etiquetas del paciente.
- Petición correctamente identificada.

TECNICA DE EJECUCIÓN:

- Exponer zona de la herida con mayor cantidad de exudado.
- Lavar la zona de la herida con suero fisiológico estéril.
- Aspirar el exudado a través de jeringa y aguja/abbocath.
- Identificar la jeringa y la petición.
- Cursar al laboratorio de Microbiología con la mayor rapidez posible.
- En caso de heridas secas (placas necróticas) instilar unos cc de suero fisiológico estéril a través de la misma, con aguja y jeringa estériles y después aspirar.
- Enviar dicha jeringa a Microbiología.
- Si se sospecha infección por anaerobios (olor fétido) obtener la muestra necesariamente mediante aspirado con jeringa e inmediatamente introducir en medio de transporte anaerobio (frasco azul).

OBSERVACIONES:

- No usar torundas, ni hisopos para cultivo de pus u otros exudados, dada su escasa rentabilidad.

REGISTROS:

- Registrar fecha en que se curse muestra y procedimiento usado.

EXTRACCIÓN DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO

CÓDIGO: 9.230

DESCRIPCION:

Extracción de muestra de sangre para estudio microbiológico.

OBJETIVO:

- Aislamiento e identificación del microorganismo responsable del proceso infeccioso.

RECURSOS HUMANOS:

- Enfermera/o.

RECURSOS MATERIALES:

- Compresor.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Antiséptico.
- Jeringas de 20 cc.
- Agujas I.V o sistemas de extracción por vacío.
- Frascos de hemocultivos aerobio y anaerobio
- Contenedor pequeño de agujas.
- Vales y etiquetas de identificación.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Colocar al paciente en postura cómoda y con la zona de punción apoyada y bien visible.
- Colocar el compresor 10 ó 15 cm por encima del sitio de punción.
- Desinfectar la zona con gasa impregnada en antiséptico realizando movimientos en espiral de dentro hacia fuera.
- Colocación de guantes estériles y extraer 20 cc de sangre.
- Retirar compresor y presionar sobre el punto de punción.
- Introducir 10 cc de sangre en el frasco de anaerobios y posteriormente los otros 10 cc restantes en el otro frasco.
- Identificar correctamente vales y frascos de las muestras.
- Cursar al servicio de Microbiología.
- Si no fuera posible, mantener los frascos a temperatura ambiente, no en estufa, ni frigorífico.

OBSERVACIONES:

- Extraer, si fuera posible, antes de iniciar antibioterapia.
- Nunca extraer sangre para hemocultivos de un catéter previamente insertado en el paciente. Sólo podrá ser válida la extracción si se realiza en momento de la inserción de dicho catéter.
- Observar la más estricta asepsia en la ejecución de la técnica para evitar contaminaciones o falsos positivos.
- Si después de un corto período de tiempo (4-5 días de período afebril) y aún a pesar de tratamiento antibiótico, aparece fiebre está indicada una nueva extracción de hemocultivos.
- Siempre que sea posible, lo correcto es extraer un set de hemocultivos, es decir dos extracciones de 20 cc de sangre cada una, separadas aproximadamente 30 min. En cada extracción se inoculan 10 cc de sangre en el frasco de aerobios y los 10 cc restantes en el frasco de anaerobios.
- La enfermera/o responsable del paciente procederá a la extracción de hemocultivos cuando aparezca intensa tiritona o pico febril en el contexto de cualquier proceso o enfermedad de los que se desconozca su origen.

REGISTROS:

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

PROCEDIMIENTOS CODIGO 10000

NO ASISTENCIALES

ORDENACIÓN DE MEDICAMENTOS Y FUNGIBLES

CODIGO: 10.010

DESCRIPCIÓN:

Ordenación y distribución de los medicamentos y del material fungible en la unidad.

OBJETIVO:

- Mantener el orden, la limpieza y la disponibilidad de medicamentos y material de uso habitual en la unidad.

RECURSOS HUMANOS:

- Auxiliar de enfermería.

RECURSOS MATERIALES:

- Material de limpieza.

TÉCNICA DE EJECUCIÓN:

- Comprobar que la estantería está limpia y seca.
- Limpiar el exterior del material recibido, si fuese necesario.
- Los medicamentos se ordenarán por orden alfabético y por vía de administración.
- Compruebe que la cantidad servida coincide con la solicitada.
- Colocar el material según fecha de caducidad.
- Los sueros se ordenarán según su composición.
- La clasificación de la medicación que necesite permanecer en frío, debe llevar orden alfabético en el interior del frigorífico.

OBSERVACIONES:

- Devuelva a Farmacia todos aquellos preparados que vengan sin etiqueta o ésta sea borrosa.
- Deseche cualquier envase roto o deteriorado.
- No mezclar los estupefacientes con el resto de medicamentos.
- La cantidad repuesta de cualquier material, debe atenderse a las necesidades reales de la unidad.

REGISTROS:

BIBLIOGRAFÍA:

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

INDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN:.....	2
INDICE DE SECCIONES	4
INDICE DE CONTENIDO	5
CAMBIOS POSTURALES	10
LEVANTAR AL PACIENTE CON AYUDA	12
ALIMENTACION POR SONDA NASOGASTRICA	27
NUTRICION PARENTERAL	31
COMUNICACION CENTRADA EN LA RELACION PROFESIONAL.....	34
RELACIÓN CENTRADA EN PACIENTES ANCIANOS	36
RELACION CENTRADA EN PACIENTES CON ENFERMEDAD CRÓNICA. 37	
RELACIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE EN FASE TERMINAL.....	39
ACTUACIÓN ANTE UNA SITUACIÓN DE AGRESIVIDAD	40
ACTUACION ANTE LA NEGACION DE LA ENFERMEDAD	41
ACTUACION ANTE LA SITUACION DE DUELO	42
RELACION BASADA EN LA AUTONOMIA DEL PACIENTE	43
RELACION CENTRADA EN LA INFORMACION AL PACIENTE Y FAMILIA	44
ENTREVISTA INICIAL	45
ACTUACION DE ENFERMERIA EN CASO DE URGENCIA EN PACIENTE AGITADO	46
ACOMPañAR AL SERVICIO	49
ADMINISTRACION DE ENEMA	51
ENEMA POR COLOSTOMÍA.....	53
CUIDADOS DEL ESTOMA INTESTINAL.....	55
CUIDADOS DEL ESTOMA URINARIO.....	57
CUIDADOS DE LA INCONTINENCIA	59
FACILITAR BOTELLA ORINAL	61
FACILITAR LA CUÑA.....	63
CONTROL DE LA DIURESIS	65
SONDAJE VESICAL MASCULINO.....	66
SONDAJE VESICAL FEMENINO.....	68
SONDAJE VESICAL EVACUADOR MASCULINO.....	70
SONDAJE VESICAL EVACUADOR FEMENINO.....	72
CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL	74

LAVADO VESICAL CONTINUO	76
LAVADO VESICAL MANUAL	78
CUIDADOS NEFROSTOMIA PERCUTANEA (NPC).....	80
SONDAJE RECTAL.....	82
EXTRACCIÓN DE FECALOMAS.....	84
DRENAJE PLEURAL	86
SONDAJE NASOGASTRICO	88
ASPIRACION GÁSTRICA CONTINUA.....	90
CONTROL DE DEPOSICIONES Y TIPOS	91
RETIRADA DEL TUBO PLEURAL	93
ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO	95
LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE ENCAMADO.....	97
HIGIENE Y CUIDADADO PERINEAL MASCULINO	99
HIGIENE Y CUIDADO PERINEAL FEMENINO	100
HIGIENE Y CUIDADO DE LAS UÑAS	101
HIGIENE Y CUIDADO BUCAL.....	102
OXIGENOTERAPIA.....	104
ASPIRACION DE SECRECIONES.....	105
ASPIRACION DE SECRECIONES POR TUBO ENDOTRAQUEAL Y TRAQUEOSTOMIA.....	107
CANULA DE TRAQUEOSTOMIA LIMPIEZA Y MANTENIMIENTO	109
AEROSOLTERAPIA.....	111
HACER CAMA DESOCUPADA	113
HACER CAMA QUIRURGICA.....	115
HACER CAMA OCUPADA	116
VALORACION Y CONTROL DE LA SEGURIDAD AMBIENTAL	118
PREVENCIÓN DE CAIDAS ACCIDENTALES.....	120
SUJECIÓN DEL PACIENTE	121
ALINEACION CORPORAL	123
POSICIÓN DECÚBITO LATERAL (DCHO/IZQDO).....	125
POSICIÓN DE TRENDELEMBURG	130
PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION	131
ADMINISTRACION DE MEDICACION INTRAMUSCULAR.....	134
ADMINISTRACION DE MEDICACION SUBCUTÁNEA	136
ADMINISTRACION DE MEDICACION IV EN BOLO	138

ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN ORAL	140
ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VÍA RECTAL	141
ADMINISTRACION DE MEDICACION VIA OTICA	142
ADMINISTRACION DE MEDICACION POR INHALACION	143
ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA TOPICA	144
APLICACIÓN DE VENDAJES.....	145
CURA DE HERIDAS. GENERALIDADES.....	147
COLOCACIÓN DE FÉRULA DE YESO.....	149
COLOCACIÓN DE FÉRULA METALICA	151
INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO PERIFERICO.....	152
INSERCIÓN DE CATÉTER VENOSO CENTRAL	154
INSERCIÓN DE CATETER VENOSO CENTRAL DE ACCESO PERIFÉRICO	156
MANTENIMIENTO Y CUIDADOS DE VÍAS Y PERFUSIONES I.V.....	158
CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE TRACCIONES.....	160
PREPARACIÓN DEL CAMPO QUIRÚRGICO	162
LIMPIEZA, REPOSICION Y MANTENIMIENTO DE CARRO DE CURAS..	163
PUNCION LUMBAR.....	166
TORACOCENTESIS.....	168
PARACENTESIS Y DRENAJE	170
TRASLADO DE PACIENTES A PRUEBAS DIAGNOSTICAS	172
RECEPCION DEL PACIENTE A PRUEBAS DIAGNOSTICAS.....	174
TOMA DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL	176
TOMA DE FRECUENCIA CARDIACA RADIAL.....	177
TOMA DE TENSION ARTERIAL	178
TOMA DE FRECUENCIA RESPIRATORIA.....	180
TOMA DE TEMPERATURA AXILAR.....	181
REALIZACION DE ELECTROCARDIOGRAMA.....	182
REALIZACION DE PRUEBAS MEDIANTE TIRAS REACTIVAS	185
OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA ANALITICA	186
OBTENCION DE MUESTRA DE ORINA PARA CULTIVO	187
RECOGIDA DE ORINA DE 24 HORAS	189
RECOGIDA DE MUESTRAS PARA COPROCULTIVO	190
RECOGIDA DE MUESTRA PARA DETERMINACION DE PARASITOS.....	192
RECOGIDA DE MUESTRA PARA DETERMINACION DE SANGRE OCULTA EN HECES	194

RECOGIDA DE ESPUTO PARA ESTUDIO	196
TOMA DE MUESTRA DE EXUDADO DE HERIDAS PARA CULTIVO	198
EXTRACCIÓN DE SANGRE PARA HEMOCULTIVO	200
ORDENACIÓN DE MEDICAMENTOS Y FUNGIBLES	203
BIBLIOGRAFÍA:	204
INDICE GENERAL	205