ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

Ministerio de Salud y Deportes

PUBLICACIÓN 290

NORMA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Para los 3 niveles de atención

Serie Documentos Técnico – Normativos

La Paz - Bolivia
2013

ESTADO PLURINACIONAL DE BOLIVIA

NORMA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA

Para los 3 niveles de atención

Ministerio de Salud y Deportes

PUBLICACIÓN 290

Serie Documentos Técnico – Normativos

La Paz - Bolivia
2013

Ficha Bibliografica

BO
WY100
M665n
No. 290
2012

Bolivia. Ministerio de Salud y Deportes.
Dirección General de Servicios de Salud. Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad.
Norma de Procedimientos de Enfermería/Ministerio de Salud y Deportes. La Paz : Editora PRESENCIA, 2013.

333p.: ilus. (Serie: Documentos Técnico Normativos No. 290)

Depósito legal: 4-1-431-12 P.O.

I. ENFERMERÍA
II. PAUTAS PRACTICAS DE ENFERMERÍA
III. INSTRUCCIÓN PARA ENFERMERAS
IV. MANUALES
V. BOLIVIA
1. t.
2. Serie.

Norma de Procedimientos de Enfermería
La versión electrónica de esta Norma de Procedimientos de Enfermería se encuentra en la siguiente dirección http;//www.sns.gov.bo o en la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad Capitán Ravelo No 2199 teléfono 2441479.

Resolución Ministerial Nº 1878 del 17 de diciembre de 2012
Depósito legal: 4-1-431-12 P.O.

SISTEMATIZACIÓN EDICIÓN:

Lic. Norma Quispe Portocarrero	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Mary ElizabethTejerina Ortiz	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Yuco Hiramatsu Yoshida	Hospital de clínicas
Lic. Ruth Galvez Rioja	SEDES Santa Cruz
Lic. Haydee Padilla	OPS/OMS Bolivia

REVISIÓN:

Dra. Carla Parada Barba	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Lic. Norma Quispe Portocarrero	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dr. Omar Flores Velasco	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dr. Renato Yucra Lizarazu	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dr. Oscar Velásquez Encinas	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Ana María Young Vizcarra	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Dra. Cecilia Delgadillo Arciniega	Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad
Lic. Haydee Padilla	OPS/OMS Bolivia

ADECUACIÓN MODIFICACIÓN Y VALIDACIÓN:
Licenciadas en enfermeria de las nueve Direcciones Departamentales de Salud del país. (ver Anexo Editorial)

COMITÉ EJECUTIVO DE REVISIÓN DE PUBLICACIONES

Dr. Rómulo Huanuco
Dr. Johnny Vedia
Dr. Oscar Varas Catoira
Lic. Iber Buezo Paredez
Sr. Miguel Cárcamo Porcel

Documento elaborado con la asistencia técnica OPS/OMS y el apoyo financiero de la Agencia de los Estados Unidos para el desarrollo internacional (USAID), bajo los términos del Convenio de Cooperación No AID-511-10-11-00002-FORTALESSA OPS/OMS.

La Paz, Área del Contínuo de la Atención –Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad,- Dirección General de Servicios de Salud – Comité de Identidad Institucional - Ministerio de Salud y Deportes- 2013.

© Ministerio de Salud y Deportes 2013.

Esta publicación es propiedad del Ministerio de Salud y Deportes del Estado Plurinacional de Bolivia, se autoriza su reproducción total o parcial a condición de citar la fuente y la propiedad.

Impreso en Bolivia

MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

AUTORIDADES NACIONALES

Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martín Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD Y PROMOCIÓN

Alberto Camaqui Mendoza
VICEMINISTERIO DE MEDICINA TRADICIONAL E INTERCULTURALIDAD

Sr. Miguel Ángel Rimba Alvis
VICEMINISTRO DE DEPORTES

Dr. Rubén Colque Mollo
DIRECTOR GENERAL DE SERVICIOS DE SALUD

Dra. Carla Parada Barba
JEFA UNIDAD REDES DE SERVICIOS DE SALUD Y CALIDAD

Ministerio de Salud
y Deportes

Resolución Ministerial

17 DIC 2012 Nº 1878

VISTOS Y CONSIDERANDO:

Que el parágrafo I del artículo 35 de la Constitución Política del Estado, establece que el Estado, en todos sus niveles, protegerá el derecho a la salud, promoviendo políticas públicas orientadas a mejorar la calidad de vida, el bienestar colectivo y el acceso gratuito de la población a los servicios de salud;

Que el numeral 1 del parágrafo I del artículo 81 de la Ley Nº 031 de 19 de julio de 2010, *Marco de Autonomías y Descentralización, Andrés Ibáñez,* manifiesta que el nivel central del Estado tiene como una de sus competencias la elaboración de la política nacional de salud y las normas nacionales que regulen el funcionamiento de todos los sectores, ámbitos y prácticas relacionados con la salud;

Que el artículo 3 del Código de Salud, aprobado mediante Decreto Ley Nº 15629 de 18 de julio de 1978, señala que corresponde al Poder Ejecutivo (actual Órgano Ejecutivo) a través del Ministerio de Previsión Social y Salud Pública (actual Ministerio de Salud y Deportes), al que este Código denominará Autoridad de Salud, la definición de la política nacional de salud la normación, planificación, control y coordinación de todas las actividades en todo el territorio nacional, en instituciones públicas y privadas sin excepción alguna;

Que el inciso b) del artículo 90 del Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, *Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional,* establece que una de las atribuciones del Sr. Ministro de Salud y Deportes, es regular, planificar, controlar y conducir el Sistema Nacional de Salud, conformado por los sectores de seguridad social a corto plazo, público y privado con y sin fines de lucro y medicina tradicional;

Que la Comisión Técnica de Revisión de Publicaciones mediante Informe 054/2011, recomienda a la Instancia Proponente de la publicación de la publicación que debe atender las observaciones y sugerencias del informe adjunto y se pone en conocimiento de la Comisión de Autoridades;

Que mediante CITE: MSyD/VMSyP-1750/2012 de 15 de octubre de 2012, el Sr. Viceministro de Salud y Promoción, solicita al Sr. Ministro de Salud y Deportes la elaboración de Resolución para autorización de impresión publicación e implementación de documento normativo en el Sistema Nacional de Salud

Que mediante Hoja de Ruta URSSyC Nº 2922 de 12 de noviembre de 2012, el Despacho Ministerial instruye a la Dirección General de Asuntos Jurídicos, atender la solicitud;

Que el Ministerio de Salud y Deportes, ve conveniente armonizar, uniformar y universalizar el accionar del personal de enfermería, con el objetivo de prestar una atención adecuada a la población;

POR TANTO:

El señor Ministro de Salud y Deportes en uso de las atribuciones que le confiere el Decreto Supremo Nº 29894 de 07 de febrero de 2009, Estructura Organizativa del Órgano Ejecutivo del Estado Plurinacional;

RESUELVE:

ARTÍCULO PRIMERO.- Aprobar la implementación y aplicación del " NORMA DE PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA", para los tres niveles de atención.

ARTÍCULO SEGUNDO.- Autorizar a la Dirección General de Servicios de Salud, la impresión y difusión de la mencionada Norma, debiendo depositarse un ejemplar del documento impreso en Archivo central de este Ministerio.

Regístrese, hágase saber y archívese.

VºBº E.F.U. M.S.D.

DIRECCIÓN GRAL. DE ASUNTOS JURÍDICOS Abog. Chávez JEFE U.A.J. M.S.D.

Dr. Flores UAJ

Dr. Edwin A. Falón Uyuni
DIRECTOR GENERAL DE
ASUNTOS JURIDICOS
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

Dr. Martin Maturano Trigo
VICEMINISTRO DE SALUD
Y PROMOCIÓN
MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES

PRESENTACIÓN

Dentro las nuevas políticas establecidas por el Ministerio de Salud y Deportes esta la recuperación de su rol rector con el fin de lograr el establecimiento de un Sistema Único de Salud, Único dentro de marco normativo y general para todas las instituciones y establecimientos del sector público, privado para mejorar la calidad de atención en salud de las personas, en un contexto de cambio orientado al reordenamiento de las prioridades de salud

En este sentido la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad, a través del Área del Continuo de la Atención presenta contar con el documento actualizado Normas Nacionales de Procedimientos de Atención en Enfermería para los tres niveles de atención, que permitirá generar acciones del personal de enfermería con calidad y eficiencia a favor de población que requiera servicios de salud

La presentación de este documento normativo para los tres niveles de atención representa un esfuerzo conjunto del Área del Continuo de la Atención de la Unidad de Redes de Servicios de Salud y Calidad del Ministerio de Salud y Deportes, cumpliendo con la tarea fundamental de armonizar, uniformar, y universalizar el accionar del personal de enfermería, con el objetivo de prestar una atención adecuada a la población

Los contenidos de este documento normativo son eminentemente técnicos, que se presenta en forma ordenada y didáctica, estableciendo los pasos a seguir durante el desarrollo de sus funciones operativas. Además es de fácil aplicación y comprensión en el nivel de atención que le corresponde desempeñarse, para mejorar la salud de los bolivianos

Al presentar esta Norma Nacional de Procedimientos en Enfermería para los tres niveles de atención, el Ministerio de Salud y Deportes agradece a todas la personas que participaron en su elaboración , su experiencia y conocimientos, permitiendo contar con un documento normativo en beneficio de la población Boliviana



Dr. Juan Carlos Calvimontes Camargo
MINISTRO DE SALUD Y DEPORTES

INTRODUCCIÓN

En el marco de la nueva política de salud del Ministerio de Salud y Deportes en un contexto de cambio orientado al reordenamiento de las prioridades de salud ha elaborado la Norma Nacional de Procedimientos en enfermería para los tres niveles de atención como instrumento básico en el accionar de enfermería.

Enfermería en la búsqueda de equidad, eficiencia, eficacia y de calidad dentro el sistema integrado deberá impulsar la participación más activa en los programas, componentes, proyectos definidos en la nueva Política Nacional de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.

Esta Norma Nacional de Procedimientos en Enfermería elaborada para los tres niveles de atención en su contenido está dividida en dos partes, la primera parte está dirigida a los procedimientos generales de atención y la segunda parte dirigida a los procedimientos específicos o especialidades en enfermería.

Este documento normativo debe acogerse con gran amplitud en los tres niveles de atención como instrumento en la atención de enfermería, porque el modelo de atención requiere cumplir objetivos de prestación de servicios de salud con calidad, calidez respetando los valores culturales Interculturalidad y condiciones igualitarias de género.

Enfermería como integrante del equipo de salud multidisciplinario necesita contar con instrumentos normativos de trabajo para mejorar la calidad de atención

Por otra parte la enfermera cultiva principios, cualidades para el cumplimiento en el desempeño de sus funciones en los servicios de salud, principios y cualidades que aseguren las prestaciones con una visión integral como: Motivación, fe ,confianza bondad, respeto, imparcialidad, equidad , integralidad, honestidad, confiabilidad responsabilidad, cumplimiento, valor, persistencia, flexibilidad, creatividad ,imaginación, paciencia, serenidad, principios que constituyen guiar el accionar y fortalecimiento al rol normativo regulador orientador,modulador y evaluador en la prestación de servicios de enfermería en el país.

OBJETIVO GENERAL

Contar con una Norma Nacional de Procedimientos en Enfermería en los tres niveles de atención para los Servicios de Enfermería en el contexto de la integralidad de las acciones del sistema nacional de los establecimientos de salud del país con el fin de mejorar la práctica y fortalecer el desarrollo de su capacidad potencial de enfermería.

ÁMBITO DE APLICACIÓN

La aplicación de la Norma Nacional de Procedimientos en Enfermería se desarrollara en los tres niveles de atención de los establecimientos de salud del todo el país incluyendo sector público, seguridad social y privado.

FILOSOFÍA

Sin el Servicio de Enfermería es Difícil el Funcionamiento de una Institución de Salud.

ENFERMERÍA EN LA POLÍTICA DE LA SALUD FAMILIAR COMUNITARIA INTERCULTURAL (SAFCI)

La enfermería es una profesión científica y humanista, que tiene como rol vital el quehacer sanitario en el cuidado de las personas, familia y comunidad, asegurando la continuidad de la atención en salud en todo el curso de la vida, en términos de prevención y promoción, así como la participación en los nuevos modelos de atención integral de salud.

La enfermería en la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural, desarrolla y aplica de forma integral e intercultural la salud pública, los cuidados a la persona, familia y la comunidad en el marco del continuo de la atención en el curso de vida abarcando no sólo la enfermedad, sino las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, considerando su espiritualidad y cosmovisión y todo lo relacionado con el espacio socioeconómico, cultural y geográfico.

Al mismo tiempo la enfermería busca soluciones a causas de los problemas de salud y apoya al equipo de salud en la respuesta a los determinantes sociales de la salud tomando en cuenta los sentires, saberes y prácticas de la población para "VIVIR BIEN", ayudando a la satisfacción de las necesidades de las personas para que pueda adaptarse a las circunstancias de la vida en forma armoniosa y saludable.

La enfermería en la Política de Salud, Familiar, Comunitaria Intercultural, contribuye de manera especifica a que las personas, familias y comunidades adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de la promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

La enfermería dentro del ámbito de la salud publica, contribuye eficazmente a lograr las metas como parte de los equipos multidisciplinarios en la aplicación de la Política de Salud Familiar Comunitaria Intercultural.



Índice General

PRIMERA PARTE
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ATENCIÓN EN ENFERMERÍA

UNIDAD 1. PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

UNIDAD 2. PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO AL INGRESO, TRASLADO Y ALTA

UNIDAD 3. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA SOBRE HIGIENE Y CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

UNIDAD 4. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

UNIDAD 5. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA OXÍGENOTERAPIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

UNIDAD 6. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

UNIDAD 7. TERMORREGULACIÓN Y APOYO A PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

UNIDAD 8. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ACCIONES AFINES

UNIDAD 9. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA ELIMINACIÓN

UNIDAD 10. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO Y NEONATO

SEGUNDA PARTE
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA PARA LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES O PROBLEMAS ESPECIALES DE SALUD

UNIDAD 1. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS – URGENCIAS/EMERGENCIAS

UNIDAD 2. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE VIOLENCIA

UNIDAD 3. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

UNIDAD 4. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TUMORES.

UNIDAD 5. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

UNIDAD 6. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÓA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

UNIDAD 7. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

UNIDAD 8. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

UNIDAD 9. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

UNIDAD 10. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

UNIDAD 11. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, TEJIDO CONJUNTIVO Y OSTEOMUSCULAR

UNIDAD 12. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

UNIDAD 13. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AFECCIONES PERINATALES

UNIDAD 14. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO PARTO O PUERPERIO

UNIDAD 15 PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN

UNIDAD 16. PROCEDIMIENTO DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA

Primera Parte

Procedimientos generales de atención en enfermería



Indice

UNIDAD 1.
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA
PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

UNIDAD 2.
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA
DE ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO AL INGRESO, TRASLADO Y ALTA.

UNIDAD 3.
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA
EN LA HIGIENE Y CUIDADO DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

UNIDAD 4.
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA
EN LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

UNIDAD 5.
PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA
EN LA OXÍGENOTERAPIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

UNIDAD 6.
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA
EN LA MOVILIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE

UNIDAD 7.
GENERALES DE ENFERMERÍA
EN LA TERMORREGULACIÓN Y APOYO A PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

UNIDAD 8.
GENERALES DE ENFERMERÍA
EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ACCIONES AFINES

UNIDAD 9.
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA
EN LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN

UNIDAD 10.
PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA
EN LA ATENCIÓN DEL RECIEN NACIDO.

UNIDAD 1

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

Índice

1. LAVADO DE MANOS 17

2. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DEL PULSO ARTERIAL 18

3. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA 19

4. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DE LA TEMPERATURA CORPORAL 20

5. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL PERIFÉRICA 21

6. COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE 22

7. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE INDIVIDUAL 23

8. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE BUCAL 24

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. LAVADO DE MANOS	I – II - III

DEFINICIÓN

El lavado de mano es el procedimiento mas importante y de menor costo para eliminar microorganismos patógenos de la piel, evitando la propagación de agentes infecciosos y garantizar la limpieza completa de las manos.

CLASIFICACIÓN

COMÚN	QUIRÚRGICO
Procedimiento mediante acción mecánica con agua y jabón, se minimiza el número de microorganismos transitorios de la piel.	Procedimiento que permite reducir la flora microbiana transitoria y en particular la residente, mediante la acción mecánica y el efecto de un agente antiséptico.

MATERIALES E INSUMOS

• Jabón liquido • Agua • Cepillo con cerda suave • Toallas desechables	• Agua • Jabón líquido • Desinfectante yodopovidona) • Toallas estériles

PROCEDIMIENTO

• Retiro de reloj, anillos y joyas. • Posición cómoda frente al lavabo. • Mantenimiento de manos y uniforme lejos del lavabo • Mojado completo de manos, muñecas y antebrazos. • Presión del botón del dispensador de jabón. • Frotado vigoroso hasta obtener abundante espuma. • Frotado de palmas, palma derecha sobre dorso izquierdo, palma izquierda sobre dorso derecho mediante entrelazado de los dedos palma a palma, frote rotativo de pulgares, frote rotativo de palmas. • Enjuague con abundante agua. • Secado de las manos desde los dedos hasta el antebrazo con toalla descartable. • El proceso del lavado de manos debe durar de 10 a 15 segundos.	• Retiro de reloj, anillos y joyas. • Regulado del agua a temperatura agradable, en el lavamanos con grifo de palanca. • Colocado de manos a una altura superior a los codos mojándolas totalmente. • Aplicación de solución antiséptica (yodo povidona, gluconato de clorhexidina o solución jabonosa.) lavándose desde la punta de los dedos hasta el codo formando bastante espuma, friccionando rigurosamente dando énfasis en los interdigitales y uñas, por el lapso de tres minutos. • Enjuagado de cada brazo por separado. • Secado desde la punta de los dedos hacia el codo con toalla estéril, luego desecharla. • Repetición del procedimiento si las manos tocan algún objeto contaminado.
	

RECOMENDACIONES

• Es preciso mantener las uñas de las manos cortas, limpias y sin esmalte. • Lavado de las manos antes y después de entrar en contacto con cada paciente • Después de tocar material orgánico • Antes de iniciar procedimientos invasivos como inyecciones, cateterización y aspiraciones. • Después de manipular material contaminado	Este procedimiento debe realizarse en especial cuando se someterá al paciente a procedimientos invasivos o -especialmente susceptibles a las infecciones, recomendado en las áreas criticas (Quirófanos, Unidades de Terapia Intensiva; Neonatología, servicio de quemados, etc.).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DEL PULSO ARTERIAL	I – II - III

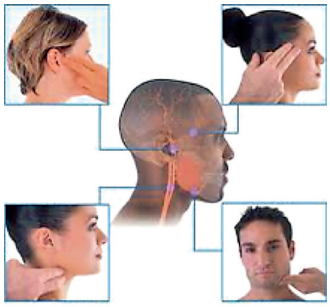
DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la medición de la frecuencia cardíaca que hace latir el pulso de una arteria periférica (generalmente radial), sus variaciones dependen de la enfermedad del paciente, tomando en cuenta que el pulso normal varía según la edad, sexo, estado emocional, actividad previa y uso de algunos medicamentos.

CIFRAS NORMALES DEL PUSO	ALTERACIONES:
Niños de meses: 130 a 140 pulsaciones por minuto. Niños: 80 a 100 pulsaciones por minuto Adultos: 72 a 80 pulsaciones por minuto. Ancianos: 60 o menos pulsaciones por minuto	Taquicardia.- frecuencia rápida (100 x min.) Bradicardia.- frecuencia lenta (menos de 60 x min.). Arritmia o disritmia: ritmos alterados o irregulares. Amplitud.- pulso lleno: sensación de plenitud y se oblitera Pulso débil filiforme. Se oblitera fácilmente con la presión de los dedos.

SITIOS DONDE SE PUEDE TOMAR EL PULSO

- En la sien (temporal)
- En el cuello (carotideo)



- Parte intermedia del brazo (humeral)



- En la muñeca (radial)

Parte interna del pliegue del codo (cubital)



En la ingle (femoral)



En el dorso del pie (pedio)



En la tetilla izquierda de bebes (pulso apical)



EQUIPOS Y MATERIALES

- Reloj con segundero.
- Bolígrafo según turno
- Hoja de registro

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Colocar al paciente en decúbito dorsal o semifowler
- Seleccionar la arteria en que tomar el pulso.
- Presionar la arteria ligeramente con la punta de los dedos, índice, medio, y anular
- Contar el número de latidos durante un minuto.
- Identificar frecuencia, ritmo, amplitud y tensión del pulso.
- Hacer las anotaciones correspondientes en la hoja de registro
- Dejar cómodo al paciente.

RECOMENDACIONES

- No tomar el pulso cuando el paciente haya estado en actividad o con alteraciones emocionales.
- Evitar colocar el dedo pulgar porque tiene latidos propios.
- No contar con fracciones de segundo para multiplicarlo
- Verificar que la región o miembro en que se va a tomar el pulso, este en posición de descanso y sobre una superficie resistente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DE FRECUENCIA RESPIRATORIA	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería que consiste en contar la frecuencia respiratoria en un minuto. Si es regular se contará durante 15 segundos y se multiplicará por cuatro para el cálculo en un minuto. Si es irregular se contará durante un minuto.

VALORES NORMALES DE LA RESPIRACIÓN	ALTERACIONES:
Recién nacido: 40 a 60 x minuto Preescolar: 30 a 35 x minuto Escolar: 25 x minuto Adulto: 16 a 20 x minuto Vejez: 14 a 16 x minuto.	Apneas.: Breve periodo durante el cual cesa la respiración. Bradipnea: lentitud anormal de la respiración. Cheyne stokes: Respiración rápida y profunda seguida por apnea. Eupnea: Respiración con frecuencia y ritmos anormales. Hipernea: Aumento anormal de la profundidad y frecuencia de los movimientos respiratorios. Kussmaul: Respiraciones rápidas profundas y sin pausas. Ortopnea: Incapacidad de respirar cuando se esta en posición horizontal. Polipnea o taquipnea: Aumento de la frecuencia respiratoria.

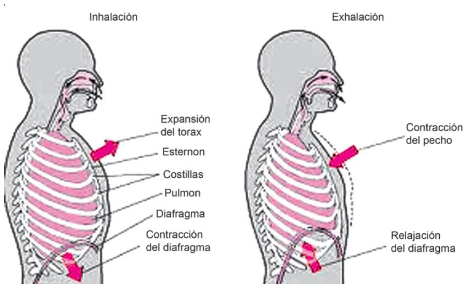
EQUIPOS Y MATERIALES

- Reloj segundero.
- Hoja de registro.
- Bolígrafo según el turno.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Colocar el antebrazo del paciente sobre su tórax. Sostener con los dedos la muñeca del paciente como si estuviera valorando pulso Contar las respiraciones por un minuto iniciando la cuenta cuando se eleve el tórax.
- Observa la amplitud, ritmo, y profundidad de la respiración así como la coloración de la piel, uñas, dolor o sonido que presente el paciente.
- Anotar el resultado en la hoja correspondiente con el bolígrafo del turno correspondiente.
- Dejar cómodo al paciente.



RECOMENDACIONES

- No se debe informar al paciente respecto al procedimiento para evitar alteraciones en la respiración.
- Comunicar de inmediato al médico cualquier anormalidad.
- No medir la frecuencia respiratoria si el paciente ha realizado esfuerzo o ejercicio físico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DE LA TEMPERATURA CORPORAL.	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la toma de la temperatura corporal, medida en la cavidad bucal o rectal o en región axilar o inguinal, mediante un termómetro. La temperatura es variable según la edad, el clima, el ejercicio, el embarazo, ciclo menstrual, estado emocional o enfermedad. Es el equilibrio entre la termogénesis (producción de calor) y la termólisis (pérdida del calor).

VALORES NORMALES DE LA TEMPERATURA AXILAR:	ALTERACIONES DE LA TEMPERATURA CORPORAL
• RN: 36.6º c_ 37.8º c • Lactantes : 36.5º c _ 37º c • Preescolar y escolar : 36º _ 37º c • Adolescentes : 36º - 37º c • Edad adulta : 36.5º c • Vejez : 36º c	• Pirexia, hipertermia o fiebre: la temperatura por encima de los valores normales. • Hiperexia o hipertermia : 41º c • Febril: tiene fiebre 38º c • Afebril : no tiene fiebre (37º c)| • Hipotermia : 35.5º c • Febrícula: 37.5º

MATERIALES

Bandeja con 4 frascos con torundas: • Solución antiséptica. • Jabón liquido • Solución fisiológica. • Secas.	Termómetros clínicos o rectales digital o de mercurio • Lubricantes • Bolígrafo de acuerdo a su turno • Hoja de registro.

PROCEDIMIENTO

Temperatura bucal:	Temperatura axilar:	Temperatura rectal:
		

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos y preparación del equipo.
2. Traslado del equipo a la unidad del paciente
3. Retiro del termómetro de la solución antiséptica, limpieza con las torundas con solución antiséptica de arriba hacia abajo, secarlo con una torunda con movimientos rotatorios iniciando por el bulbo.
4. Verificación que la columna de mercurio marque 35º c
5. Colocación del paciente en decúbito dorsal fower o semifowler:
   - Si se toma la temperatura bucal se le inserta el bulbo del mismo debajo de la lengua juntando los labios para sostenerlo durante tres minutos.
   - Si se toma la temperatura axilar, se coloca el bulbo del termómetro en la parte más alta de la axila y se le pide que oprima el mismo con el brazo. Se lee a los 3-5 min
   - Si se toma la temperatura rectal se lubrica el bulbo del termómetro, se le coloca al paciente (pediátrico) en posición de Sims, introduciendo dentro del recto 2,5 cm aproximadamente durante 3 min (no recomendable por la contaminación)
6. Pasado el tiempo indicado se retira el termómetro y se lee la altura de la columna del mercurio.
7. Colocación del paciente en posición cómoda en su unidad.
8. Se sacude suavemente para bajar la columna de mercurio.
9. Registro de los resultados de la medición con el bolígrafo del turno correspondiente
10. Lavado los termómetros con agua corriente.
14. Colocación de los termómetros en solución antiséptica

RECOMENDACIONES

- Para medir la temperatura oral, el paciente no debe fumar, comer o beber líquidos calientes o fríos 15 min. Antes de efectuar el procedimiento
- Evitar medir la temperatura oral en niños, pacientes inconscientes o en caso de disnea, tos, hipo, vomito, o con lesiones en la boca
- No recomendable la temperatura rectal por el riesgo de contagio y contaminación del termómetro a otros pacientes
- Avisar de inmediato al médico de las alteraciones en la temperatura corporal Las soluciones utilizadas en el equipo de termometría deben reemplazarse cada 24 hrs.
- Al realizar el lavado de los termómetros, hacerlo con agua corriente fría.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. CONTROL DE SIGNOS VITALES: CONTROL DE PRESION ARTERIAL	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la medición de la presión arterial sistémica máxima (sistólica) y mínima (diastólica) con tensiómetro manual o digital consistente en la presión ejercida por el mango del equipo hasta comprimir la arteria, cuando aparece el primer latido al descomprimir se registra la presión sistólica y cuando desaparece el latido, se registra la presión diastólica.



SITIOS PARA TOMAR LA PRESIÓN

Arteria humeral o braquial (en el pliegue del codo)
Arteria femoral
Arteria tibia
Arteria poplítea

FACTORES QUE AFECTAN A LA TENSIÓN ARTERIAL.

Edad y sexo: las presiones arteriales son mayores, en varones jóvenes que en mujeres, pero a partir de los 50 años, estas tienden a presentar presiones arteriales superiores.
Herencia: la prevalencia de hipertensión es superior entre los familiares de hipertensos .

Factores dietéticos: señalan la relación que existe entre sobre peso y presión arterial.
Factores controlables:
- Obesidad. –Consumo de sal. –Alcohol.
- Falta de ejercicio. -Estrés

Factores no controlables
- Raza. –Herencia. –Edad.

ALTERACIONES DE LA PRESION ARTERIAL

Hipertensión:
Aumento de la presión vascular sanguínea es la tensión arterial anormal alta por encima de 139/89 (dependiendo de la edad)

Hipotensión:
Presión baja, por debajo de los valores habituales, se produce por hemorragias, deshidratación, hipoglucemia, hipotiroidismo, entre otros. Las embarazadas tienen baja presión fisiológica.

EQUIPO Y MATERIALES

- Estetoscopio
- Esfigmomanómetro aneroide, de mercurio o digital.
- Hoja de registro y bolígrafo según el turno en que se encuentre.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Indicación al paciente que descanse, ya sea acostado o sentado. Colocación del brazo apoyado en su cama o mesa en posición supina.
- Colocación del esfigmomanómetro en una mesa cercana.
- Colocación del brazalete alrededor del brazo con el borde inferior 2.5 cm. por encima de la articulación del brazo, a una altura que corresponda a la del corazón, evitando presión del brazo.
- Colocación del estetoscopio en posición de uso, en los conductos auditivos externos con las olivas hacia delante.
- Con las puntas de los dedos medio índice, localizar la pulsación mas fuerte, colocando el estetoscopio en este lugar, procurando que éste no quede por abajo del brazalete, pero sí, que toque la piel sin presionar. Sostener la perilla de caucho con la mano contraria y cerrar la válvula del tornillo.
- Mantenimiento del estetoscopio sobre la arteria, realización de la acción de bombeo con la perilla, e insuflar rápidamente el brazalete hasta que el mercurio se eleve 200 mm. Hg. por arriba del nivel en que la pulsación de la arteria ya no se escuche.
- Aflojamiento cuidadoso del tornillo de la perilla dejando que el aire escape lentamente. Escuchar con atención el primer latido claro y rítmico. Observación del nivel de la escala de mercurio y hacer la lectura. Esta cifra es la presión sistólica.
- Continuación del aflojado del tornillo de la perilla para que el aire siga escapando lentamente y mantener la vista fija en la columna de mercurio, escuchando el sonido agudo que cambia por un golpe fuerte y amortiguado. Este último sonido claro es la presión diastólica. Apertura completa de la válvula, dejando escapar todo el aire del brazalete y retirarlo.
- Repetición del procedimiento para confirmar los valores obtenidos o bien para aclarar dudas.
- Anotaciones correspondientes en la hoja de registro.

RECOMENDACIONES

- Si el latido no es audible se palpará la arteria braquial o radial y se infla el manguito hasta que desaparezca el pulso. A continuación se comienza a desinflar el brazalete y consideraremos la aparición del primer latido como T. Sistólica. Con esta técnica no se puede medir la diastólica. Utilizar el ancho y largo del manguito acorde al diámetro del brazo del paciente.
- Si el enfermo tiene problemas en miembros superiores, se puede realizar esta técnica en miembros inferiores colocando el estetoscopio en el hueco poplíteo. Si los valores están alterados, actuar según prescripción y/o comunicar al médico de guardia.
- Se recomienda la toma de la presión arterial en posición sentada con el brazo a la altura del corazón.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. COMUNICACIÓN CON EL PACIENTE	I- II - III

DEFINICIÓN

Es un procedimiento dinámico entre el paciente y/o familiares que mediante un lenguaje informativo de intercambio permite establecer la comprensión del estado y condiciones en el establecimiento.

CLASIFICACION

Comunicación no verbal	Comunicación verbal
Proceso dinámico entre paciente y/o familiares, que mediante actitudes y conducta establece una comunicación asertiva de empatía.	Proceso mediante el cual el personal de enfermería transmite la información al paciente o familiares sobre el estado del paciente, los procedimientos a realizar basándose en la comunicación verbal.

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Equipo de uso habitual de enfermería.	• Uniforme habitual de enfermería • Expediente Clínico • Bolígrafo.

PROCEDIMIENTO

1. Observación del lenguaje y capacidad de comunicación del paciente o familiares.
2. Observación de la comunicación no verbal del paciente: expresión facial, corporal, tono de voz, ansiedad, estado violento, tensión, contacto físico.
3. Verificación de limitaciones como hipoacusia, disminución de la agudeza visual.
4. Adopción de actitud relajada, amable y de escucha activa para lograr una comunicación asertiva y empática.
5. Utilización de frases cortas, concretas, en lenguaje sencillo, en el idioma materno del paciente.
6. Información, consejo y orientación sobre procedimientos y exploraciones, verificando la comprensión de los mismos.
7. Preservación de la intimidad e individualidad del paciente.

RECOMENDACIONES

- Para obtener una buena comunicación con el paciente es importante la valoración del estado general del paciente y sus condiciones.
- En lo posible evitar juicios de valor (menosprecio, generalizaciones, sarcasmo, ironía)

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE INDIVIDUAL	I

DEFINICIÓN

Son los procedimientos de consejería de enfermería para el cuidado personal en relación a la higiene del cuerpo, en especial de la piel, el cabello, las manos para preservar la salud y prevenir las infecciones

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Equipo de comunicación-educación de enfermería	• Uniforme habitual de enfermera • Materiales de higiene como toalla, jaboncillo, agua, cortaúñas, lima para uñas, champú, enjuague. • Bolígrafo, marcadores, papelógrafo, banner, entre otros.

PROCEDIMIENTO

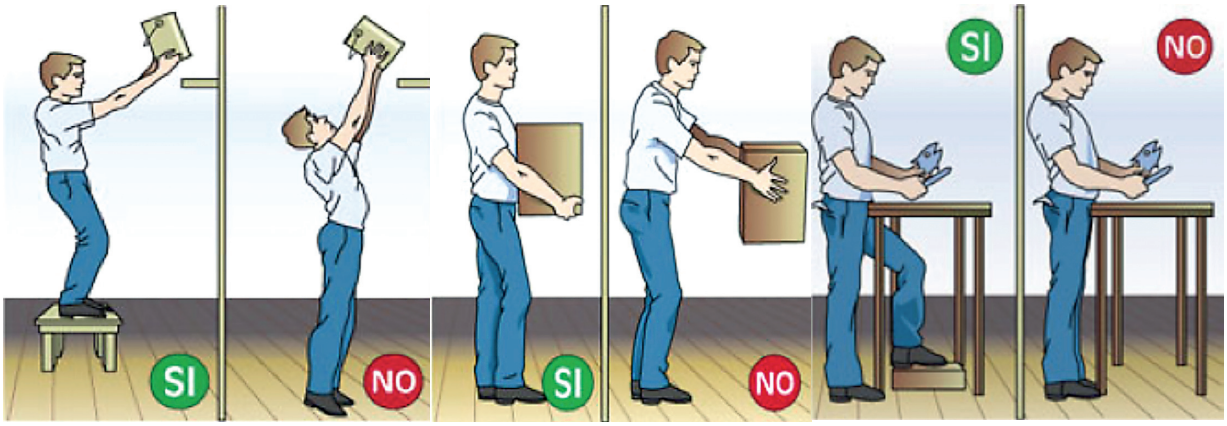
Consejería sobre higiene corporal

1. La piel es la principal barrera entre el medio interno corporal y el exterior, secreta diferentes sustancias para el mantenimiento de la piel y el equilibrio interno como sudor, sustancias sebáceas.
2. Para que estas sustancias no se acumulen produciendo olores desagradables por la putrefacción o el crecimiento de microbios u hongos, es necesario el uso de la ducha diaria en lugares cálidos poniendo especial atención en los pliegues, donde se queda la humedad.
3. El cabello debe lavarse una o dos veces por semana con champú, el uso de peine debe ser personal y se debe desinfectar para prevenir la contaminación con parásitos, piojos o similares.
4. Las manos son nuestro principal instrumento de trabajo y también los transmisores de microbios y de gérmenes Es necesario el aseo especial de manos y pies, el cortado de uñas en forma periódica, en forma circular de las manos y rectas la de los pies. Para evitar la acumulación de suciedad y microbios en espacios subungueales. El lavado de manos se debe realizar antes de la ingestión de alimentos, después de ir al baño, o cuando se manipulan alimentos, secado con toalla limpia, de preferencia desechable o cambiando diariamente con limpias. El lavado de los pies debe ser diario con secado especial entre los espacios interdigitales.
5. La higiene de los ojos consiste en la protección de agentes físicos, químicos, mediante gafas protectoras, uso de lentes adecuados para adecuar la agudeza visual a las necesidades, así como el uso de colirios desinfectantes o lágrimas artificiales, así como el uso de pañuelos o gasas de limpieza de los ojos deben ser personales por la gran contagiosidad.
6. La higiene del oído consiste en la limpieza del conducto auditivo externo, sin introducción de palillos u objetos punzantes para prevenir heridas o laceraciones. Protección contra ruidos dañinos mediante el uso de tapones especiales.
7. Higiene del uso de ropa adecuada a la estación, así como calzados previniendo el exceso de humedad y el roce con la piel que puede condicionar la formación de callos, olores fuertes o infecciones micóticas en pliegues especialmente.

Higiene sexual y postural

1. Se debe evitar el contacto sexual sin protección con personas de riesgo de ser portador de infecciones de transmisión sexual o personas con higiene deficiente.
2. Se debe usar el condón ante cualquier relación con personas poco conocidas.
3. Ante cualquier síntoma sospechosa, ya sea flujo, úlceras, costras o prurito debe buscar apoyo profesional y evitar todo contacto sexual hasta la completa resolución del síndrome.
4. Para la higiene postural se recomienda para evitar posiciones viciosas o levantar pesos que puedan causar lumbalgia, ciática, lumbago, incluso hernia de disco: la columna se mantendrá recta, flexionando las piernas, y hacer el mayor esfuerzo con éstas, evitar girar la columna al levantar un peso.
5. Dormir en cama dura para prevenir lumbalgia y almohada baja.
6. Evitar llevar o levantar pesos excesivos.
7. No quedarse de pie mucho tiempo, realizar contracciones de músculos glúteos y abdominales, apoyarse en la pared o dar algunos pasos.
8. En lo posible utilizar sillas giratorias con respaldo graduables.
9. Practicar la natación en lo posible, tomar baños de sol, o aplicación de calor seco durante 1-2 veces al día durante 15-20 minutos o aplicación de rayos infrarrojos.
10. También es conveniente la aplicación de duchas entre templado y calientes durante 15 minutos y posterior reposo, con masajes con duchas de agua caliente durante 2-3 minutos.





RECOMENDACIONES

Los procedimientos de enfermería consisten en realizar consejerías y demostraciones para mantener la higiene corporal sí como evitar vicios posturales que afectan diferentes partes del cuerpo.

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA PACIENTES AMBULATORIOS Y HOSPITALIZADOS

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE BUCAL	I

DEFINICIÓN

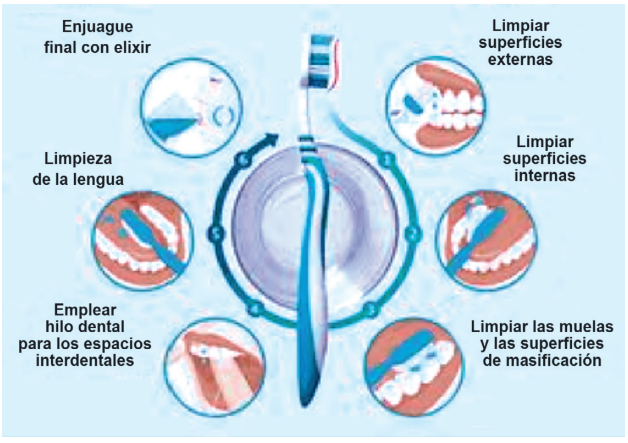
Es el aseo de la cavidad bucal, dientes, encías y lengua, que se realiza diariamente, junto con el aseo matinal, antes de dormir o bien después de cada comida con el objetivo de evitar la acumulación de sarro, eliminación de restos de comida, mantenimiento de las mucosas húmedas y lubricadas, previniendo las infecciones y evitando el mal aliento y/o el mal sabor de la boca.

MATERIALES E INSUMOS

- Cepillo dental.
- Pasta dental.
- Papel higiénico
- Toalla.
- Solución antiséptica o enjuague bucal si se requiere.

PROCEDIMIENTO

1. El aseo de la cavidad bucal es imprescindible para mantener una dentadura adecuada para la masticación, para favorecer la digestión apropiada.
2. Para el aseo es importante el uso del cepillo personal, con dentífrico para la eliminación de residuos de alimentos, así como la placa bacteriana que se encuentra alrededor de los dientes y encías.
3. Se recomienda el cambio del cepillo cada tres meses para que su función de limpieza sea óptima.
4. Se deben utilizar enjuagues antisépticos en caso de orificios cariados con acumulación de bacterias o alimentos que pueden favorecer el deterioro de los dientes.
5. En caso de placas dentales parciales o totales, éstos deben limpiarse adecuadamente en cada cepillado de dientes, que debe ser después de cada comida y evitar el mal olor o la acumulación de restos de alimentos o bebidas que se encuentren adheridas en los mismos.



RECOMENDACIONES

Si el paciente lleva prótesis, retirar y limpiar, manteniéndola en un recipiente con agua fría hasta su próxima utilización..
Se recomienda el uso de láminas gráficas para explicar la forma del cepillado de los dientes.

UNIDAD 2

PROCEDIMIENTOS DE ATENCIÓN AL PACIENTE HOSPITALIZADO AL INGRESO, TRASLADO Y ALTA

Índice

1. ADMISIÓN DEL PACIENTE 27

2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO 28

3. RECEPCIÓN DEL PACIENTE DESPUÉS DE LA CIRUGÍA 29

4. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD 30

5. TRASLADO DEL PACIENTE A EXÁMENES COMPLEMENTARIOS O A INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS 31

6. ALTA MÉDICA HOSPITALARIA 32

7. ALTA MÉDICA SOLICITADA 33

8. CUIDADOS POST MORTEM 34

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. ADMISIÓN DEL PACIENTE	I – II - III

DEFINICIÓN

Son los procedimientos para la presentación de la enfermera al paciente y/o familia en el momento del ingreso al área hospitalaria, con el objetivo de lograr la adaptación del paciente y/o familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible, con un trato personalizado y humano, ofreciendo la información que precise.

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Cama cerrada. • Habitación y armarios limpios. • Mesa de noche • Mesita auxiliar, sillón, silla, luz y timbre en perfectas condiciones. • Iluminación adecuada • Equipo de control de signos vitales	• Expediente Clínico • Libro de registros de la unidad. • Chata o pato • Palangana. • Ropa: pijama o camisón, toalla. • Trípticos informativos sobre la admisión y normas del hospital. • Rotafolio de información

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Acompañamiento y acomodación del paciente y familia en la habitación, confirmando identidad.
- Presentación ante el paciente y /o familia.
- Control del peso y talla del paciente y su registro
- Explicación de los derechos y obligaciones que tiene el paciente internado en el servicio.
- Control de signos vitales y su registro.
- Valoración de las necesidades básicas del paciente, obteniendo información sobre antecedentes fisiopatológicos, hábitos, costumbres y alergias.
- Explicación de las rutinas del servicio, su organización y el personal que lo atenderá en los diferentes turnos.
- Entrega del boletín informativo de la unidad, aclarando posibles dudas tanto al paciente como a la familia.
- Muestra del medio físico al paciente y enseñarle su correcta utilización.
- Proporción del material necesario, aseo personal y pijama o camisón.
- Confección de la historia del paciente según protocolo de la unidad, colocando la identificación correcta en cada hoja de la historia clínica.
- Resolución de las dudas del paciente y proporcionarle comodidad.



RECOMENDACIONES

- El contenido de la información (normativa institucional), debe estar coordinado entre los profesionales del equipo de salud para evitar contradicciones en el proceso informativo.
- En las ocasiones que se requiera se identificará al paciente con una pulsera colocada en la muñeca. (Ej.: neonatos, lactantes, niños).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. VALORACIÓN DE ENFERMERÍA AL INGRESO	I – II - III

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades de enfermería que se ejecutan cuando el paciente ingresa al servicio o unidades de atención de alta complejidad.

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Hoja de Valoración Inicial de Enfermería. • Formulario de petición de dietas a Nutrición.	• formulario de petición de medicación para Farmacia. • Registros de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de las manos
2. Preparado del material y llevar a la unidad del paciente
3. Saludo al paciente y presentación correcta dando a conocer su nombre.
4. Explicación sobre el objetivo del procedimiento al paciente.
5. Dirigirse al paciente con nombre y apellido
6. Realización de la entrevista preservando la intimidad del paciente, creando un clima de calidez y aceptación.
7. Realización de la valoración inicial de Enfermería de la cabeza a los pies
8. Llenado del registro completo antes de las primeras 24 horas.
9. Planificación de los cuidados de enfermería y la medicación prescrita.
10. Información a nutrición para su dieta correspondiente.
11. Anotación en registros de enfermería

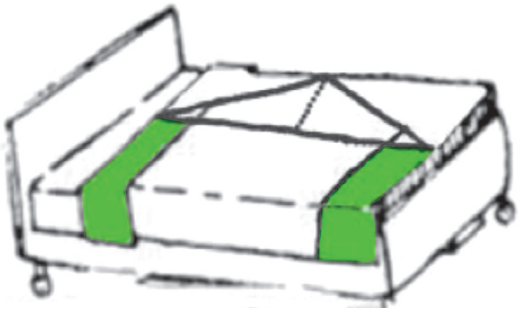
RECOMENDACIONES

- Empleo de conductas no verbales apropiadas.
- Utilización de terminología que el paciente comprenda.
- Evitado de interrumpir al paciente cuando esté hablando.
- Mantenimiento de una actitud de tranquilidad, sin prisas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. RECEPCIÓN DEL PACIENTE DESPUES DE LA CIRUGIA	**II - III**

DEFINICIÓN

Es la recepción del paciente después de una intervención quirúrgica tomando todas las precauciones del caso para evitar complicaciones postoperatorias

EQUIPO	MATERIALES
• Equipo de oxigeno terapia. • Equipo de suero terapia. • Equipo de aspiración si precisa. • Equipo de control de signos vitales.	• Bandeja con material de control de signos vitales. • Soporte de drenajes si precisa. • Guantes descartables. • Expediente clínico.
	

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Recepción del paciente.
3. Verificación de los datos de identificación del paciente.
4. Acompañamiento al paciente a su pieza e instalarle de acuerdo a procedimientos.
5. Respeto a su individualidad y privacidad.
6. Solicitud a familiares sobre la espera fuera de la unidad mientras se instale al paciente.
7. Verificación de la correcta disposición de los drenajes, sondas, sueros y otros dispositivos terapéuticos.
8. Realización de la valoración pertinente de enfermería (P.A.E.) Proceso de Atención de Enfermería.
9. Control de los signos vitales de acuerdo a indicación médica.
10. Control de diuresis.
11. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería el débito de los drenajes con hora, fecha y firma.
12. Verificación del expediente clínico, actualización del Kardex de Enfermería y realización de las tarjetas de tratamiento.
13. Cumplimiento del tratamiento indicado en forma escrita por el médico tratante.
14. Control del ingreso racional de las visitas en la unidad del paciente.
15. Coordinación con la unidad de nutrición y dietética sobre la indicación médica.
16. Coordinación con el servicio de farmacia o familiares para la dispensación de medicamentos para el paciente.
17. Realización del registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

• No administrar ningún medicamento sin prescripción médica escrita.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD	I – II - III

DEFINICIÓN

Conjunto de actividades de enfermería, que se ejecutan cuando el paciente necesita ser trasladado a otra unidad por especialidad, por necesidad de cuidados de alta complejidad o por mejoría, para hacerlo en las mejores condiciones de comodidad, evitando complicaciones potenciales

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Material de oxigenoterapia si precisa • Material de sueroterapia, si precisa. • Carro de ropa sucia. • Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora o cama según estado del paciente.	• Bolsa para residuos. • Tarjetas de medicamentos • Sueros y medicamentos Material de cama cerrada • Enseres del paciente. • Libro de registro de la unidad.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

EN SILLA DE RUEDA



- Coordinación del traslado del paciente con la enfermera del servicio, dejando claro el estado de paciente las necesidades para su recepción (oxígeno, aspiraciones y otros) y la hora de traslado.
- Comunicación al paciente y familiares el traslado y causas del mismo con suficiente antelación.
- Explicación al paciente sobre el traslado y sus causas
- Recopilación de expediente clínico, kardex y anotar en registro de enfermería las pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados.
- Comprobación del buen estado de higiene del paciente y cama.
- Revisión del estado de la silla de ruedas, acercándolo a la unidad del paciente y fijando la silla para su traslado.
- Colocación del paciente en la silla de ruedas, teniendo en cuenta el buen estado de drenajes, sondas, sueros etc.
- Traslado del paciente con cuidado acompañado de sus familiares y pertenencias.
- Entrega a la enfermera la Historia Clínica en la Unidad receptora y el paciente explicando todo los antecedentes del paciente, su estado, procedimientos realizados, medicamentos administrados y actividades pendientes.
- Completado del informe administrativo de la unidad de procedencia.
- Verificar la devolución de los medios utilizados para el traslado del paciente.
- Recojo y limpieza de la unidad o habitación.
- Realización del procedimiento de cama cerrada.
- Comunicación al Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

EN CAMILLA





- Coordinación del traslado del paciente con la enfermera del servicio, dejando claro el estado de paciente sus requerimientos para su recepción (oxigeno, aspiraciones y otros) y la hora de traslado.
- Comunicación al paciente y familiares el traslado y causas del mismo con suficiente antelación.
- Explicación al paciente el traslado y sus causas
- Recopilación del expediente clínico, kardex y anotar en el registro de enfermería las pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados.
- Comprobación del buen estado de higiene del paciente y cama.
- Revisión del estado de la camilla, acercándolo a la unidad del paciente.
- Si el paciente puede movilizarse solo, ayudarlo para trasladarse a la camilla. Si no puede movilizarse, solicitar ayuda a tres personas mas para realización del traslado correcto de la cama a la camilla, teniendo en cuenta el buen estado de drenajes, sondas, sueros, etc.
- Entrega a la enfermera la Historia Clínica en la Unidad receptora y el paciente explicando todo los antecedentes del paciente, su estado, procedimientos realizados, medicamentos administrados y actividades pendientes.
- Completado del informe administrativo de la unidad de procedencia.
- Verificación de la devolución de los medios utilizados para el traslado del paciente.
- Recojo y limpiar la unidad o habitación.
- Realización del procedimiento de cama cerrada.
- Comunicación al Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

RECOMENDACIONES

- En caso que el paciente está en estado critico, debe ser acompañado pon el médico responsable y todo el equipo de salud.
- El camillero trasladará al paciente acompañado por el personal de Enfermería, según prescripción facultativa
- Traslado al paciente con cuidado acompañado de sus familiares y pertenencias.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. TRASLADO DEL PACIENTE A EXÁMENES COMPLEMENTARIOS O INTERVENCIONES QUIRURGICAS	**II - III**

DEFINICIÓN

Conjunto de procedimientos de enfermería, que se ejecutan cuando el paciente necesita ser trasladado a otra unidad para estudios complementarios o intervención quirúrgica en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Equipo de oxigenoterapia, si precisa. • Equipo de sueroterapia si precisa. • Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora o cama según el paciente.	• Autorización para la prueba solicitada. • Historia clínica completa. • Impreso de petición de ambulancia, si precisa. • Impreso de solicitud de la prueba. • Material de oxigenoterapia si precisa. • Material de sueroterapia si precisa

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Verificación de los datos de identificación del paciente en los de la prueba solicitada.
2. Información al paciente y/o familia.
3. Comprobación de la autorización firmada para la prueba.
4. Solicitud impreso de ambulancia, si precisa.
5. Comprobación de higiene del paciente y cobertor.
6. Preparado del paciente para su traslado.
7. Revisado de sueros, colocándolos sobre un soporte para garantizar el ritmo de perfusión.
8. Observación de la correcta posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si fuera necesario.
9. Documentación precisa según protocolo de la prueba.
10. Medicamentos y equipos necesarios para la prueba.
11. El camillero trasladará al paciente acompañado del personal de Enfermería, según prescripción facultativa.
12. El personal del Servicio o Unidad de recepción asumirá la responsabilidad de los cuidados del paciente durante la realización de la prueba.
13. Registro sobre los cuidados realizados durante la misma.
14. Comprobación de las condiciones de higiene, posición de catéteres, drenajes, etc., después de concluido el procedimiento, verificando el estado del paciente de vuelta del paciente a la unidad.
15. Verificación de la comodidad del paciente en su unidad.

RECOMENDACIONES

- Coordinar con anticipación con la unidad exámenes complementarios sobre algunas indicaciones para el estudio y que los mismos se cumpla.
- Verificar drenajes, sondas y otros antes de traslado al paciente a otra unidad y colocar el suero en un trípode que garantice el ritmo de perfusión, si tuviera.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. ALTA MÉDICA HOSPITALARIA	I - II - III

DEFINICIÓN

Procedimientos de la atención de enfermería que se realiza para retornar al paciente a su medio habitual, procurando la continuidad de los cuidados ambulatorios, asegurando el cumplimiento de las indicaciones de cuidado post hospitalarios.

EQUIPO	MATERIALES
• Equipo de curación, si precisa el paciente • Carro de ropa sucia. • Silla de ruedas, o camilla según precise. • Equipo para Cama cerrada	• Autorización medica para la alta del paciente. • Historia clínica completa. • Formulario de Alta Hospitalaria. • Formulario de PARTE DE ALTA • Material para cama cerrada. • Formulario registro de enfermería. • Formulario de registro de la unidad.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Verificación del alta en las indicaciones médicas, firmada por el profesional titular.
2. Información al paciente y familia del alta con suficiente antelación.
3. Verificación de la existencia de la epicrisis del médico para su alta hospitalaria
4. Entrega del alta y descargos de días de hospitalización al paciente para cancelación en caja o trámite en vigencia de derechos.
5. Orientación sobre la existencia de Trabajo Social en caso de paciente de escasos recursos económicos.
6. Orientación al paciente y familia en los cuidados de Enfermería e indicaciones médicas que deberá continuar fuera del hospital como ser: dieta, cuidados ambulatorios, curación, reposo, horarios de medicación y próximo control ambulatoria.
7. Traslado del paciente en silla de rueda o camilla si es necesario hasta la puerta del hospital. En menores de edad, paciente psiquiátrico, debe firmar en la historia clínica la persona que recoge al paciente, registrando el No. De Carnet de identidad.
8. Despido al paciente y su familia.
9. Anotación del Alta en la hoja administrativa de enfermería y en la Hoja de Evolución de Enfermería.
10. Comunicación del alta al servicio de admisión, nutrición y farmacia (si procede).
11. Recoger la ropa sucia y limpiar la unidad
12. Realizar procedimiento de cama cerrada.
13. Avisar al Servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

RECOMENDACIONES

En pacientes de pediatría y servicios especiales (paciente psiquiátrico o de tercera edad) el familiar debe identificarse, registrando su carnet de identidad y firmar la salida del paciente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. ALTA SOLICITADA	II - III

DEFINICIÓN

Procedimientos de atención de enfermería para facilitar al paciente la documentación legal necesaria del servicio para su egreso del hospital cuando éste lo solicite.

EQUIPO	MATERIALES
• Equipo de curación, si precisa el paciente • Carro de ropa sucia. • Silla de ruedas, o camilla según precise. • Equipo para Cama cerrada	• Autorización médica para el alta del paciente. • Historia clínica completa. • Formulario de Solicitud de Alta Hospitalaria. • Formulario de EXONERACION DE RESPONSABILIDAD. • Formulario registro de enfermería. • Material para cama cerrada. • Formulario de registro de la unidad.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Comunicación al médico titular la solicitud de alta.
2. Justificación sobre el alta solicitada ante el médico tratante y aseguramiento de la explicación de los riesgos que se podrían presentar al paciente o familiares.
3. Verificación del alta médica solicitada aceptada por el médico titular.
4. Envío del alta y descargos de días de hospitalización, procedimientos realizados al servicio de cobranzas o vigencia de derechos para los descargos correspondientes.
5. Orientación al paciente y familia sobre los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital como ser dieta, cuidados ambulatorios, curación, reposo, horarios de medicación.
6. Traslado al paciente en silla de rueda o camilla si es necesario hasta la puerta del hospital. En menores de edad, paciente psiquiátrico, debe firmar en la historia clínica la persona que recoge al paciente, registrando el No. De Carnet de identidad.
7. Despido al paciente y su familia.
8. Anotación del Alta en la hoja administrativa de enfermería y en la Hoja de Evolución de Enfermería.
9. Comunicación del alta al servicio de admisión y nutrición.
10. Recojo de la ropa sucia y limpieza de la unidad.
11. Procedimiento de cama cerrada.
12. Información Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

RECOMENDACIONES

- En Pediatría y Servicios Especiales, el familiar que recoge al paciente, tiene que identificarse firmando en la hoja de Enfermería registrando su Nº de Cedula de identidad
- Cuando el paciente solicite su alta por que no estuviera de acuerdo con los procedimientos terapéuticos de diagnóstico y/o tratamiento comunicar al médico tratante y/o de guardia
- Para efectivizar el alta solicitada el paciente y /o familiares deben firmar en el expediente clínico para deslindar de cualquier responsabilidad legal a la Institución.
- En caso de alta voluntaria por extrema gravedad se debe facilitar para el traslado, los medios según necesidad del paciente (Oxigenoterapia, equipo de aspiración, mantención de vía central o periférica, etc.) y orientarlo sobre trámites legales.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. CUIDADOS POST MORTEM	II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de la atención de enfermería que se proporciona a un cuerpo inmediatamente después de muerto, así como la atención a la familia, en el proceso de duelo, hasta su traslado al Tanatorio.

EQUIPO	MATERIALES
• Palangana con agua • Equipo de curación • Venda de gasa de 10 cm • Tarjeta de identificación • Bata y barbijo • Bolsa para desperdicio (basurero) • Gasa y apósito	• Sábanas • 1 mitón • Jaboncillo • Algodón • Guantes • Tela adhesiva • Ropa del paciente

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Notificación al médico de guardia o responsable del paciente.
2. Solicitud a la familia que abandone la habitación, proporcionándole el apoyo psicológico que precise en el proceso del duelo y facilitándole los servicios religiosos que requiera.
3. Traslado del paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación. Si no es posible, aislarlo mediante un biombo.
4. Colocación de guantes, gorro, barbijo no estériles.
5. Colocación del fallecido en posición decúbito dorsal.
6. Cierre de los ojos ejerciendo presión con las puntas de los dedos por un tiempo breve (de no cerrarse colocar algodón húmedo en cada párpado).
7. Levantamiento de la cabeza y hombros con una toalla
8. Higiene del cadáver, retirando sondas, catéteres, drenajes...
9. Taponamiento de los orificios naturales, heridas y cavidades y cubrimiento del cadáver según las normas del hospital. Si la familia lo demanda, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver.
10. Acomodación de los brazos sobre el pecho y pies juntos.
11. Retiro de los guantes.
12. Recojo y entrega de todas las pertenencias del fallecido a los familiares y concesión de permanencia junto al difunto durante unos minutos si lo desean.
13. Lavado de manos.
14. Registro en la hoja de Enfermería la fecha y hora exacta del éxitus.
15. Registro en la hoja administrativa de enfermería
16. Envío del expediente clínico completa a Archivos.
17. Identificación del cadáver con: nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
18. Traslado al mortuorio con toda su documentación pertinente (certificado de óbito)
19. Recojo y limpieza de la unidad o habitación.
20. Preparación de la cama cerrada
21. Comunicación al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

RECOMENDACIONES

- Si el paciente cursaba con una enfermedad infecciosa debe realizarse la desinfección de acuerdo a Norma de Bioseguridad para el mismo.
- Si la familia solicita autopsia no retirar sondas, drenajes, catéteres y otros, así como documentos como el consentimiento informado o requerimiento fiscal.
- EL CUIDADO DEL CUERPO DEBE EFECTUARSE DESPUES DE LA MUERTE CON **DIGNIDAD Y RESPETO**

UNIDAD 3

PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE Y CUIDADOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Índice

1. PREPARACIÓN DE LA CAMA DEL PACIENTE 37

2. ASEO DEL PACIENTE EN CAMA 39

3. LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE EN CAMA 40

4. HIGIENE BUCAL 41

5. ASEO PERINEAL 42

6. BAÑO EN DUCHA 43

7. CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE EN CAMA 44

8. APOYO AL PACIENTE EN EL REPOSO Y SUEÑO 45

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. PREPARACIÓN DE LA CAMA DEL PACIENTE	II - III

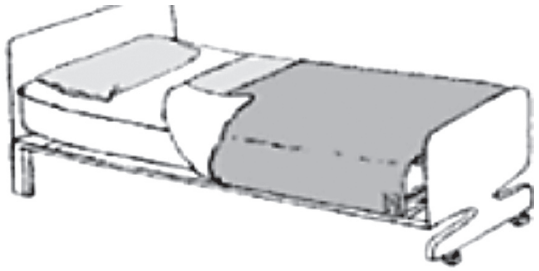
DEFINICIÓN

Conjunto de procedimientos de enfermería, que se realiza con el objetivo de preparar la unidad para el ingreso del paciente, dando confort y comodidad al paciente que ingresa o contribuir a la buena apariencia de la sala y evitar olores. Incluyen medidas higiénicas que se realizan cuando el paciente se encuentra en la unidad, por la mañana después de bañar al paciente o cuando está en alguna prueba o exploración, a lo largo del día si ésta se deshace o si las sábanas se arrugan. Existen dos tipos de camas:

CAMA CERRADA: es la que se encuentra desocupada y se prepara en espera de un paciente.

CAMA ABIERTA: es la preparación para el paciente ya internado que deambula por su unidad

Medidas higiénicas que realizan cuando el paciente se encuentra en la unidad**.** La cama de un paciente debe estar tan limpia y cómoda como sea posible: la enfermera suele hacer la cama por la mañana después de bañar al paciente o cuando está en alguna prueba o exploración, a lo largo del día el personal arreglará la cama si ésta se deshace o si las sábanas se arrugan. Después de las comidas, se debe comprobar que no haya restos de alimentos entre las sábanas, así como que éstas no se encuentran mojadas o manchadas, pues si lo están deberán cambiarse.

CAMA CERRADA	CAMA ABIERTA
	

EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

Ropa de cama dobladas según orden de procedimiento que incluye:

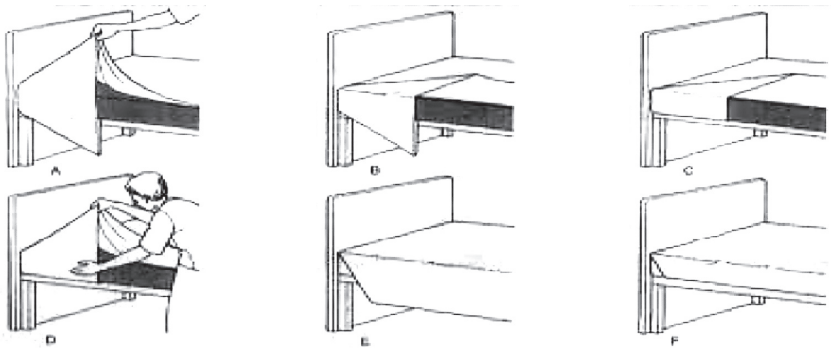
- Sábana básica
- Cuerina (si es necesario)
- Traverso
- Sábana superior
- Frazada
- Cubrecama
- Funda
- Bolsas de plástico
- Esponja de baño (mitón)
- Palangana con agua y detergente.

PROCEDIMIENTO

CAMA CERRADA	CAMA ABIERTA Y ACOMODACIÓN DEL PACIENTE
1. Colocación de la ropa en orden de uso sobre la silla, mesa de noche o espaldar del catre, teniendo la precaución de que estén correctamente ordenados. 2. Despejado de la unidad. 3. Fijación de las ruedas del catre en posición alta y horizontal. 4. Colchón limpio y volcado. 5. Si la sábana inferior es con elástico, iniciar el tendido por un lado y por la cabecera asegurando el elástico debajo del colchón y continuando el tendido hasta la parte inferior de la sábana 6. Si no tiene elástico, iniciar el tendido de la parte superior de la cama con el doblez central, al centro del colchón y dejando de 20 a 30 cm. para doblarla debajo del colchón o amarrar las esquinas para darle mayor seguridad	1. Preparación del equipo necesario: ropa de cama limpia (cubrecama, frazadas, almohada, colchón, sabanas, sabanillas de tela y de hule, fundas de colchón, bolsas para la ropa, carro de ropa, silla o mesita, guantes descartables o de goma, toalla de baño, pijama o camisón) 2. Despejado de la unidad y realizado de todos los procedimientos indicados para cama cerrada, con la diferencia de: 3. Colocación del cubrecama cubriendo en su integridad la cama, hacer un pliegue mitra modificado a los pies de la cama, levantar aproximadamente 45 cm el borde lateral por encima del colchón, haciendo un pliegue triangular dejando sobre la cama; introducción de la porción que cuelga por debajo del lateral del colchón levantando el pliegue triangular hacia abajo, dejando que cuelgue sobre el lateral del colchón. 4. Colocación de la sábana superior y el cubrecama de manera similar, pero con el sobrante al lado de los pies utilizando la misma técnica de la esquina del colchón dejando el borde lateral caído.

- Levante la sábana en la esquina y dóblela hacia atrás, sobre la cama.
- Introduzca el sobrante de la sábana debajo del colchón.
- Doble el resto de la sábana hacia abajo, cuidando de no deshacer la esquina.

7. Colocación de la sabanilla en la cama, de la misma forma que la sábana inferior e introduzca ambos debajo del colchón.
8. Colocación de la sábana superior y cubrecama de manera similar, pero con el sobrante al lado de los pies y utilice la misma técnica de la esquina del colchón dejando el borde lateral caído.
9. El extremo superior de la sábana superior doblarla hacia fuera.
10. Luego pasar al otro lado y hacer el mismo procedimiento empezando de la sábana inferior.
11. Colocación de las frazadas siguiendo el mismo procedimiento de la sábana superior. Desdoblándola de tal forma que el pliegue central quede, en toda su longitud en el centro de la cama extensión de las frazadas sobre la cama de tal forma que no queden arrugas.
12. Realización de un embozo doblando el borde de la sábana superior por encima de las frazadas
13. Colocación de la funda a la almohada y dejarla sobre la cabecera de la cama.
14. Colocación de la cabecera y cubierta la cama en su integridad con el cubrecama hasta el momento de admitir a un nuevo paciente.
5. Comprobación en el expediente clínico sobre la existencia de indicaciones o precauciones específicas sobre movilidad y posición del paciente.
6. Colocación de los guantes para acomodación del paciente.
7. Soltado de la sabana superior de los pies de la cama
8. Retiro del cubrecama, las frazadas por separado doblar de forma que coincidan el borde superior e inferior.
9. Verificación de la necesidad de utilizar salea de hule y tela.
10. Colocación de la sábana superior sobre el paciente para que no quede descubierto.
11. Colocación al paciente en decúbito lateral.
12. Enrollado de la sábana sucia hacia el centro de la cama (cuando corresponda).
13. Colocación de la sábana básica limpia enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
14. Colocación de la sabanilla de tela y la de hule, si precisa siguiendo la misma técnica.
15. Movilización del paciente hacia el lado limpio, retirando la sábana sucia, sabanilla de hule y tela si las hubiera, depositándolas en las bolsas de ropa sucia y residuos respectivamente.
16. Estiramiento de la sábana y la sabanilla evitando arrugas, introducirlas debajo del colchón y efectuar el doblez de las dos esquinas restantes.
17. Colocación del paciente en decúbito supino.
18. Extensión de la sábana superior limpia sobre el paciente, retirando la sucia y depositándola en la bolsa de ropa sucia.
19. Colocación de cubrecama y las frazadas si precisa.
20. Doblado de la parte superior de la sábana por encima de la colcha.
21. Introducción con holgura la sábana superior y cubrecama en los pies de la cama para evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
22. Retiro del almohadón sucio y sustituirlo por uno limpio.
23. Colocación de la almohada por debajo de la cabeza del paciente.
24. Colocación del timbre de llamada al alcance del paciente
25. Apertura de las ventanas de la habitación, ordenado del mobiliario y objetos personales del paciente a su alcance.
26. Retiro de los guantes.
27. Lavado de las manos
28. Anotación en registros de Enfermería.



RECOMENDACIONES

- Según necesidades de la unidad, se colocará una tercera sabanilla o salea de movimientos
- Las incubadoras deberán prepararse con las condiciones óptimas de humedad y temperatura. Las cunas térmicas deberán también estar a la temperatura adecuada.
- Se debe evitar los pliegues porque pueden irritar la piel del paciente.
- No aireación de las sábanas, evitando así las corrientes de aire que pueden diseminar los microorganismos.
- No se debe depositar las sabanas sucias en el suelo para evitar la transmisión de infecciones.
- Las barandillas laterales protegen al paciente de caídas accidentales
- El uso correcto de la mecánica corporal durante el cambio de ropa de cama evita lesiones en el personal de enfermería.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. ASEO DEL PACIENTE EN CAMA	II - III

DEFINICIÓN

Procedimiento que se realiza en pacientes totalmente dependientes y que requieren cuidados higiénicos completos,

EQUIPOS

- Carro de ropa sucia.
- Palangana.
- Artículos de higiene personal.

MATERIALES E INSUMOS

- Bolsa para residuos.
- Esponjas sin jabón (2).
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Peine.
- Registros de Enfermería.
- Vaselina líquida.
- Cortauñas.
- Cuña.
- Pijama o camisón.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

- Realización de los pasos universales A B C D
- Temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
- Protección del paciente de las caídas
- Colocación de guantes.
- Ofrecimiento de chata u orinal si la necesita.
- Preparación de agua a temperatura adecuada.
- Colocación del paciente en decúbito supino.
- Retiro de ropa del paciente cubriendo parcialmente con la sábana.
- Lavado al paciente de la cara con agua sin jabón y secado.
- Limpieza de los ojos desde el ángulo interno hacia el externo, sin jabón
- Lavado con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas, seguido de enjuague y secado.
- Acercamiento de la palangana al borde de la cama para que el paciente introduzca las manos y se las lave.
- Secado de las manos y cambiado del agua, jabón y esponja.
- Continuación con el lavado del tórax, en las mujeres, especialmente la zona submamaria, seguido del abdomen, enjuagado y secado.
- Colocación del paciente en decúbito lateral.
- Lavado de la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas, posterior enjuagado y secado
- Colocación al paciente en decúbito supino.
- Lavado de extremidades inferiores prestando mayor atención a los pliegues interdigitales seguido de enjuague y secado, posterior cambio de agua, jabón y esponja.
- Lavado de genitales y zona anal. (La zona genital y rectal debe quedar completamente limpia y libre de olores).
- Enjuagado posterior y secado de la piel, en especial los pliegues cutáneos.
- Frotado de la espalda con aceite de almendras o vaselina líquida.
- Abrigado al paciente con el pijama o el camisón.
- Peinado al paciente y facilitación del uso de los artículos de aseo personal (desodorante, colonia, talco).
- Observación del estado de las uñas, limpieza y corte si es necesario.
- Pasos universales X Y Z



RECOMENDACIONES

- Realización del aseo diario y tantas veces como sea necesario.
- Valoración con la colaboración del paciente y familia.
- Comprobación del grado de autonomía del paciente fomentando el autocuidado, siempre con la ayuda y supervisión del personal asignado.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de una vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano/ libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo afectado.
- Si el paciente lo necesita, se avisará al peluquero mediante solicitud.
- Aprovechamiento de la posición lateral para dar masajes

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. LAVADO DE CABEZA DEL PACIENTE EN CAMA	II - III

DEFINICIÓN

Es el cuidado del cabello dentro de la higiene corporal del paciente, el lavado, cepillado y peinado, que son medidas higiénicas básicas, ya que el paciente inmovilizado puede tener enredados, con pegado de sangre o soluciones antisépticas que pueden ser indicativos del estado de salud del paciente.

MATERIALES E INSUMOS

- Bolsa para ropa sucia.
- Champú.
- Crema suavizante.
- Empapador-cubrecamas.
- Guantes no estériles.
- Registros.
- Torundas pequeñas de algodón (2)
- Cepillo de cabello.
- Secador.
- Toalla.
- Palangana o lava cabezas.
- Recipiente para el agua limpia.

PROCEDIMIENTO

- Realización de los pasos universales A, B, C, D.
- Mantenimiento de la temperatura adecuada evitando corrientes de aire en la habitación.
- Protección al paciente de las caídas
- Colocación de los guantes.
- Disposición de la cama en posición horizontal, colocando al paciente en decúbito supino, si lo tolera.
- Retiro del cabezal de la cama
- Desplazamiento al paciente para que la cabeza quede en el borde de la cama. Si no es posible, colocación al paciente en diagonal sobre la cama, en el borde lateral.
- Colocación del empapador- cubrecamas de protección debajo de los hombros del paciente.
- Colocación de una toalla alrededor del cuello y las torundas de algodón taponando los oídos.
- Colocación de la palangana debajo de la cabeza del paciente y realizar el lavado.
- Enjuagado del cabello con abundante agua, retirando todos los restos del champú.
- Aplicación de una crema suavizante si lo precisa y enjuague posterior.
- Secado con toalla o secador y posterior peinado.
- Retiro de las torundas de algodón.
- Verificación de la postura cómoda y adecuada la paciente permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Continuación con pasos universales X, Y, Z.



RECOMENDACIONES

Precauciones en:

- Aumento de la presión intracraneal.
- Perdida de líquido cefalorraquídeo.

El lavado de cabello puede estar contraindicado en algunos casos:

- Incisiones abiertas en cuero cabelludo.
- Lesiones cervicales.
- Traqueotomías.
- Dificultad respiratoria.

En pacientes que presentan pediculosis (piojos) en el cuero cabelludo, se utilizará el procedimiento de desparasitación de Medicina Preventiva

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIGIENE BUCAL	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el aseo de la cavidad bucal, dientes, encías y lengua, que se realiza diariamente, junto con el aseo matinal, antes de dormir o bien después de cada comida con el objetivo de evitar la acumulación de sarro, eliminar restos de comida, mantener las mucosas húmedas y lubricadas, prevenir infecciones y evitar el mal aliento y/o el mal sabor de la boca.

EQUIPOS

- Equipo de aspiración, si requiere el paciente.
- Sonda de aspiración.
- Riñonera.
- Vaso.
- Depresor lingual, si requiere el paciente.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes descartables.
- Cepillo dental .
- Pasta dental.
- Papel higiénico
- Toalla.
- Solución antiséptica.
- Enjuague Bucal, si tiene el paciente.
- Expediente clínico.

PROCEDIMIENTO

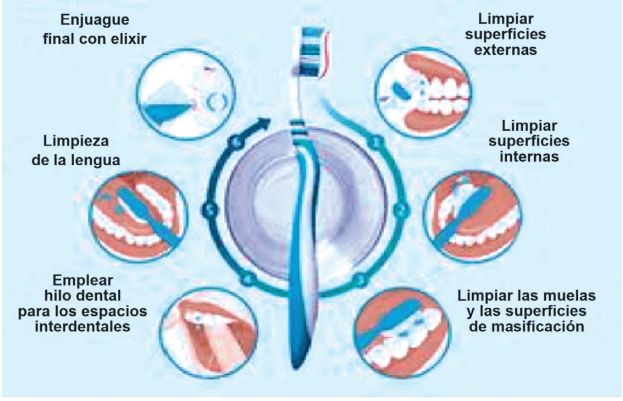
Pacientes consciente que necesita ayuda

1. En pacientes autónomos: información y facilitación del material necesario para la higiene.
2. Lavado de manos.
3. Preparado del material necesario para el procedimiento y llevar a la unidad del paciente.
4. Explicación al paciente sobre el objetivo del procedimiento.
5. Aplicación de los guantes
6. Colocación al paciente en posición fowler o semifowler.
7. Disposición de la toalla alrededor del cuello.
8. Cepillado de los dientes superiores e inferiores, lengua, si el paciente tolera.
9. Enjuague con antiséptico o enjuague bucal, si tiene el paciente.
10. Ofrecimiento de la riñonera para evacuar la solución al enjuagar.
11. Secado de la región peri bucal con toques suaves con la toalla.
12. Realización del registro en los instrumentos técnicos administrativos con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable

Paciente con conciencia disminuida

1. Lavado de manos
2. Colocación de la cabeza en posición lateral, del lado a realizarse el aseo.
3. Colocación de la toalla alrededor del cuello.
4. Aplicación de un depresor lingual, previamente envuelto con gasa y embebido en solución antiséptica (en forma de Hisopo).
5. Limpieza con el depresor lingual la cavidad bucal con suavidad.
6. Enjuagado con el mismo procedimiento.
7. Secado con toque suaves la cavidad peri bucal.
8. Colocación de vaselina liquida si precisa el paciente.
9. Dejado cómodo al paciente con el timbre a su alcance.
10. Recojo de todo el material utilizado.
11. Retiro de los guantes.
12. Realización del registro en los instrumentos técnicos administrativos con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.





RECOMENDACIONES

Si el paciente lleva prótesis, retirar y limpiar, manteniéndola en un recipiente con agua fría hasta su próxima utilización.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. ASEO PERINEAL	I – II –III

DEFINICIÓN

Es parte habitual del baño completo en cama, en especial en los pacientes que requieren cuidados perineales minuciosos como son los que corren alto riesgo de adquirir infecciones (portadores de catéteres urinarios permanentes o los que se están recuperando de un proceso quirúrgico rectal o genital o cesárea). Si el paciente es capaz de hacerlo por si solo se debe permitir que lo haga.

MATERIALES E INSUMOS

• Biombo • Toalla de cara.	• Riñonera. • Lubricantes. • Cepillo de dientes	• Bandeja conteniendo. • 4 Baja lenguas.	• 4 Gasas con algodón. • Pañuelos de papel • Solución bucal prescrita, u otros.

PROCEDIMIENTO

- Pasos universales A,B,C,D.
- Mantenimiento de la temperatura adecuada y evitando corrientes de aire en la habitación.
- Protección del paciente de posibles caídas.
- Colocación de los guantes.
- Ofrecimiento de la cuña u orinal si necesita.
- Preparación de agua a temperatura adecuada.
- Colocación del paciente en decúbito supino.
- Retiro de ropa del paciente cubriendo parcialmente con la sábana.
- Retiro del pañal si lo tuviera.

EN EL VARÓN	EN LA MUJER
• Retracción del prepucio del pene del paciente y lavado del glande. Enjuague sin secado, ya que la humedad lubrica e impide la fricción. • Devolución del prepucio a su posición para evitar edema y lesión tisular. • Limpieza de la parte superior y los lados del escroto. Enjuague y secado. • Colocación del paciente en decúbito lateral • Limpieza de la parte inferior del escroto y región anal. Enjuagado y secado.	• Solicitud a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle si no puede por sí misma. • Separado de las piernas de la paciente. • Separado de los labios vulvares con una mano y lavado con la otra, limpiando de adelante hacia atrás el periné (para evitar contaminar la uretra o la vagina). Enjuague y secado con la toalla. • Colocación de la paciente en decúbito lateral • Limpieza del área rectal desde la vagina hasta el ano en un solo movimiento. • Procedimiento de la misma manera para enjuague y secado. • Colocación del pañal si lo precisa.

- Pasos universales X, Y, Z.

RECOMENDACIONES

El aseo perineal debe ser diario y en los siguientes casos:

- En pacientes con sonda foley.
- Pacientes post cesarea y post – parto.
- Sangrado vaginal.
- Antes de realizar cualquier procedimiento ginecológico o quirúrgico.
- En pacientes con impedimento físico temporal o definitivo
- Antes de tomar muestra de orina.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. BAÑO EN DUCHA	I – II - III

DEFINICIÓN

Es la exposición del cuerpo a la caída del agua con el objetivo de eliminar la suciedad y cuerpos extraños de la piel

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Ducha • Silla de baño o silla de ruedas (de acuerdo a necesidad).	• Toalla de baño • Esponja o mitón • Jaboncillo • Camisón o pijama • Piso, plástico o lienzo

PROCEDIMIENTO

1. Preparación del material
2. Indicación del procedimiento después del saludo protocolar.
3. Colocación de goma o plástico en el piso de la ducha
4. Colocación del jaboncillo y el mitón al alcance del paciente.
5. Ayuda al paciente a ir al cuarto de la ducha y a sentarse en la silla, si es necesario.
6. Ayuda al paciente a desvestirse
7. Permisión al paciente que se bañe solo (si cree que es capaz de auto asistirse y asegurarse que el paciente puede bañarse)
8. Enseñanza al paciente de la secuencia en que debe bañarse
9. Si es necesario ayuda para lavarse la espalda.
10. Concluido el baño ayuda a secarse cubriéndolo con la toalla
11. Ayuda a colocarse la pijama o camisón y zapatillas
12. Acompañado y ayuda a entrar en su cama previo cambio de sábanas y arreglo de la unidad.
13. Ordenamiento de la unidad y los enseres usados.
14. Registro del procedimiento, fecha, hora, firma



RECOMENDACIONES

- Realización del aseo diario y tantas veces como sea necesario.
- Valoración de la colaboración del paciente y familia.
- Comprobación del grado de autonomía del paciente fomentando el autocuidado, siempre con la ayuda y supervisión del personal asignado.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de una vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano/ libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo afectado.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE EN CAMA	**II - III**

DEFINICIÓN

Procedimiento que se realiza para el cambio de ropa de cama con el objetivo de satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente

MATERIALES E INSUMOS

Ropa de cama dobladas según orden de procedimiento que incluye:

- Sábana básica
- Cuerina (si es necesario)
- Traverso
- Sábana superior
- Frazada
- Cubrecama
- Funda
- Bolsas de plástico
- Esponja de baño (mitón)
- Palangana con agua y detergente.

PROCEDIMIENTO

1. Lavado de las manos y preparación el material necesario
2. Llevado del material a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente del procedimiento
4. Mantenimiento de la temperatura adecuada evitando corrientes de aire en la habitación.
5. Protección al paciente de las caídas
6. Colocación de los guantes.
7. Colocación de la cama en posición horizontal, si el paciente lo tolera.
8. Aflojamiento de la ropa de cama.
9. Retiro del cubrecama, frazada. Si están sucias, depositarlas en el carro para ropa sucia.
10. Colocación de la sábana superior sobre el paciente para que no quede descubierto.
11. Colocación al paciente en decúbito lateral
12. Enrollado de la sábana sucia hacia el centro de la cama.
13. Colocación de la sábana básica limpia enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
14. Colocación de la sabanilla de tela y la de hule, si precisa siguiendo la misma técnica.
15. Colocación del paciente hacia el lado limpio, retirando la sábana sucia, sabanilla de hule y tela si las hubiera, depositándolas en las bolsas de ropa sucia y residuos respectivamente.
16. Estiramiento de la sábana y la sabanilla evitando arrugas, introduciendo debajo del colchón y efectuando el doblez de las dos esquinas restantes.
17. Colocación del paciente en decúbito supino.
18. Extensión de la sábana superior limpia sobre el paciente, retirando la sucia y depositándola en la bolsa de ropa sucia.
19. Colocación del cubrecama y las frazadas si precisa.
20. Doblado de la parte superior de la sábana por encima de la colcha.
21. Introducción con holgura la sábana superior y cubrecama en los pies de la cama para evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
22. Retiro del almohadón sucio y sustituirlo por uno limpio.
23. Colocación de la almohada por debajo de la cabeza del paciente.
24. Dejado del paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.
25. Retiro todo el material de la unidad
26. Lavado de las manos y registro del procedimiento en las notas de enfermería.



RECOMENDACIONES

Se tendrá en cuenta las posibles patologías que impidan emplear esta técnica.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. APOYO AL PACIENTE EN EL REPOSO Y SUEÑO	I – II - III

DEFINICIÓN

Son los cuidados de enfermería dirigida a combatir el insomnio y favorecer el descanso, reposo y el sueño del paciente hospitalizado.

CLASIFICACIÓN

VALORACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO	VALORACIÓN DEL PACIENTE EN EL INSOMNIO
Obtención de datos a través de la entrevista y la observación acerca de los hábitos de sueño del paciente.	Conjunto de actividades dirigidas a combatir el insomnio y favorecer el descanso y el sueño del paciente.

PROCEDIMIENTO

Entrevista personal al paciente, mediante las siguientes preguntas: 1. ¿Tiene dificultad para dormir? 2. ¿Cuántas horas duerme habitualmente? 3. ¿Se despierta frecuentemente durante la noche? 4. Si se despierta, ¿tarda en volverse a dormir? 5. ¿Tiene usted alguna costumbre para dormir? ¿Cuál? 6. ¿Toma medicación? ¿Cuál? De acuerdo a las respuestas a estas interrogantes se realizarán consejerías y recomendaciones para mejorar el patrón sueño del paciente.	1. Creación de un entorno “ideal” para el descanso, evitando estímulos ambientales tales como quitar T.V., ruidos, apagado de luces, cierre de la puerta. 2. Aseguramiento de medidas como luces de noche, timbre al alcance de la mano y barandillas protectoras. 3. Aseguramiento de comodidad al paciente de una buena higiene personal, facilitando ropa cómoda, la ropa de la cama limpia y seca, mantas si hiciera frío, estimulando a que evacúe la vejiga antes de acostarse. 4. Valoración del estado anímico intentando disminuir ansiedad, miedos, etc. mediante infusiones o bebidas calientes. 5. Estimulación de mayor actividad durante el día, dentro de lo que permita su patología evitando que duerma durante el día. 6. Limitación en el volumen de las cenas.

RECOMENDACIONES

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

UNIDAD 4

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA LA ALIMENTACIÓN Y NUTRICIÓN DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Índice

1. ALIMENTACIÓN ORAL. CUIDADOS BÁSICOS 49

2. PREVENCIÓN DE LA BRONCOASPIRACIÓN 50

3. COLOCACIÓN DE LA SONDA NASOGÁSTRICA 51

4. SONDAJE NASOYEYUNAL 52

5. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA 53

6. RETIRO DE LA SNG Y SONDA YEYUNAL 54

7. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR GASTROSTOMÍA O YEYUNOSTOMÍA 55

8. NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL 56

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. ALIMENTACIÓN ORAL – CUIDADOS BÁSICOS	I – II - III

DEFINICIÓN

Es la asistencia durante la alimentación considerando las limitaciones del paciente, haciéndole partícipe activo del proceso, protegiendo su dignidad, así como dándole tiempo para el vaciado de su boca después de cada cucharada, según el orden de ingestión de sus alimentos.

MATERIALES E INSUMOS

- Bandeja del comedor
- Cubiertos
- Vaso
- Mesita individual de comedor
- Alimentos de acuerdo a indicaciones medicas

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

PACIENTES INDEPENDIENTES:

1. Lavado de manos
2. Comprobación de la dieta prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verificación de su ausencia en la dieta.
3. Revisión de los alimentos de la bandeja comparándolos con la tarjeta de la dieta.
4. Información al paciente.
5. Incentivo al paciente del lavado de las manos o ayudarle si es necesario.
6. Ayuda al paciente a colocarse en posición adecuada.
7. Colocación de la mesa con la bandeja al alcance del paciente para su mayor comodidad.
8. Tiempo suficiente para la ingesta.



PACIENTES DEPENDIENTES:

1. En pacientes adultos de edad avanzada, con alteración neurológica, administración de cantidades pequeñas, valoración de la masticación, deglución y fatiga.
2. Asistencia al paciente en el orden que desea comer cortando los alimentos en pedazos suficientemente pequeños.
3. Ofrecimiento de líquidos cuando lo solicite en bombilla flexible.
4. Estimulación de la ingesta creando un clima de comunicación.
5. Observación y anotación de la cantidad ingerida.
6. Retiro de la bandeja dejando donde corresponde.
7. Ayuda al paciente después de la ingesta en el lavado de manos e higiene oral.
8. Colocación del paciente en posición cómoda y adecuada, con fácil acceso al timbre y objetos personales.
9. Pasos universales X, Y, Z.



RECOMENDACIONES

- Se debe tener en cuenta la coordinación manual, nivel de conciencia, agudeza visual, apetito, tolerancia de comida y líquidos, dificultad en la deglución, alergias alimentarías, predilecciones y aversiones a la comida

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. PREVENCIÓN DE LA BRONCOASPIRACIÓN	I – II - III

DEFINICIÓN

Es la valoración y observación constante de los pacientes con reflejos faríngeos alterados o inconscientes por el riesgo de broncoaspiración del contenido gástrico regurgitado o por vómitos.

MATERIALES E INSUMOS

- Bandeja del comedor
- Cubiertos
- Vaso
- Mesita individual de comedor
- Alimentos de acuerdo a indicaciones médicas
- servilleta

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos
2. Comprobación de la dieta prescrita, verificando ausencia de alimentos que produzcan alergias o intolerancias..
3. Revisión de los alimentos de acuerdo a la tarjeta de dieta (Alimentos pastosos, espesantes, gelatinas)
4. Información al paciente.
5. Lavado de manos del paciente o prestarle ayuda si es necesario..
6. Colocación del paciente en posición sentada, y con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante.
7. Colocación de servilleta o toalla sobre el tórax anterior del paciente.
8. Comprobación de que el paciente no presenta alguna dificultad a la deglución.
9. Limitación en la ingesta de líquidos.
10. Ofrecimiento al paciente alimentos semiblandos en pequeña cantidad.
11. Información a los pacientes con hemiplejia que mastiquen con el lado no afecto.
12. Valoración de la aparición de signos de dificultad como: tos, disnea, sialorrea (babeo...)
13. Inspección, con suavidad, de la boca comprobando que no haya restos de alimentos.
14. Ayuda a la alimentación del resto de la dieta si no se observan signos de dificultad.
15. Estimulación de la ingesta creando un clima de comunicación.
16. Mantenimiento de la ingestión del paciente en la posición sentado durante 30 a 60 minutos
17. después de la ingesta para evitar el reflujo gastroesofágico.
18. Observación y anotación de la cantidad ingerida.
19. Retiro de la bandeja dejando donde corresponde.
20. Ayuda al paciente después de la ingesta en el lavado de manos e higiene bucal.
21. Retiro del material
22. Lavado de las manos
23. Registro en la hoja de evaluación de enfermería.

RECOMENDACIONES

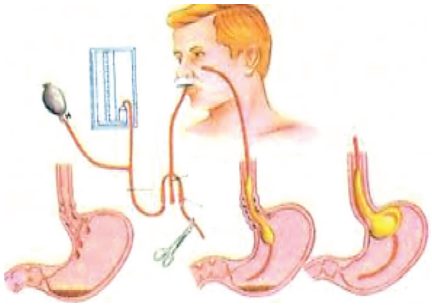
- Para facilitar la ingesta de líquidos se podrán añadir sustancias espesantes.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA	I – II - III

DEFINICIÓN

Inserción de la sonda nasogástrica en el paciente con fines de diagnóstico, terapéutico o alimentación cuando el paciente no puede deglutir o masticar, colocando desde la fosa nasal al estómago o intestino delgado.





EQUIPOS

- Estetoscopio
- Aspirador (si está indicado)
- Jeringa descartable de 20 cc o 50 cc

MATERIALES E INSUMOS

- Gasas
- Lubricante hidrosoluble
- Sonda (Salem, Levin Nº 14, 16, 18)
- Tela adhesiva
- Baja lenguas de madera
- Toallitas descartables
- Vaso
- Bolsa colectora (si está indicado)

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos
2. Llevado del material a la unidad del paciente
3. Explicación al paciente del procedimiento a realizar
4. Colocación del paciente en posición sentado.
5. Colocación de guantes.
6. Colocación de toalla o paño sobre el tórax del paciente.
7. Comprobación que la SNG no presenta defectos y es permeable.
8. Medición, en forma aproximada, la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja al apéndice xifoides.
9. Lubricación de la sonda con agua o lubricante hidrosoluble.
10. Ubicación de la cabeza del paciente en hiperextensión e inserción de la sonda a través de la fosa nasal hacia la zona posterior de la garganta (nasofaringe posterior). Esta maniobra puede producir náuseas, si esto ocurre, esperando que se relaje respirando profundamente.
11. Flexión de la cabeza del paciente hacia el tórax, una vez que la SNG ha pasado la nasofaringe.
12. Facilitación del procedimiento haciéndole beber pequeños sorbos de agua, respiración por la boca o deglución durante la técnica.
13. Introducción de la sonda hasta la señal sin forzar el paso de la misma, si se encuentra alguna resistencia, el paciente tose, se ahoga o se vuelve cianótico, interrupción de la maniobra y retiro de la misma.
14. Comprobación de la correcta colocación de las siguientes formas: Aspiración suave con la jeringa para extraer contenido gástrico (si lo hay, confirmación de la buena colocación de la SNG) o introducción de 20 cc. de aire con la jeringa por la sonda y auscultar con el fonendoscopio en el epigastrio (la ausencia de ruido indica mala colocación).
15. Confirmación de la colocación mediante Rx de tórax / abdomen.
16. Fijación de la sonda sin impedimento de la movilidad y visibilidad del paciente, evitando el acodamiento de la misma.
17. Conexión del extremo de la sonda al sistema de drenaje (bolsa colectora o aspirador), al equipo de alimentación o clampeo de la misma con la pinza según prescripción médica.
18. Retiro de todo el material de la unidad
19. Lavado de las manos
20. Registro del procedimiento teniendo en cuenta la fecha, hora y firma.

RECOMENDACIONES

- En prematuros y neonatos, medir la distancia desde el puente nasal hasta el extremo inferior del esternón. Para comprobación de la colocación de la SNG, introducir entre 2 c.c. y 5 c.c. de aire con la jeringa.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. SONDAJE NASOYEYUNAL	II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería en el apoyo al médico para el establecimiento de una vía de acceso al tracto digestivo con fines diagnóstico, de tratamiento y alimentación a través de una sonda a los pacientes que lo requieran, quienes pueden mantenerse indefinidamente alimentados mediante sondas, proporcionando este sistema todos los nutrientes esenciales con excepción de la fibra alimentaría

EQUIPOS

- Estetoscopio
- Aspirador (si está indicado)
- Jeringa descartable de 20 cc o 50 cc

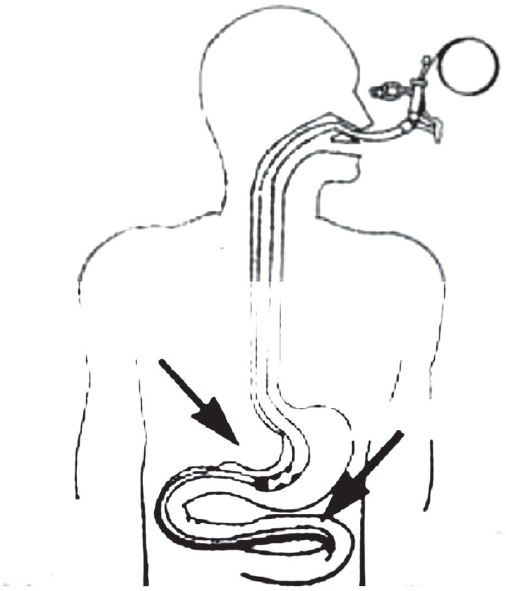
MATERIALES E INSUMOS

- Baja lenguas de madera
- Tela adhesiva
- Gasas
- Jeringa de 50cc
- Lubricante hidrosoluble
- Sonda (Salem, Levin N°14, 16, 18)
- Toallitas descartables
- Vaso
- estetoscopio

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente del procedimiento a realizar
4. Colocación al paciente en posición semi Fowler
5. Seguimiento al médico en la inserción de la sonda quien sigue el procedimiento de sondaje nasogástrico, con la siguiente excepción:
   - Colocación al paciente en decúbito lateral derecho, una vez introducida la sonda, para facilitar el paso al duodeno. Mantenimiento de la guía hasta la confirmación radiológica de la colocación de la sonda.
   - Administración de la alimentación por infusión continua según procedimiento para aseguramiento de una absorción adecuada, con bomba de infusión enteral si se precisa.
   - Comprobación que el contenido de líquido intestinal sea menor de 30 ml. o no exista. (Si hubiera más cantidad puede deberse a un desplazamiento de la sonda hacia el estómago).
6. Retiro del material de la unidad
7. Lavado de las manos
8. Registro del procedimiento colocando la fecha, hora, y firma



RECOMENDACIONES

- No intentar nunca reinsertar la guía retirada, mientras la sonda de alimentación permanezca colocada (puede perforar el tracto gastrointestinal).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR SONDA	II - III

DEFINICIÓN

Consiste en la introducción de alimentos a través del tracto intestinal mediante sonda que pueden ser mezclas de alimentos preparados especiales o nutrientes básicos químicamente definidos, prescritos por profesional médico, en pacientes que no tienen capacidad de digerir y absorber por el estómago.

EQUIPOS

- Jeringa de 50 cc
- Trípode.

MATERIALES E INSUMOS

- Recipiente conteniendo el alimento indicado por el médico
- Recipiente y conector con regulador o llave.
- Papel higiénico
- Tela adhesiva
- Jeringa de 10 a 50 cc
- Solución salina o agua.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.



1. Lavado de las manos
2. Preparación del material y llevado a la unidad
3. Explicación al paciente del procedimiento a realizar
4. Colocación de guantes
5. Conexión del conector al recipiente
6. Vaciamiento del licuado al recipiente y colgado en un trípode
7. Retiro del aire existente en el conector
8. Colocación del paciente en posición Fowler o semi Fowler (para evitar reflujo y broncoaspiración)
9. Desinfección del extremo de la sonda y aspiración del jugo intestinal con la jeringa (verificación si el residuo es menor de 150 ml.).
10. Introducción de 20 cc de agua para lavar y permeabilizar la sonda antes de iniciar la alimentación.
11. Conexión del conector a la sonda y colgado del recipiente en el trípode a 60 cm por encima del nivel del borde de la cama.
12. Apertura del regulador o la llave y mantenimiento de la enteroclisis para que caiga por gravedad.
13. Verificación de la temperatura y goteo del alimento a intervalos regulares hasta la conclusión de las enteroclisis.
14. Si el goteo se interrumpe o disminuye su velocidad verificación de la permeabilidad y modificación de la posición del paciente.
15. Concluida la alimentación cerrar la llave sin permitir la entrada de aire y colocación de 10 a 20 cc de mate de anís, canela o agua normal (para lavar la sonda y mantenerla permeable), en caso de niños lavado con menos de 10cc.
16. Cierre del extremo abierto con una tapa o jeringa descartable.
17. Mantenimiento de la sonda pinzada o tapada hasta la próxima alimentación
18. Eliminación del recipiente y conector.
19. Mantenimiento del paciente en la misma posición durante 15 a 30 minutos, para evitar reflujos del alimento.
20. Retiro del material utilizado de la unidad del paciente
21. Retiro de los guantes y lavado de las manos
22. Registro en la hoja de enfermería del procedimiento realizado, tipo de alimentación, cantidad, tolerancia, fecha, hora y firma.

Administración enteral a débito continuo (Con bomba de infusión):

- Conexión del preparado alimenticio al sistema de la bomba al extremo distal de la SNG y programación del ritmo prescrito.
- Comprobación de la tolerancia c / 4 - 8 h. (menos de 150 ml de residuo gástrico).
- Lavado de la sonda con agua c / 8h. de 20 a 30 ml. y siempre que se administre medicación (2-5 ml. en niños).

RECOMENDACIONES

- Cambio del frasco para alimentación cada 24 horas (si es frasco de suero)
- En ocasiones es necesario colocar dextrosa al 5% a goteo lento o S.R.O. para hidratación
- Inicio de la alimentación con volúmenes no máximos.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la higiene máxima.
- Para evitar el reflujo en los pacientes con alimentación enteral, la cabecera de la cama permanecerá ligeramente elevada o semi Fowler, al menos durante 30 minutos tras la toma.
- Anotación y comunicación al médico sobre posibles incidencias tales como vómitos, diarrea o distensión abdominal.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. RETIRO DE LA SNG Y SONDA NASO YEYUNAL	**II - III**

DEFINICIÓN

Consiste en el retiro de la sonda nasogástrica o sonda nasoyeyunal cuando el paciente ha recuperado sus facultades de ingesta, masticación y deglución o la sonda está obstruida o en posición incorrecta

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Jeringa de 20 cc	• Guantes limpios

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos
2. Preparación y llevado del material a la unidad del paciente
3. Explicación al paciente del procedimiento a realizar
4. Colocación al paciente en posición de semi-Fowler .
5. Colocación de los guantes.
6. Colocación de la salea de tela y hule, sobre el tórax del paciente.
7. Desconexión de la sonda del sistema de aspiración si lo hubiera.
8. Introducción de 10 cc. de aire o agua por la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla (en paciente pediátricos de 3 a 5 c.c. de agua).
9. Retiro del esparadrapo que fija la sonda a la nariz y otras sujeciones que hubiera.
10. Pinzamiento de la sonda doblándola con la mano.
11. Solicitud al paciente que retenga la respiración para cerrar la epiglotis.
12. Retiro de la sonda suavemente pero sin pausa, limpiándola con gasa a medida que se va retirando (puede retirarse más rápidamente cuando llega a la nasofaringe).
13. Depósito de la sonda en la bolsa para residuos.
14. Limpieza de residuos adheridos a la nariz.
15. Ayuda para la higiene bucal.
16. Mantenimiento del paciente en la posición semi-Fowler unos 30 minutos para prevenir aspiración.
17. Colocación al paciente en posición cómoda y retiro del material de la unidad
18. Lavado de las manos
19. Registro del procedimiento, fecha, hora y firma en la hoja de enfermería.

RECOMENDACIONES

- Valoración, una vez retirada la sonda, de posibles alteraciones gastrointestinales, vómitos, diarrea, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos para su comunicación al médico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. ALIMENTACIÓN ENTERAL POR GASTROSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA	**II - III**

DEFINICIÓN

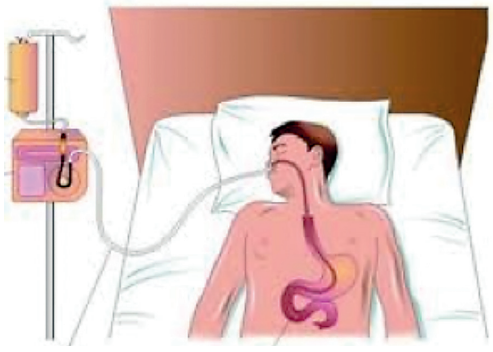
Es el procedimiento de enfermería para la administración de alimentos licuados y líquidos a través de un tubo largo hueco y flexible que se instala en el estómago o yeyuno insertado quirúrgicamente por el médico especialista (en el caso de yeyunostomía, el tubo es de calibre más grueso)

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Soporte de suero • Jeringa de 10 a 50 cc • Recipiente y conector con regulador o llave.	• Recipiente conteniendo el alimento indicado por el médico • Papel higiénico • Tela adhesiva • Solución salina o agua.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
Los mismos que para alimentación enteral, con las siguientes consideraciones:

- Comprobación de ruidos intestinales.
- Comprobación del residuo gastrointestinal (no debe ser >30ml), antes de iniciar la alimentación con sonda de yeyunostosmía.
- Lavado con 30 ml de agua por la sonda antes de iniciar alimentación (en niños no >5 ml).
- Administración de la alimentación en infusión continua, para asegurar una absorción adecuada.
- Utilización de la técnica aséptica estricta
- Fijación de la sonda al abdomen para evitar contaminaciones y tracciones.



RECOMENDACIONES

- Si los ruidos intestinales están ausentes, notificar al médico antes de iniciar la alimentación.
- No iniciar la alimentación en volúmenes máximos.
- Es imprescindible la esterilidad para todo el procedimiento
- Para evitar el reflujo en los pacientes, la cabecera de la cama permanecerá ligeramente elevada, o en posición de Fowler al menos durante 30 minutos tras la toma.
- Anotación y comunicación al médico sobre posibles incidencias tales como vómitos, diarrea, distensión abdominal.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. NUTRICIÓN PARENTERAL TOTAL	II – III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de apoyo de enfermería para la nutrición parenteral total (NPT), que es un método complejo que proporciona los requerimientos NUTRICIÓNes por vía intravenosa de agua, proteínas, carbohidratos, electrolitos, minerales y vitaminas a través de la instalación previa de un catéter intravascular insertado en una vena central como la yugular o subclavia o en una vena periférica gruesa por profesional médico especializado.

EQUIPOS

- Bomba de perfusión volumetrica
- Jeringas estériles de diferentes medidas y en cantidad necesaria
- Bolsa de alimentación parenteral
- Equipo para nutrición parenteral
- Llave de tres vías

MATERIALES E INSUMOS

Mesa auxiliar con:
- Tela adhesiva
- Gasas estériles
- Medicación según prescripción medica
- Antiséptico

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

PREPARACION:



1. Lavado de manos quirúrgico.
2. Colocación de ropa estéril y guantes estériles
3. Preparación del material
4. Apoyo al personal médico para la inserción del catéter central o periférica.
5. Preparación del campo estéril y apertura bolsa de nutrición
6. Inmersión de las soluciones, medicación prescrita en antiséptico. (con ayuda de una segunda persona).
7. Preparación de las soluciones y medicamentos complementarios según hoja de tratamiento.
8. Paso de las soluciones a la bolsa de alimentación y cierre del sistema.
9. Introducción en el látex existente en la bolsa los medicamentos complementarios.
10. Homogeneización de la mezcla.
11. Cobertura de la bolsa con un campo estéril para aislar de la luz.
12. Anotación en una tarjeta: composición de la solución parenteral, fecha y hora de comienzo, identificación del paciente y goteo de infusión.
13. Conexión a la bomba de perfusión ajustando la dosificación.
14. Cambio del equipo en cada alimentación.
15. Retiro de los guantes.
16. Lavado de manos.
17. Registro del procedimiento en el expediente clínico

ADMINISTRACIÓN :





1. Lavado de manos.
2. Información al paciente del procedimiento.
3. Colocación de guantes estériles.
4. Comprobación de la perfecta colocación del catéter central, la asepsia del punto de inserción, detectando signos y síntomas de contaminación antes de conectar la alimentación.
5. Preparación con rigurosa asepsia la alimentación, así como la manipulación de las conexiones al catéter venoso central.
6. Colocación del paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
7. Recojo del material.
8. Retiro de los guantes.
9. Lavado de manos
10. Registro de enfermería del procedimiento, hora de inicio de la nutrición y las incidencias ocurridas.

RECOMENDACIONES

- Es imprescindible el manejo de técnica aséptica con ropa quirúrgica (Bata, barbijo, gorra) en todo el procedimiento.
- Se debe preparar la nutrición parenteral en Unidades de terapia Intensiva, o en Quirófano y con personal capacitado
- Se administrará una solución Glucosada al 10 % al mismo ritmo de infusión que la NP para evitar hipoglucemias.
- Se realizarán controles de glucemia según prescripción medica.
- No administrar fármacos o soluciones por la misma vía que la NP.
- Evitar manipulaciones del sistema y extracciones de sangre por el mismo.
- Se recomienda envolver las conexiones con gasas estériles impregnadas con yodopovidona o alcohol yodado

UNIDAD 5

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA OXÍGENOTERAPIA Y CUIDADOS RESPIRATORIOS DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Índice

1. OXÍGENACIÓN EN EL ADULTO 59

2. OXÍGENOTERAPIA MEDIANTE CARPA 60

3. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO POR TRAQUEOSTOMÍA 61

4. NEBULIZACIÓN 62

5. CUIDADOS RESPIRATORIOS 63

6. CUIDADOS DE TRAQUEOSTOMÍA 64

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. OXIGENACIÓN EN EL ADULTO	I – II - III

DEFINICIÓN

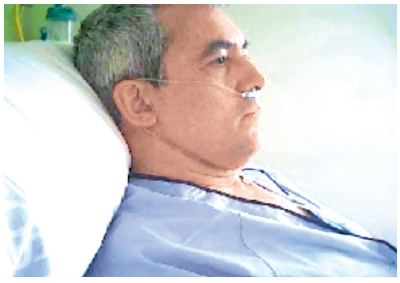
Son los procedimientos de enfermería para la administración terapéutica de oxigeno a través del tracto respiratorio al paciente con dificultad respiratoria, permitiendo una disminución del trabajo pulmonar, así como del miocardio proporcionando la concentración necesaria de oxígeno, según prescripción médica.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Por mascarilla



Por bigotera



EQUIPOS

- Equipo de oxígeno terapia.
- Tubo de Oxígeno.
- Conectores de oxígeno.
- Flujómetro o manómetro
- Humidificador con solución (agua destilada).
- Equipo de control de signos vitales.
- Oxímetro de pulso (si se dispone).

MATERIALES E INSUMOS

- Gasas estériles.
- Tela adhesiva.
- Mascarilla, puntas nasales (adulto/ pediátrico).
- Lubricante hidrosoluble.
- Expediente Clínico

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Explicación al paciente del procedimiento a realizar solicitando su colaboración.
3. Colocación del paciente en posición cómoda elevando la cabecera de la cama.
4. Inicio de la oxigenoterapia con humidificador con mascarilla o puntas nasales con la concentración de oxígeno indicada por el médico tratante.
5. Fijación en la cabeza y nariz (mediante elástico) la máscara (debe cubrir toda la nariz y boca hasta el mentón), si es punta nasal, fijación en la cara del paciente con el tubo de oxígeno.
6. Comprobación de las fugas de oxígeno, así como la efectividad del sistema.
7. Comprobación del nivel de agua del frasco humidificador
8. Control del nivel de conciencia, frecuencia respiratoria, coloración de piel y mucosas
9. Control de gasometría arterial, si se tiene indicada.
10. Control de la saturación de oxígeno con el oxímetro de pulso si se dispone.
11. Realización de higiene oral y nasal cada dos o cuatro horas, así como el aseo diario de los equipos.
12. Lavado de manos.
13. Realizar el registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable

RECOMENDACIONES

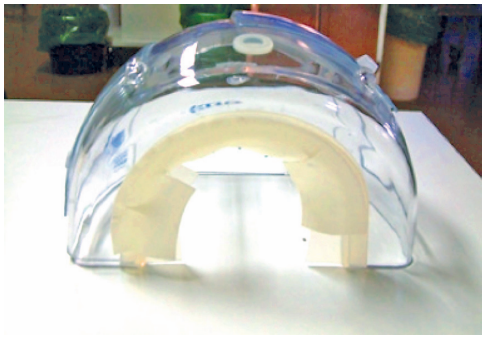
- Observación del paciente para detectar una posible distensión abdominal, en caso de uso de catéter nasal.
- Estos pacientes que reciben oxígeno por mascarilla deben ser ayudados a tomar líquidos y aplicarse medidas higiénicas que protegen la piel y mucosa de cara y boca contra irritaciones.
- Vigilancia del paciente para que respire por la nariz y no por la boca.
- Limpieza y humidificación de la nariz del paciente si precisa enseñando al enfermo o familiar el procedimiento.
- Desinfección y lavado de todo el equipo de administración de oxigeno para su nuevo uso para evitar diseminación de infecciones intrahospitalarias.
- Verificación en forma constante el nivel del agua destilada del humidificador para evitar resecar las mucosas del paciente.
- Cambio del agua destilada del humidificador cada 24 horas

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. OXÍGENOTERAPIA MEDIANTE CARPA	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la administración de oxígeno al paciente por carpa (generalmente pediátricos) para proporcionar concentración adicional o humidificación según prescripción médica.

FORMAS DE COLOCACIÓN

Por carpa	Carpa de oxigenoterapia
	

EQUIPOS

- Equipo de oxígeno terapia.
- Equipo de signos vitales.
- Tubo de oxígeno o central
- Conectores de oxígeno
- Flujómetro o manómetro

MATERIALES E INSUMOS

- (Material de oxigenoterapia).
- Gasas Estériles.
- Tela adhesiva.
- Carpa de oxígeno (pediátrico o adulto).
- Humidificador.
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Explicación al paciente o familiar sobre el procedimiento solicitando su colaboración.
2. Colocación al paciente en posición cómoda elevando la cabecera de la cama.
3. Aplicación del procedimiento de oxigeno terapia.
4. Disposición de la carpa de oxigeno cubriendo la cabeza.
5. Colocación del extremo del tubo dentro de la carpa y fijación de la misma dentro de la carpa con tela adhesiva en forma segura.
6. Apertura de las ventanas de la carpa para evitar el acúmulo de anhídrido carbónico.
7. Administración del oxígeno comprobando la concentración indicada.
8. Control del nivel de conciencia, frecuencia respiratoria, coloración de piel y mucosas.
9. Lavado de manos.
10. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

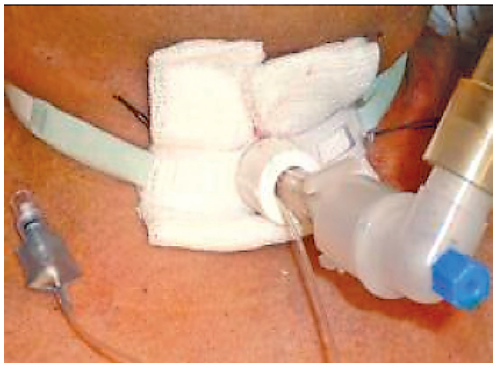
- Evitar que el flujo de oxígeno llegue directamente a los ojos del niño para evitar irritaciones y sequedad en los ojos.
- Vigilancia de la permeabilidad de la vía respiratoria del paciente pediátrico.
- Desinfección y lavado de todo el equipo de administración de oxigeno para su nuevo uso para evitar diseminación de infecciones intrahospitalarias

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO POR TRAQUEOSTOMÍA	II - III

DEFINICIÓN

Es la asistencia de enfermería para la administración de oxígeno al paciente por traqueotomía, para mantener la vía aérea permeable.





EQUIPOS

- Equipo de oxígeno terapia.
- Equipo de signos vitales.
- Equipo de aspiración.
- Tubo de oxígeno u oxígeno central si se tiene
- Humidificador
- Conexión traqueal (filtro)
- Flujómetro

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles.
- Gasas Estériles.
- Tela adhesiva.
- Cánula de metal o plástico estéril (pediátrico o adulto)
- Sonda de aspiración.
- Frasco con solución destilada.
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Explicación al paciente del procedimiento solicitando su colaboración.
3. Colocación al paciente en posición cómoda elevando la cabecera de la cama.
4. Aplicación del procedimiento de oxigeno terapia según prescripción médica.
5. Colocación del filtro en la traqueotomía ajustando el mismo a la traqueotomía.
6. Administración del oxígeno mediante cánula estéril introduciendo 3 a 4 cm dentro de la traqueotomía, comprobando la concentración indicada.
7. Control del nivel de conciencia, frecuencia respiratoria, coloración de piel y mucosas.
8. Aspiración de las secreciones del paciente con una sonda por requerimiento o indicación médica.
9. Lavado de manos.
10. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Cambio del filtro cuando esté sucio por las secreciones.
- Evitar tracción o presión en la traqueotomía.
- Vigilancia de la permeabilidad de la vía respiratoria del paciente.
- Desinfección y lavado de todo el equipo de administración de oxigeno para su nuevo uso para evitar diseminación de infecciones intrahospitalarias
- Prevención de la obstrucción de la vía aérea.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. NEBULIZACIÓN	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la inhalación de aerosoles no volátiles a las vías respiratorias, que pasa por una corriente de oxígeno húmedo sobre una solución de medicamentos según indicación médica.

FORMAS DE ADMINISTRACIÓN

Por vías áreas superiores



Por traqueotomía



EQUIPOS

- Nebulizador portátil o ultrasónico.
- Flujo metro para oxígeno.
- Máscara de aerosol que ajuste al contorno facial con orificio de diámetros amplios en cada lado permitendo la salida del gas aerolizado sin que se condense dentro de la máscara.

MATERIALES E INSUMOS

- Tubos corrugados.
- Cubetas.
- Medicamentos indicados por el médico (Fluimucil, Berotec)
- Papel Higiénico.
- Solución salina para el recipiente.

PROCEDIMIENTO

CUMPLIMIENTO Y VIGILANCIA DE LAS INDICACIONES MÉDICAS.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar solicitando su colaboración.
4. Colocación del paciente en posición semi-Fowler asegurando la máxima ventilación.
5. Conexión del nebulizador a la toma de oxígeno (en caso de no ser ultrasónico).
6. Colocación del suero fisiológico y el medicamento indicado en el recipiente de nebulizador.
7. Conexión de la máquina ajustando el control hasta que se obtenga la cantidad de vapor deseado.
8. Colocación de la mascarilla cubriendo las fosas nasales y la boca ajustando el mismo con el elástico sobre la cabeza o mantenimiento por el paciente en esa posición durante 5 a 10 minutos.
9. Instrucción al paciente para que respire por la boca en forma profunda y lenta.
10. Cumplido el tiempo indicado retiro de la mascarilla, lavado y desinfectado.
11. Lavado de manos.
12. Registro en la hoja de enfermería con fecha, firma, sello, hora y observaciones de la persona responsable.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar solicitando su colaboración.
4. Colocación del paciente en posición semi-Fowler asegurando la máxima ventilación.
5. Colocación del suero fisiológico y el medicamento indicado en el recipiente de nebulizador.
6. Conexión del nebulizador a la traqueotomía.
7. Ajuste del control hasta que se obtenga la cantidad de vapor deseado.
8. Aspiración de secreciones en caso que el paciente tosa evitando la obstrucción por las mucosidades.
9. Mantenimiento del vaporizador conectado durante 15 a 20 minutos.
10. Retiro del nebulizador dejando cómodo al paciente.
11. Retiro del material de la unidad
12. Lavado de manos.
13. Registro en la hoja de enfermería con fecha, firma, sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Ayuda al paciente en el desprendimiento de secreciones dando masoterapia.
- Vigilancia de la permeabilidad de la vía respiratoria del paciente.
- Desinfección y lavado de todo el equipo de administración de oxigeno para su nuevo uso para evitar diseminación de infecciones intrahospitalarias
- Prevención de la obstrucción de la vía aérea.

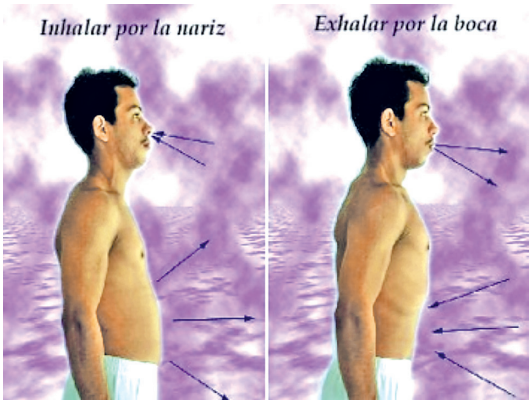
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. CUIDADOS RESPIRATORIOS	I – II - III

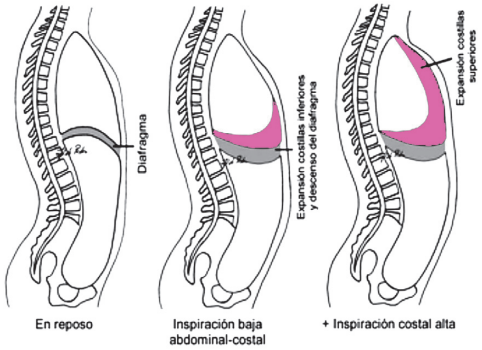
DEFINICIÓN

Son los procedimientos de enfermería para la asistencia al paciente en los ejercicios respiratorios ya sea para favorecer la expectoración o enseñanza en el uso del diafragma para prevenir complicaciones respiratorias, de acuerdo a las indicaciones médicas.

FORMAS DE RESPIRACIÓN

Respiración diafragmática





EQUIPOS

- Equipo de control de signos vitales.

MATERIALES E INSUMOS

- Globos.
- Papel higiénico.
- Riñonera.
- Almohada o almohadilla
- Linterna
- Expediente clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizarse solicitando su colaboración.
4. Verificación de la permeabilidad de la vía respiratoria.
5. Colocación del paciente en posición de decúbito supino con las rodillas ligeramente flexionadas con una mano en la parte superior del abdomen y la otra en la región torácica.
6. Explicación al paciente que inspire lenta y profundamente por la nariz, de manera que sienta la distensión abdominal la mano que está encima reteniendo el aire por unos segundos.
7. Solicitud al paciente de espiración lenta por la boca con el doble del tiempo de inspiración (tratando de relajar todo el cuerpo) hasta advertir que el abdomen está vacío.
8. Lavado de manos.
9. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Antes de iniciar los ejercicios respiratorios es importante verificar la permeabilidad de las fosas nasales.
- Control de signos vitales si está indicado.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. CUIDADO DE TRAQUEOSTOMÍA	I – II - III

DEFINICIÓN

Son los procedimientos de enfermería para el cuidado de la estoma a fin de mantener permeable, en condiciones óptimas y evitar infecciones en el paciente con traqueotomía mediante la eliminación de secreciones o suciedad en los apósitos.

EQUIPOS

- Equipo de curación.
- Equipo de aspiración.



MATERIALES E INSUMOS

- Guantes descartables estériles y no estériles
- Bata descartable.
- Gasas estériles.
- Cánula de traqueotomía estéril.
- Cinta para fijar la cánula.
- Jeringa de 5cc o 10cc.
- Solución antiséptica.
- Solución fisiológica o agua destilada.
- Tela adhesiva.
- Cepillo de limpieza.
- Riñonera.
- Bolsa para riñonera.
- Toalla.
- Barbijo.
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos.
2. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
3. Colocación de agua oxigenada en un segundo pocillo.
4. Colocarse los guantes no estériles, bata y mascarilla
5. Retiro de apósitos o gasas sucias.
6. Retiro de la cánula interna y colocación en el pocillo con agua oxigenada.
7. Preparación del sistema de aspiración.
8. Colocación al enfermo semisentado
9. Retiro del campo sucio.
10. Colocación de una toalla sobre el pecho del paciente.
11. Aspiración de las secreciones
12. Instilación de 3 a 5 c.c. de solución fisiológica o agua destilada si las secreciones son espesas, para humidificarlas y estimulando su eliminación por la tos.
13. Aspiración de secreciones, limpieza alrededor del estoma y de la cánula.
14. Preparación del campo estéril.
15. Colocación de los guantes estériles.
16. Fijación con una mano la cánula de traqueostomía, y con la mano dominante retiro de la cánula interna (macho) y sustituirla por una limpia estéril.
17. Estimulación al paciente a toser limpiando rápidamente con una gasa la mucosidad de la cánula para evitar que sea aspirado.
18. Aspiración de secreciones (técnica estéril) con movimientos suaves y rotatorios introduciendo la sonda en suero fisiológico después de cada aspiración para mantenerlo permeable.
19. Limpieza con aplicadores estériles humedecidos con agua destilada alrededor de los extremos del orificio de la traqueotomía (con gasa estéril en caso de no existir torundas).
20. En caso de secreciones densas realizar instilación estéril o nebulizar con solución salina.
21. Lavado de la cánula interna limpia y asegurarlo a la cánula externa.
22. Colocación de las gasas sin cortar alrededor de los extremos del orificio por debajo de la cánula externa. (aflojando la cinta de fijación).
23. Si la cinta de fijación esta sucia cambiar por otra limpia sosteniendo el tubo en su sitio.
24. Colocación de oxígeno si es necesario o capuchón para vaporizar las vías respiratorias.
25. Una vez concluido el procedimiento, acomodación del paciente en su unidad.
26. Recojo del material utilizado desechando lo descartable de acuerdo a procedimientos de residuos sólidos y bioseguridad
27. Retiro de los guantes.
28. Lavado de manos.
29. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Cambiar la cánula completa cada 7 días, los primeros días de la intervención cambiar cada tres días de acuerdo a indicación médica escrita.
- Se debe tener siempre una cánula interna con la misma numeración esterilizada para cambiar durante la curación.
- Limpiar diariamente la cánula interna, si hay sospecha de infección, enviar a cultivo y antibiograma.

UNIDAD 6

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN LA MOVILIZACIÓN Y SEGURIDAD DEL PACIENTE HOSPITALIZADO

Índice

1. ASISTENCIA EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE 67

2. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE DECÚBITO 69

3. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE 70

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. ASISTENCIA EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE	II - III

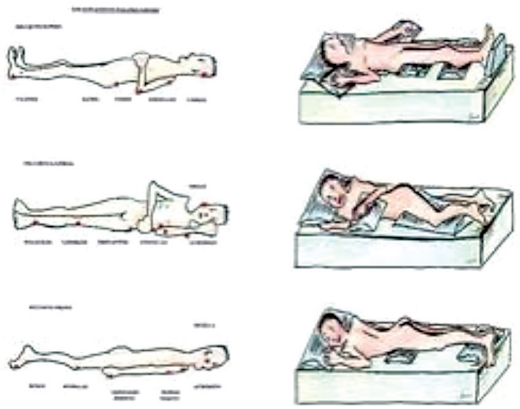
DEFINICIÓN

Son todos las acciones de enfermería para lograr el bienestar de los pacientes y evitar problemas de ulceras posturales, problemas de circulación sanguínea y pérdida del tono muscular en pacientes con problemas de movilización.

FORMAS DE MOVILIZACIÓN

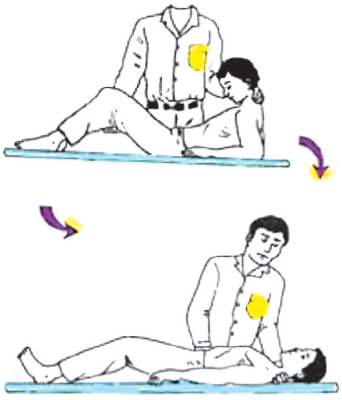
Cambios posturales

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



Levantar al paciente con ayuda

Facilitación al paciente para la incorporación, levantamiento y toma de asiento en la cama.



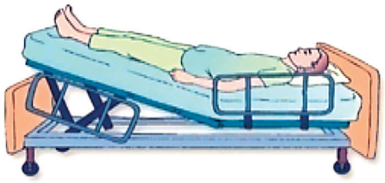
Deambular con ayuda

Facilitación al paciente en su necesidad de movimiento, apoyado por personas y usando materiales de apoyo.



DIFERENTES POSICIONES

En posición en trendelemburg



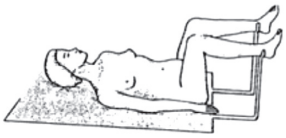
Colocación al paciente en posición indicada para favorece su comodidad, prevenir ulceras por decúbito, deformidades, perdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.

En posición de sims



Colocación al paciente en la posición indicada para realizar algún procedimiento (administración de enemas y medicación).

En la posición ginecológica



Colocación de la paciente en la posición indicada para la exploración ginecológica, aseo genital, colocación de sonda vesical, administración de medicamentos, toma de muestras, etc.

EQUIPOS

- Cama ortopédica especial para pacientes que requieren diferentes posiciones.
- Silla de ruedas.
- Camilla ginecológica

MATERIALES E INSUMOS

Almohadas Sábanas	Barandilla Manivela		Andador (burrito) Bastón.	Muletas.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Información al paciente sobre la técnica a realizar.
2. Lavado de manos y colocado de guantes.
3. Protección de la intimidad del paciente
4. Frenado de las ruedas de la cama.
5. Colocación de la cama en posición requerida con almohadones, sabanillas o salea, arco, sillón, entre otros.
6. Solicitud de apoyo del paciente si su estado lo permite.
7. El personal que intervenga en la movilización del paciente usará técnicas preventivas de mecánica corporal.
8. Movilización del paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
9. Si el paciente no colabora, se solicitará apoyo de otro personal para dicha movilización, dependiendo del peso (uno o más personas).
10. 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.
11. Si la posición deseada es la de sentada, 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
12. Si la posición deseada es el de decúbito, decúbito lateral derecho o izquierdo se colocarán almohadas para la espalda, así como entre las piernas que deberán estar flexionadas, asegurándose que las sábanas estén estiradas sin arrugas.
13. Protección de las vías, drenaje y dispositivos que el paciente tenga..
14. Colocación de barandillas de seguridad dejando al paciente lo más cómodo posible, con acceso a timbre u objetos personales.
15. Retiro de materiales.
16. Retiro de guantes.
17. Registro de los procedimientos en el expediente clínico.

1. En caso de requerir ambulación con apoyo, en primer lugar, se debe asegurar que el paciente pueda caminar teniendo en cuenta su patología y su situación física. (Tonicidad muscular, presencia de heridas o úlceras, etc.).
2. En el caso de que la de ambulación
3. sea con ayuda de muletas, bastón o andador se debe asegurar de la fortaleza de los músculos de las piernas y abdomen, así como de las manos, brazos y hombros.
4. Transmisión de paciencia y evitar prisas
5. Buena iluminación, sin obstáculos con el piso seco.
6. Si el paciente padece disminución de la agudeza visual, se le recomienda el uso de gafas.
7. Se debe sujetar al paciente de forma segura por los hombros y axilas o bien invitar a que el paciente se sujete del personal por los hombros mientras se le asegura por la cintura.

RECOMENDACIONES

- Ajustarse al horario de cambio de postura (generalmente cada 4/6 horas) respetando las horas de sueño, comprometiendo el apoyo de familiares que estén aptos para el procedimiento.
- Mantener extrema precaución con las vías, cánulas, sondajes y oxigenoterapia, en el caso de que los tuviera, para evitar tirones y arrancamientos.
- 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.
- Se tendrá precaución en el occipucio, omoplatos, codos, sacro, cóccix, talones y dedos de los pies, uso de férulas si el caso requiere

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA PREVENCIÓN DE ÚLCERAS DE DECÚBITO	**II - III**

DEFINICIÓN

Son acciones que realiza el personal de enfermería en pacientes de alto riesgo o ingresados en unidades de cuidados intensivos, para el cuidado de la piel del paciente y disminuir los factores de riesgo que favorezcan la aparición de úlceras por presión.

EQUIPOS

- Cama articulada
- Silla de ruedas

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes no estériles
- Vendas.
- Almohadas
- Almohadones
- Algodón
- Expediente clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Información al paciente.
2. Lavado de manos y colocación de guantes.
3. Preservación de la intimidad del paciente.
4. Valoración del riesgo de aparición de úlceras por presión al ingreso y cada día.
5. Realización de la higiene diaria de la piel y cuando precise con agua y jabón neutro.
6. Eliminación del uso de pomadas y polvos.
7. Lavado y secado cuidadoso entre los dedos y pliegues cutáneos.
8. Mantenimiento de hidratación de la piel.
9. Realización de masajes suaves en las zonas de riesgo (occipucio, omoplatos, codos, sacro, cóccix, talones y dedos de los pies), siempre que no estén enrojecidos, con aceite hiperoxigenado.
10. Mantenimiento de las sábanas limpias, secas y sin arrugas.
11. Colocación de apósitos hidrocoloides extrafinos en zonas de presión.
12. Colocación almohadillado o rodetes en prominencias o salientes óseas con riesgo de fricción.
13. Programación de cambios posturales y sistemas de rotación.
14. Vigilancia de sondajes, vías centrales, drenajes, evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.
15. Traslado del enfermo al sillón o silla de ruedas cuando sea posible, adoptando posturas adecuadas que prevengan la presión en áreas prominentes.
16. Aseguramiento de buena hidratación y corrección del déficit NUTRICIÓNal.
17. Retiro de los guantes.
18. Registro del procedimiento en el expediente clínico.

RECOMENDACIONES

Se recomienda el procedimiento especialmente en pacientes con desnutrición y problemas de movilización voluntaria.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE	II - III

DEFINICIÓN

Es la inmovilización al paciente con sabanillas o correas adecuadas en su unidad, con fines terapéuticos o de seguridad.

CLASIFICACIÓN

Sujeción de las muñecas	Sujeción del tronco	Sujeción de extremidades
Es la inmovilización gentil al paciente con correas adecuadas para el caso en su unidad.	Es la inmovilización del paciente con un cinturón de tronco para evitar lesiones.	Es la inmovilización del paciente con correas adecuadas para evitar que se lesione en caso que el paciente no colabore.
		

EQUIPOS

- Cama articulada con colchón
- Barandillas de seguridad
- Cinturón de tronco
- Sillón

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes no estériles
- Algodón.
- Sábanas
- Compresas.
- Tela adhesiva.
- Tijera
- Correas de sujeción con almohadilla
- Vendas
- Expediente clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Traslado del material a la unidad del paciente.
3. Información al paciente y/o familia de la técnica a realizar y los motivos de la misma.
4. Preservación de la intimidad e individualidad del paciente.
5. Colocación del paciente en posición anatómica correcta.
6. Colocación de las correas con almohadilladas, cinturón de tronco según correspondan con presión moderada en los miembros o articulaciones.
7. Sujeción en lo posible encima de la ropa de cama, atando el marco de la cama o somier y no sobre la barandilla de seguridad, asegurándose que pueda respirar libremente.
8. Comprobación que el paciente presente pulso, temperatura, color y sensibilidad de la piel (alteraciones neurovascaulares) por debajo de las sujeciones.
9. Vigilancia con regularidad, aflojando las sujeciones según necesidad.
10. Realización de ejercicios pasivos.
11. Mantenimiento de las regiones inmovilizadas en posición anatómica para evitar lesiones funcionales posteriores.
12. Retiro del material.
13. Lavado de manos.
14. Valorar en cada turno la seguridad y continuidad de la sujeción.
15. Realización del registro en los expedientes clínicos con firma, sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

-Utilizar este procedimiento sólo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.
-Nunca atar las almohadillas en la barandilla y comprobar que el paciente no pueda alcanzar el nudo.

UNIDAD 7

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN LA TERMORREGULACIÓN Y APOYO A PROCEDIMIENTOS ESPECIALES

Índice

1. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIPOTERMIA 73

2. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIPERTERMIA 74

3. CONTROL DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL 75

4. EXTRACCIÓN DE SANGRE DE VÍA VENOSA PERIFÉRICA 76

5. APOYO EN LA PUNCIÓN LUMBAR 77

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIPOTERMIA	I – II - III

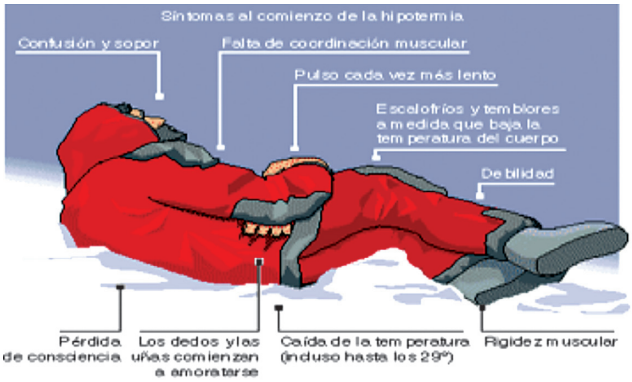
DEFINICIÓN

Son las acciones que realiza el personal de enfermería para que el paciente que tiene debajo de 35,7ºC tenga complicaciones, mediante medios físicos o medicación.

FORMAS DE COLOCACIÓN

Hipotermia

Caida de la temperatura corporal. La hipotermia es un fenomeno controlado



Hipotermia



EQUIPOS

- Lámpara o foco de calor.
- Manta térmica.
- Termómetros oral y rectal.
- Fonendoscopio
- Tensiómetro

MATERIALES E INSUMOS

- Bebidas calientes.
- Compresas calientes
- Medicación prescrita.
- Pañales.
- Manta.
- Ropa de cama.
- Bolsa de agua caliente.
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevar a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente sobre el objetivo del procedimiento a realizar.
4. Preservación de la privacidad del paciente.
5. Toma de la temperatura para confirmar la hipotermia.
6. Mantención de la ropa de cama limpia y seca.
7. Cambio y mantención de los apósitos, vendajes, pañales secos.
8. Buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación y por tanto la pérdida de calor, proporcionando bebidas calientes ricas en hidratos de carbono que no contengan alcohol ni cafeína (son potentes diuréticos).
9. Administrar la medicación prescrita, que puede incluir la perfusión de líquidos por vía IV templados.
10. Vigilancia de la perfusión tisular de las zonas dístales.
11. Control de signos vitales y diuresis con frecuencia (según indicación médica).
12. Aplicación de medios físicos externos:
    - Frazada, manta eléctrica si la hubiera.
    - Foco o flexo de calor.
    - Compresas calientes.
    - Bolsa de agua caliente.
    - Aumento la temperatura ambiente.
    - Cobertura de las extremidades con manoplas, calcetines, vendajes de algodón.
13. Recojo del material.
14. Lavado de manos.
15. Registro de los procedimientos de enfermería en el expediente clínico.

RECOMENDACIONES

- No se aplicarán los medios físicos directamente sobre la piel, se pondrá ropa de cama entre éstos.
- Control del tiempo de exposición a los medios físicos eléctricos para evitar quemaduras.
- Se le retirarán al paciente todos los objetos metálicos (joyas...), éstos se calientan muy rápido y pueden ocasionar quemaduras.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERÍA PARA LA HIPERTERMIA	I – II - III

DEFINICIÓN

Son las acciones que realiza el personal de enfermería cuando la temperatura corporal del paciente sube por encima de 38ºC mediante medios físicos o medicación, según prescripción médica.

TIPOS DE PACIENTES

Adulto	Niños
	

EQUIPOS

- Bandeja.
- Bolsa para hielo.
- Bañador.
- Ropa de cama.
- Termómetro oral y rectal.
- Tensiómetro y fonendoscopio

MATERIALES E INSUMOS

- Líquidos.
- Compresas húmedas.
- Esponja
- Hule.
- Hielo.
- Medicación prescrita.
- Pañales.
- Formulario de Registros.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevar a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente sobre el procedimiento a realizar.
4. Preservación de la privacidad del paciente.
5. Control de temperatura para confirmar la hipertermia.
6. Destapado del paciente.
7. Administración de la medicación prescrita.
8. Buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación procurando que no contengan hidratos de carbono.
9. Control de signos vitales, diuresis y nivel de conciencia cada 2 horas.
10. Mantención de la ropa de cama, apósitos, vendajes, pañales, etc. limpios y secos
11. Recomendación de reposo al paciente.
12. Aplicación de medios físicos externos:
    - Compresas frías en axilas, frente, ingles, huecos poplíteos, flexura del codo.
    - Baño con esponja.
    - Bolsa con hielo.
    - Mantener la temperatura ambiente aproximadamente entre 20º y 22º C.
13. Recojo del material.
14. Lavado de manos.
15. Registro de los procedimientos de enfermería en el expediente clínico.

RECOMENDACIONES

- En pacientes pediátricos la hipertermia puede producir convulsiones por lo tanto debe controlarse la hipertermia rápidamente.
- Evitar descensos bruscos en la temperatura éstos puede provocar el mismo efecto.
- No aplicar las bolsas de hielo directamente sobre la piel, cubrir con ropa de cama y no permanecerán más de 30 minutos en la misma zona para evitar quemaduras posteriores.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. APOYO DE ENFERMERÍA PARA EL CONTROL DE PRESIÓN VENOSA CENTRAL	**II - III**

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería que consiste en el apoyo a la medición de la presión venosa central (PVC) mediante un catéter insertado por el médico desde una vena subclavia hasta la aurícula derecha o vena cava superior, en un paciente de alto riesgo, o con la finalidad de administrar líquidos o medicamentos. Sus valores normales oscilan entre 0 a 5 cm de agua en la aurícula derecha y de 6 a 12 cm de agua en la vena cava. Su monitorización permite mantener una volemia adecuada.

EQUIPOS Y MATERIALES

- Equipo de presión venosa central.
- Manómetro, graduado en cm de H2O.
- Soporte de gotero.
- Suero fisiológico de 500 cc.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Colocación del manómetro verticalmente en el pie de gotero, recordando que el punto cero deberá coincidir con la línea axilar media del paciente.
- Giro de la llave de tres pasos de forma que el suero fisiológico llene la columna del manómetro.
- Giro de la llave de tres pasos de forma que se abra la conexión entre el manómetro y el catéter.
- Observación del descenso de la columna de líquido en el manómetro.
- La columna de líquido del manómetro comenzará a descender fluctuando con las respiraciones del paciente.
- Una vez estabilizado el líquido, durante un mínimo de 2-3 movimientos respiratorios, se realizará la lectura en el manómetro, indicándonos dicha lectura la PVC.
- Realización de la medición colocando los ojos a la altura de la columna.
- Giro de la llave de tres pasos de forma que permita el flujo de suero fisiológico hacia el catéter.
- Registro de la cifra de PVC en la hoja de enfermería.

RECOMENDACIONES

- El suero utilizado para medir la PVC no deberá llevar ningún tipo de medicación.
- Comunicación al médico, en caso de producirse cambios acentuados o mediciones de cifras anormales en la PVC.
- En caso de que el líquido descienda de forma rápida y sin fluctuaciones se revisará todo el sistema en busca de fugas.
- En caso de que el líquido descienda lentamente o no descienda se buscarán acodaduras, si la llave de tres pasos está en la posición correcta, ya que en caso contrario deberá suponerse que el catéter está obstruido.
- En caso de que el paciente esté conectado a ventilación mecánica, si es posible se desconectará para realizar la medición, en caso contrario se registrarán las condiciones en que se realizó la medición.
- Debe realizarse un registro horario de la diuresis y el volumen de líquidos aportados al paciente

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. EXTRACCIÓN DE SANGRE DE UNA VENA PERIFÉRICA	I – II - III

DEFINICIÓN

Es un procedimiento en el cual se canaliza un vaso sanguíneo venoso periférico, con el fin de tomar una muestra para examen de laboratorio realizado habitualmente por la auxiliar de laboratorio. En caso de ausencia de este personal, enfermería puede realizar este procedimiento.

MATERIALES

- Antiséptico.
- Tela adhesiva
- Ligadura
- Tubos para examen.
- Jeringa y aguja
- Caja de seguridad
- Torundas.
- Caja de eliminación de material cortopunzante.
- Guantes de procedimiento.
- Caja con unidad refrigerante.
- Hojas de enfermería.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Saludo y llamado al paciente por su nombre.
- Verificación de la orden del facultativo, el nombre del paciente y tipo de examen solicitado.
- Información al paciente del procedimiento a realizar.
- Acomodación al paciente en posición adecuada para abordar la vena
- Elección del sitio de punción de acuerdo a la edad y accesibilidad a la vena del paciente
- Preparación del sitio de punción:
- Aplicación del antiséptico y esperar que seque.
- Ligadura a 10cm. Sobre el sitio elegido a puncionar
- Colocación de guantes de procedimiento.
- Punción con técnica aséptica, en ángulo de 20 a 30 grados (dependiendo de la vena elegida), con el bisel hacia arriba y la aguja dirigida en sentido proximal.
- Extracción de sangre necesaria para el examen
- Retiro de la aguja y presión del sitio de punción por lo menos 3 minutos.
- Cobertura del sitio de punción con torunda seca o parche curita.
- Dejar cómodo y seguro al paciente
- Retiro del material, corto punzante de acuerdo a la norma
- Retiro de guantes desechando los mismos.
- Lavado de manos.
- Colocación de rótulos en los frascos y órdenes de acuerdo a la norma.
- Registros correspondientes.
- Envío de los frascos al laboratorio, según normas y con orden del profesional que lo solicita.

RECOMENDACIONES

- Compresión del sitio de punción hasta lograr hemostasia completa.
- Las muestras deben ser enviadas al laboratorio en un plazo prudente en un equipo adecuado, para asegurar un buen traslado.(ver normativa del laboratorio)

La muestra debe ir debidamente rotulada con los siguientes datos:

- Nombre y apellido
- Lugar de procedencia.
- Examen solicitado.
- Fecha de la toma del examen

La orden que acompaña a la muestra debe ir con:

- Nombre completo.
- R.U.T del paciente.
- Fecha de nacimiento (si procede)
- Fecha de la toma del examen
- Examen solicitado.
- Tipo de muestra.
- Nombre del médico.
- Lugar y timbre de procedencia

Y otros datos según la normativa del servicio que corresponda.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. APOYO DE ENFERMERÍA EN LA PUNCIÓN LUMBAR	**II - III**

DEFINICIÓN

Es un procedimiento de enfermería de apoyo a la punción lumbar con el objeto de toma de muestra del líquido céfalorraquideo o administración de anestesia raquídea o peridural, en los espacios L3-L4 ó L4-L5, ya sea para diagnóstico o tratamiento.
Los objetivos de la actuación de enfermería son:

- Unificación de criterios de actuación en la preparación del paciente y procedimientos de la técnica de punción lumbar.
- Proporciona miento de cuidados de calidad.
- Disminución del riesgo de infección.
- Prevención de efectos secundarios.
- Alivio de la ansiedad del enfermo.

EQUIPOS Y MATERIALES

- Carro de curaciones:
- Tres paños estérile
- Guantes estériles y no estériles
- Povidona yodada
- Gasas estériles
- Trócar de P.L. nº 18-20 y 22 (varios)
- Tubos secos para muestra de L.C.R
- Gradilla
- Anestesia local sin adrenalina
- Jeringas de 5cm y 10cm
- Agujas subcutáneas e intramusculares
- Manómetro de medición de L.C.R con llave de tres pasos
- Apósito estéril
  Contenedor para punzantes
  Bolsa para residuos.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. La punción lumbar debe realizarse con las máximas condiciones de asepsia:
2. Lavado de manos.
3. El médico y la enfermera irán equipados con mascarilla.
4. Aplicación de pomada anestésica en zona lumbar, si está indicada, veinte minutos antes de realizar la técnica.
5. Desinfección de la zona de punción con povidona yodada, con movimientos circulares, de dentro hacia fuera unos 40 cm de diámetro y esperar 2 minutos.
6. Colaboración con el médico en la técnica: medir presión conectando el manómetro, sujetar tubos para recoger el LCR.
7. Después de recoger las muestras y retirar el trocar se aplica presión directa sobre la zona, se desinfecta y se coloca un apósito estéril.
8. Realización de determinación de glucosa capilar.

RECOMENDACIONES

- El paciente deberá permanecer en decúbito prono durante al menos dos horas, sobre un plano horizontal estricto, y de 8 a 10 horas en decúbito supino.
- La tolerancia oral se iniciará tras la punción, aumentando la ingesta de líquidos para minimizar la aparición de cefalea.
- Vigilancia de zona de punción por si aparece sangrado
- Vigilancia constante de signos vitales cada 8 horas, durante las primeras 24h.

UNIDAD 8

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ACCIONES ASOCIADAS

Índice

1. PREPARACIÓN Y ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS 81

2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ORAL, VÍA SUBLINGUAL O POR SONDA NASOGÁSTRICA 83

3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RECTAL O VAGINAL 85

4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA CUTÁNEA O TÓPICA 86

5. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA OFTÁLMICA 87

6. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ÓTICA 88

7. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA RESPIRATORIA – INSTILACIÓN 89

8. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INHALATORIA 90

9. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR AEROSOLTERAPIA (NEBULIZACIÓN) 91

10. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRADÉRMICA 92

11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA SUBCUTÁNEA 93

12. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA INTRAMUSCULAR 94

13. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VÍA ENDOVENOSA 95

14. TÉCNICA DE INSERCIÓN DE CATÉTERES PERIFÉRICOS 97

15. CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES PERIFÉRICOS 99

16. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS 100

17. COLOCACIÓN DE TUBO DE GUEDEL O TUBO DE MAYO 101

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. PREPARACIÓN / ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS	**II - III**

DEFINICIÓN

Las preparaciones farmacológicas suelen estar diseñadas para una o dos vías de administración
Una de las responsabilidades más importantes de la enfermera profesional es la administración segura y precisa de fármacos, para el tratamiento de los pacientes que padecen alteraciones en su salud, debe conocer la enfermera los efectos tanto esperados como no esperados de un fármaco, debe administrarlo correctamente, vigilar la respuesta, debe además saber cuales son los problemas de salud anteriores y actuales del paciente para determinar la seguridad de la administración de un fármaco
De manera legal las enfermeras profesionales están autorizadas para administrar todo tipo de medicación a los pacientes, con la indicación escrita del médico, las enfermeras pueden cuestionar cualquier orden que no parezca razonable y negarse a administrar hasta que se aclare la indicación.

MATERIALES E INSUMOS

- Kardex de tratamiento.
- Bandeja o carro de tratamiento con:
- Medicamento prescrito por el médico.
- Vaso graduado.
- Vaso con agua.
- Cucharilla o vaso pequeño. (Administración de tabletas).
- Mortero para moler el medicamento. (En caso de dificultad para pasar el medicamento).
- Bolsa para desechos.
- Riñonera por si vomita el paciente.
- Historia Clínica

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Transcripción de la orden médica en la Hoja de Kardex de paciente y a tarjetas de tratamiento de Enfermería ajustando la dosis el horario de la medicación.
2. Comprobación de los antecedentes de alergia del paciente y anotarlos (si los hubiera) de forma visible en la hoja de tto. de Enfermería y en el Expediente clínico
3. Preparación de la medicación de cada paciente por separado.
4. Administración de los medicamentos preparados personalmente.
5. Eliminación de la medicación mal identificada, con fecha vencida, con cambios en su aspecto, color o que esté precipitada.
6. Rechazo de la medicación abierta, comprimidos partidos y no devolver al envase la medicación manipulada.
7. Para la medicación que debe ser administrada por vía parenteral utilización de agujas y jeringas desechables
8. Los viales de múltiples usos (ej.: insulinas, heparinas...) serán desinfectados antes de su uso con antiséptico sobre el tapón.
9. Comprobación repetida de la medicación preparada es la correcta en dosis, hora y vía de administración.
10. Etiquetado con rotulador el cuerpo de las jeringas, si fuera necesario.
11. Comprobación de que el paciente que va a recibir el medicamento es el paciente correcto. Preguntarle nombre y apellidos.
12. En pacientes que no puedan identificarse verbalmente o estén desorientados, verificación del nombre en el brazalete de identificación.
13. En niños, verificación de su identidad con los padres.
14. Información de la medicación administrada siempre que el paciente lo requiera. Restricción de dicha información en los casos en que el estado psíquico del paciente no lo permita o en aquellos casos en que exista un acuerdo previo del equipo de salud.
15. Comprobación reiterada de la medicación prescrita si el paciente tiene dudas sobre el tto. que se la va a aplicar.
16. Observación del paciente mientras toma la medicación.
17. Instrucción al paciente y/o familia para la autoadministración si es posible, en dosis y horarios indicados (Por ejemplo: medicación oral, tópica, rectal, trasdérmica, inhaladores...) para cuando el paciente deje el Hospital
18. Respeto al derecho del paciente a rechazar la medicación (cuando sea justificado), anotarlo en los registros de enfermería y comunicarlo al médico.
19. Registro de la administración de un fármaco en la hoja de medicación administrada, indicando: Nombre del fármaco, Dosis, Vía de administración, hora de administración, Firma y sello de la enfermera/o que lo administra.
20. Valoración y registro de cualquier efecto secundario que se produzca tras la administración del fármaco y comunicación al medico.
21. En caso de error u omisión en la administración comunicarlo al médico de inmediato y registrarlo en la hoja de evolución de enfermería y voluntariamente en la hoja de “Errores en la medicación”.
22. Registro de cualquier cambio de horario de la medicación prescrita y las causas que lo han producido (por ejemplo: realización de pruebas complementarias, o inicio de tratamiento).

RECOMENDACIONES

- No administración de ningún medicamento sin indicación médica escrita.
- Comprobación que la prescripción médica escrita contiene: Nombre del paciente, fecha de la prescripción de la indicación, nombre y dosis del fármaco a administrar, vía de administración. y frecuencia, firma y sello del médico que la prescribe.
- No aceptación de indicaciones medicas de tratamiento verbales ni telefónicas, excepto en casos de emergencia el médico procederá a registrar antes de las 24 horas, registrará la enfermera/o en la hoja de evolución de Enfermería, poniendo el nombre del médico que la prescribe y su nombre.
- A la hora de administración de un fármaco la enfermera debe asegurarse que la preparación farmacológica es la adecuada para la vía especificada
- Antes de la administración de un medicamento, se deben tener en cuenta las siguientes reglas de administración de medicamentos:
    - Administración del medicamento correcto
    - Administración del medicamento al paciente indicado
    - Administración de la dosis correcta
    - Administración del medicamento por la vía correcta
    - Administración del medicamento a la hora correcta
- Registro de todos los medicamentos administrados
- Información y orientación al paciente sobre los medicamentos que está recibiendo
- Comprobación de que el paciente no toma ningún medicamento ajeno al prescrito
- Investigación si el paciente padece alergias y descartar interacciones farmacológicas
- Antes de preparar y administrar un medicamento realizar lavado de manos
- El paciente tiene derecho a:
    - Estar informado del nombre del fármaco, su propósito, su efecto y de cualquier efecto adverso posible.
    - Rehusar cualquier medicación mediante justificación de tal proceder
    - Que una persona cualificada es decir una enfermera profesional o un medico valore su historia clínica incluyendo las alergias.
    - Tener información completa sobre la utilización experimental de cualquier fármaco, así como consentir o rechazar su utilización.
    - Recibir de forma segura medicamentos etiquetados.
    - Recibir la terapia auxiliar apropiada aso*ciada a la terapia farmacológica,*
    - *No recibir fármacos innecesarios*
- Las enfermeras que administran medicamentos son responsables de sus propios actos.
- Utilización sólo de medicamentos envasados y claramente etiquetados (devolver a farmacia medicamentos líquidos que estén turbios o hayan cambiado de color).
- No dejar medicación al lado de la cama
- La mayoría de los hospitales requiere nuevas indicaciones del médico para el cuidado post quirúrgico del paciente.
- Cuando una medicación es omitida por cualquier motivo, registrar el hecho junto con el motivo
- Cuando se comete un error con la medicación, informar inmediatamente a la enfermera supervisora o medico de responsable del paciente.
- Si el paciente vomita tras tomar la medicación por vía oral, informar al médico inmediatamente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ORAL, SUBLINGUAL O POR SONDA NASOGÁSTRICA	I - II - III

DEFINICIÓN

Son los procedimientos de enfermería para la administración de fármacos líquidos o sólidos por vía oral, sublingual o por sonda nasogástrica, de acuerdo a la prescripción médica, con fines terapéuticos para ser absorbidos por el aparato digestivo, con las siguientes consideraciones:

- Vía oral: el medicamento debe ser deglutido para que ejerza su efecto terapéutico.
- Vía sublingual: el medicamento debe ser colocado debajo de la lengua hasta que se disuelva sin deglutirlo.
- Vía nasogástrica: se utiliza esta vía cuando el paciente no puede deglutir y su administración es por la sonda hasta el tracto digestivo donde llega la misma.

MATERIALES E INSUMOS

- Kardex de tratamiento.
- Bandeja o carro de tratamiento con:
- Medicamento prescrito por el médico.
- Vaso graduado.
- Vaso con agua.
- Cucharilla o vaso pequeño. (Administración de tabletas).
- Mortero para moler el medicamento. (En caso de dificultad para pasar el medicamento).
- Jeringa de 10 ó 20 ml.
- Bolsa para desechos.
- Riñonera por si vomita el paciente.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos
2. Llevado del material necesario a la unidad del paciente
3. Explicación al paciente sobre el medicamento a recibir
4. Verificación del medicamento con el expediente clínico y el kardex de tratamiento.
5. Tome el frasco o envase, lea el rótulo con el kardex de tratamiento.
6. Destape el frasco y coloque la tapa con los bordes hacia arriba.
7. Si es Jarabe verter el medicamento sobre el vaso graduado hasta el nivel indicado de acuerdo a la prescripción médica.
8. Si es vía sublingual, colocar el medicamento debajo de la lengua y esperar que se disuelva para asegurarse de que no lo degluta.
9. Si es por sonda nasogástrica, se debe diluir el líquido o el polvo en agua para su ingreso por la sonda hasta el estómago.
10. Aseguramiento de que el paciente haya deglutido el medicamento, antes de retirarse de su lado.
11. Si la administración es por sonda nasogástrica, triturar la medicación y diluirla con agua (mínimo de 30cc) si no está contraindicado. En niños, se diluirá con 20 cc, dependiendo de su edad.
12. Previa verificación de la permeabilidad de la SNG, pinzar la sonda y conectar a su extremo la jeringa de 50 cc sin émbolo, llenando la misma con 10cc de agua destilada (2 – 5 cc en niños pequeños), retirar la pinza para permitir que ingrese la solución por gravedad.
13. Vaciado del contenido del vaso con la medicación diluida en la jeringa para que baje por gravedad.
14. Adición de 10 a 20 cc de agua destilada o solución fisiológica tras la medicación.
15. Pinzado posterior de la sonda por una hora como mínimo para que absorba la medicación, lavado de la jeringa y cambio cada 24 horas.
16. Verificación de la comodidad del paciente y retiro del material de su unidad.
17. Lavado de las manos
18. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, via, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.






RECOMENDACIONES

- Asegurarse de la capacidad de deglución del paciente. En caso de estar disminuida o anulada se notificará para elegir otra vía de Administración
- No administrar ningún medicamento sin orden medica
- Es responsabilidad de la enfermera verificar que el paciente tome su medicamento, presenciando la ingestión del mismo.
- Relación de ciertos medicamentos con el agua, con los alimentos o las horas de administración.
- Después de administrar jarabes que actúan sobre las vías respiratorias y antiacidos no ofrecer agua al paciente
- Los medicamentos castro-erosivos se administrarán en las horas de las comidas y nunca inmediatamente antes de acostarse.
- Preservación de los medicamentos de la humedad, luz y aire.
- No fraccionar los comprimidos si no están rasurados, por la dificultad de precisión de dosis.
- No triturar ni diluir las formas de liberación controlada ni las que tengan recubrimiento entérico.
- Disolución completa de las formas efervescentes.
- Grageas y cápsulas no triturar ni quitar la cápsula protectora porque se puede modificar el lugar de absorción y provocar efectos indeseados.
- Administración con abundante cantidad de agua y con el estómago vacío para asegurar un tránsito rápido hacia el intestino.
- No administración con leche o alcalinos ya que estos desintegran prematuramente la cobertura protectora
- Si se administran cápsulas por vía sublingual se deben perforar.
- Polvos administrar inmediatamente después de la disolución.
- Jarabes, cuando se administra con otros medicamentos, el jarabe se toma siempre en último lugar.
- En pacientes diabéticos, comprobar el contenido de azúcar y el contenido de alcohol en niños.
- Suspensiones agitar bien antes de administrar.
- Los medicamentos orales están contraindicados en pacientes inconscientes, en aquellos cuya absorción en el tracto gastrointestinal es deficiente y es inapropiada en casos de náuseas o vómitos.
- En narcóticos orales comprobar el registro con el recuento previo.
- Tras retirar el comprimido llenar el formulario de control de narcóticos.
- Cuando el paciente manifiesta que la medicación que le vamos a administrar es diferente de la que ha venido tomando, no administrar la medicación sin comprobar la orden original.
- Si la medicación fue rechazada por el paciente registrar y documentar el motivo.
- Las enfermeras que administran medicamentos son responsables de sus propios actos.
- Cuando una medicación es omitida por cualquier motivo, registrar el hecho junto con el motivo
- Cuando se comete un error con la medicación, informar inmediatamente a la enfermera supervisora
- Si el paciente vomita tras tomar la medicación por vía oral, informar a la supervisora de enfermería

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA RECTAL O VAGINAL	**II - III**

DEFINICIÓN

Es la aplicación de fármacos en el recto a través del ano, con el objetivo de aliviar la congestión hemorroidal, tratar la infección local, reblandecer materia fecal y estimular el peristaltismo, obtener acción terapeútica: antipirética, broncodilatadora, antiespasmódica, anti-inflamatoria, anticonvulsivante o cuando se necesita acción rápida.
Es la aplicación de fármacos en la mucosa vaginal con fines terapéuticos

EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:
- Tarjeta de medicamento o Kardex de Enfermería.
- Medicamento prescrito (supositorios) o medicamento en líquido como el diazepan.
- Equipo de aseo perineal
- Guantes
- Bolsa plástica para desechos.
- Vaselina sólida o líquida.
- Papel higiénico o gasa.
- Chata

PROCEDIMIENTO

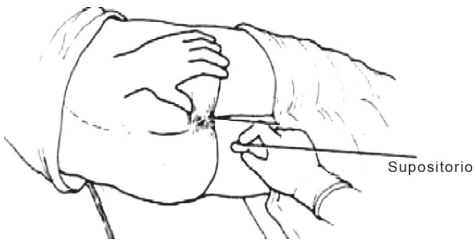
Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

VÍA RECTAL

1. Lavado de las manos
2. Preparación y llevado del material a la unidad del paciente
3. Explicación al paciente sobre la administración del medicamento
4. Verificación de los 5 pasos correctos
5. Presentación del medicamento.
6. Colocación del paciente en decúbito lateral izquierdo con la pierna derecha flexionada.
7. Visualización de la región anal.
8. Colocación de los guantes utilizando las técnicas correctas.
9. Apertura del envase del medicamento.
10. Separación de los glúteos con la otra mano.
11. Introducción suave del supositorio en el recto con el dedo índice lo más profundo posible (en caso que el paciente padezca hemorroides, presionar ligeramente alrededor del ano para disminuir el volumen de la hemorroides y el dolor.
12. Retiro del dedo lentamente, presionar la zona hasta que desaparezca el impulso de expelerlo.
13. Limpieza del área con una gasa o toalla de papel, lavar y quitarse los guantes.
14. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, via, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

VÍA VAGINAL

1. Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
2. Cumplimiento de los 5 pasos del procedimiento rectal.
3. Solicitud al paciente que miccione preservando su intimidad
4. Colocado de los guantes
5. Preservación de la intimidad del paciente.
6. Colocación a la paciente en posición de litotomía, y ponerle la cuña.
7. Realización del aseo perineal
8. Separación de los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.
9. Introducción del óvulo vaginal lubricado, o el aplicador, de 5 a 7 cm. (empujar el émbolo del aplicador para depositar la medicación en el interior de la vagina).
10. Colocación a la paciente en decúbito supino con las caderas mas elevadas que los hombros de forma que el liquido fluya hacia el fondo de saco posterior de la vagina, estando la misma sobre una chata.
11. Proporcionamiento de comodidad para la región lumbar de la espalda con una almohada.
12. Colocación de la salea de tela y hule bajo la cuña.
13. Cobertura de las piernas con un campo, quedando solo expuesta la región perineal
14. Colocación de la solución de la irrigación en el trípode a una altura de 30cm (para que la presión de la solución no sea elevada para no dañar la mucosa vaginal)
15. Caída parcial del fluido sobre la zona perineal y después insertar la cánula cuidadosamente en la vagina, dirigiendo la cánula hacia el sacro siguiendo la dirección de la vagina
16. Inserción de la cánula de 7 a10 cm, comenzando el flujo, girar la cánula varias veces para que la rotación irrigue todas las partes de la vagina.
17. Utilización de toda la solución de irrigación permitiendo que fluya hacia la chata
18. Retiro de la cánula de la vagina
19. Acomodación adecuada de la paciente, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
20. Recojo del material.
21. Retiro de los guantes.
22. Lavado de manos.
23. Anotación en los registros de Enfermería


Supositorio





RECOMENDACIONES

- No forzar la entrada si hay alguna resistencia ni insertarse en un bolo de heces.
- Mantenimiento de la consistencia correcta del supositorio o del óvulo vaginal
- Los enemas medicamentosos se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- Si el supositorio está demasiado blando, se puede aumentar su consistencia manteniéndolo en agua fría durante unos instantes.
- Si es de efecto laxante, se administrará 30 minutos antes de las comidas ya que el aumento del peristaltismo por la ingesta de alimentos facilita su acción.
- Si no es de efecto laxante se administrará entre las comidas y procurara el paciente retenerlo.
- Se debe administrar por la base plana el supositorio.
- Para las pomadas de uso interno se debe introducir el aplicador profundamente.
- Para los enemas, si son de retención, se pondrán siempre en las horas entre las comidas, y a una temperatura de 40 grados para no estimular el peristaltismo.
- Debe el paciente en la enema de retención: procurar contener el líquido durante 30 minutos, se debe administrar con la sonda más fina posible para producir la menor presión sobre el recto y provocar menor sensación de defecar.
- Para el enema de eliminación: procurar retener el líquido durante 15 minutos y no más de 30.
- Para retener el enema colocar al enfermo del lado izquierdo.
- Para expulsarlo, colocarlo del lado derecho.
- Si la paciente desea colocarse el óvulo se le debe permitir.

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN LA ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS Y ACCIONES ASOCIADAS

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA CUTANEA O TOPICA	I - II - III

DEFINICIÓN

La medicación tópica para administrar incluye medicamentos dermatológicos, irrigaciones e instilaciones. Las irrigaciones pueden o no tener medicación.

Las preparaciones dermatológicas incluyen lociones, linimentos, ungüentos, pastas y polvos

MATERIALES E INSUMOS

- Kardex o tarjeta de tratamiento.
- Bandeja o carro de tratamiento con:
- Medicamento prescrito por el médico prescrito (polvo, loción, crema, pomada, ungüento, pasta, gel, espuma, parche transdérmico),
- Bolsa para desechos.
- Riñonera por si vomita el paciente.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de las manos
2. Preparación y llevado del material a la unidad del paciente
3. Explicación al paciente sobre la administración del medicamento
4. Colocado de los guantes.
5. Valoración del estado de la piel del paciente.
6. Lavado de la zona a tratar con Solución fisiológica o agua destilada y secar sin friccionar, si es necesario y no esta contraindicados secar con golpecitos con gasa
7. Extracción de la medicación del envase con la ayuda de un depresor de lengua o aplicar directamente, dependiendo del fármaco, y extender sobre la superficie cutánea afectada en la dirección del vello para prevenir la irritación de los folículos pilosos.
8. Si es loción verter en una gasa distribuir en la piel y con ella dar golpecitos sobre el área cutánea.
9. Si se utiliza un linimento frotarlo sobre la piel con las manos haciendo movimientos largos y suaves.
10. Para una cobertura completa no se debe ver la piel a través de la crema o el ungüento.
11. Aplicación de un parche transdérmico preenvasado según se indique
12. Cuidado para que el medicamento no entre en contacto con los ojos y las mucosas.
13. Cobertura de la zona con gasa, apósito y/o vendaje si está indicado.
14. Disposición al paciente de ropa de cama limpia tras el tratamiento (pijama o camisón y sabanas si es necesario)
15. Colocación al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
16. Recojo del material.
17. Retiro de los guantes.
18. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, via, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable

RECOMENDACIONES

- Administrar los medicamentos transdérmicos siempre a la misma hora, alternando las zonas de aplicación con el fin de no provocar irritación cutánea.
- Determinar la cantidad de sustancia requerida para su aplicación, valorando el área afectada, revisando la indicación de prescripción y leyendo cuidadosamente las instrucciones de aplicación (generalmente es suficiente con una capa fina).
- Se deben tener en cuenta normas de bioseguridad.
- Se debe utilizar técnica estrictamente aséptica cuando se trata una herida abierta

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA OFTALMICA	I - II - III

DEFINICIÓN

Es la aplicación de medicamentos o soluciones en los ojos con fines diagnósticos y de tratamiento

MATERIALES E INSUMOS

- Kardex de tratamiento.
- Bandeja o carro de tratamiento con:
- Medicamento prescrito por el médico (solución o ungüento oftálmico prescrito)
- Aplicaciones o mechitas
- Torunda de gasa o algodón
- Cubeta o recipiente para desperdicios

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de las manos
2. Preparación y llevado del material a la unidad del paciente
3. Explicación al paciente sobre la administración del medicamento
4. Colocado de los guantes.
5. Colocación al paciente en la cama o sentado en una silla con la cabeza apoyada en un soporte
6. Limpieza de cualquier exudado que se reúna en los parpados con una gasa , yendo del ángulo interno al ángulo externo del ojo
7. Cargado del gotero o destapado del tubo con la medicación oftálmica, si corresponde.
8. Con el pulgar o índice de una de las manos, jalar hacia abajo el parpado inferior apoyando los dedos e el reborde óseo interno de la cavidad orbitaria. Sostenimiento del gotero o el tubo con el medicamento, entre los dedos pulgar e índice apoyando la mano con el dedo meñique en el reborde superior, para mayor precisión.



9. Solicitud al paciente que mire hacia arriba, colocando el medicamento, de acuerdo a la indicación medica, en el pliegue conjuntival del parpado inferior, las gotas en la zona central , las pomadas yendo del ángulo interno al ángulo externo del ojo sin tocar el ojo con el extremo del tubo
10. Solicitud al paciente que cierre los ojos lentamente y que permanezca en esa posición por algunos segundos: después de la administración correspondiente.
11. Colocación del paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales
12. Recojo del material.
13. Retiro de los guantes.
14. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, via, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Use un tubo o gotero para cada paciente
- No deje caer la medicación directamente en la cornea
- Identifique correctamente la medicación OFTALMICA cualquier ERROR puede llegar a CEGUERA

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ÓTICA	I - II - III

DEFINICIÓN

Las irrigaciones del conducto auditivo externo suelen realizarse por razones de limpieza, aunque ocasionalmente se prescriben aplicaciones de calor y soluciones antisépticas. Las irrigaciones requieren de técnica aséptica de forma que no se introduzcan microorganismos en el oído. La posición del conducto auditivo externo varía con la edad. En el niño menor de 3 años se dirige hacia arriba. En el adulto el conducto auditivo externo es una estructura en forma de S de unos 2.5cm de longitud.

MATERIALES E INSUMOS

- Kardex de tratamiento.
- Bandeja o carro de tratamiento con:
- Medicamento prescrito por el médico prescrito (frasco de medicación con cuenta gotas, con punta de goma flexible para el extremo del gotero), dosis, cantidad, concentración, temperatura, horario.
- Aplicaciones o mechitas
- Torunda de gasa o algodón
- Cubeta o recipiente para desperdicios

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTO

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar
4. Colocado de los guantes.
5. Si es niño o el paciente no colabora obtener ayuda para evitar lesiones por movimientos bruscos.
6. Colocación al paciente en decúbito lateral con el oído afectado hacia arriba, siempre que sea posible.
7. Alineamiento del canal auditivo traccionando del pabellón auricular hacia atrás y afuera.
8. Limpieza suave con una torunda de algodón o aplicadores estériles empapada en suero fisiológico tibio el cerumen de la parte más externa del canal auditivo, si lo hubiera.
9. Instilación de las gotas prescritas a la temperatura corporal del paciente colocando el cuenta gotas a 1 cm sobre el canal auditivo.
10. Indicación al paciente que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos., para evitar que las gotas se escapen
11. Aplicación de un suave masaje o presión con el dedo sobre el oído.
12. Colocación de una bolita de algodón sobre el orificio del conducto auditivo externo si está indicado.
13. Valoración de la cantidad y características de la secreción purulenta, el aspecto del canal, molestias, inmediatamente después de la instilación y pasado un periodo tras el que la medicación debe haber actuado, revisado de la torunda de algodón por si se encuentra supuración.
14. Retiro del material
15. Lavado de las manos
16. Recojo del material.
17. Retiro de los guantes.
18. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

IRRIGACIÓN

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar
4. Durante la irrigación, explicación al paciente que puede experimentar una sensación de repleción, calor o molestias cuando el fluido toca la membrana timpánica
5. Colocación al paciente en posición sentado o en decúbito, con la cabeza girada hacia el oído afectado.
6. Colocación del campo impermeable en el hombro del paciente
7. Llenado de la jeringa de asepto, con la solución que debe estar a 37ºC de temperatura
8. Levantado del contenedor de la irrigación, enderezando el conducto auditivo
9. Inserción de la punta de la jeringa en el meato auditivo y dirigir la solución suavemente hacia arriba contra el techo del conducto, que fluirá alrededor del conducto, saliendo por el suelo del mismo.
10. La solución se instila con suavidad ya que una presión fuerte del fluido puede producir molestias y dañar la membrana timpánica.
11. Continuación del instilando del fluido hasta que se utilice toda la solución, hasta limpiar completamente el conducto. Tener cuidado de no bloquear la salida de la solución con la jeringa.
12. Secado del exterior del oído con torundas de algodón. Introducción de una torunda de algodón en el meato auditivo para absorber el exceso de fluido
13. Colocación del paciente en decúbito lateral sobre el lado afectado para drenar el exceso de líquido por gravedad.
14. Valoración de cualquier molestia del paciente, así como el aspecto y olor del liquido que retorna
15. Documentación de la información relevante incluyendo tipo, concentración, cantidad, temperatura de la solución
16. Retiro del material.
17. Retiro de los guantes.
18. Lavado de manos.
19. Registro en la hoja de enfermería la hora, dosis, referencia de dolor, etc.

RECOMENDACIONES

- Si es necesario previa instilación, realice limpieza del conducto auditivo y del pabellón auricular
- No administrar medicamentos cuyas etiquetas sean ilegibles o su fecha de vencimiento sobrepase su limite
- No administrar medicamentos que hubiese preparado otra persona
- No dejar la bandeja en las piezas y otros lugares; téngalos siempre a la vista

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA RESPIRATORIA - INSTILACIÓN	**I - II - III**

DEFINICIÓN

Las instilaciones nasales (gotas nasales) suelen ser usadas por su efecto astringente (para contraer las membranas mucosas edematosas), para fluidificar secreciones y facilitar su expulsión o para tratar infecciones nasales o de los senos paranasales.

MATERIALES E INSUMOS

- Kardex de tratamiento.
- Bandeja o carro de tratamiento con:
- Medicamento prescrito por el médico
- Gotero
- Aplicadores, gasas
- Toallitas de papel
- Cubeta o recipiente para desperdicios

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar
4. Solicitud al paciente que mantenga una narina cerrada y que expulse el aire con suavidad por la otra.
5. Escuchado del sonido producido por una obstrucción al paso del aire. Repetición del procedimiento con la otra narina
6. Valoración de signos de distrés respiratorio.
7. Valoración de molestias faciales. Un seno infectado o congestionado puede producir una sensación de tensión y dolor sobre la región del seno y dolor facial a la palpación
8. Valoración cualquier costra, enrojecimiento, hemorragia o supuración de las membranas mucosas a través de las narinas

Para administrar gotas:

9. Colocación del paciente en decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás.
10. Levantamiento ligero de la punta de la nariz del paciente.
11. Instilación de las gotas 1 cm. por encima de las narinas dirigiéndolas hacia la línea media del cornete superior, .las gotas fluirán hasta la nasofaringe donde se abre la trompa de Eustaquio.
12. Mantenimiento de la cabeza del paciente inclinado hacia atrás después de la instilación durante unos cinco minutos.
13. Para tratar los senos etmoidales y esfenoidales el paciente debe estar en decúbito supino con la cabeza hiperextendida sobre el borde de la cama o con una almohada bajo los hombros (posición de Proetz).
14. Para tratar los senos maxilares o frontales la posición decúbito supino con la cabeza girada hacia el lado que va a ser tratado(posición de Parkinson)
15. Administración de la medicación, aspiración en el cuentagotas la cantidad requerida
16. Colocación de la punta del cuentagotas justo por encima de la narina y dirigir la solución lateralmente hacia la línea media, mientras el cliente respira por la boca
17. Repetición del procedimiento con la otra narina si esta indicado
18. Solicitud al paciente que permanezca por lo menos en la misma posición durante 5 minutos
19. Ofrecimiento de toallita desechable al paciente para que retire los restos de la medicación que queden fuera de la nariz; pero sin sonarse.
20. Eliminación de cualquier volumen de solución que quede en el cuentagotas

Para administrar nebulizadores nasales:.

21. Colocación del paciente en posición Fowler o sentado.
22. Introducción del cartucho de medicamento según instrucciones del fabricante en una fosa nasal, mientras se sella la otra con un dedo.
23. Compresión del envase con los dedos para expulsar el medicamento y pedir al paciente que lo inhale al mismo tiempo.
24. Solicitud al paciente que exhale por la boca y que mantenga la cabeza inclinada hacia atrás durante varios minutos.
25. Colocación del paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
26. Recojo del material.
27. Retiro de los guantes.
28. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Conocer el efecto esperado de la medicación instilada
- Mantener la asepsia

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INHALATORIA	I - II - III

DEFINICIÓN

Cuando una medicación va dirigida a la mucosa nasal se inhala por la nariz, cuando va dirigida a tráquea, bronquios o pulmones se inhala por la boca.

MATERIALES E INSUMOS

- Kardex de tratamiento.
- Bandeja o carro de tratamiento con:
- Medicamento prescrito por el médico (spray o aerosoles)
- Aplicadores, gasas
- Toallitas de papel
- Cubeta o recipiente para desperdicios

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Lavado de las manos
- Preparación del material y llevado a la unidad del paciente
- Explicación al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- Colocación al paciente, sentado si está acostado, para permitir la máxima expansión torácica.
- Agitación del inhalador para mezclar su contenido.
- Destapado del inhalador y preparado para su utilización.
- Colocación del inhalador en posición invertida (en forma de L).
- Solicitud al paciente que haga una espiración lenta y profunda.

INHALADOR PRESURIZADO

1. Comprobación que el aerosol se encuentra bien acoplado al adaptador bucal de plástico.
2. Agitado del conjunto y retiro de la tapa.
3. Sostenimiento del frasco en posición invertida entre los dedos pulgar e índice. Introducción de la boquilla en la boca apretando los labios alrededor de la misma.
4. Realización de una espiración profunda (expulsando el aire por la nariz) y rápidamente
5. Realización de una inspiración profunda , sin brusquedad, por la boca presurizando al mismo tiempo el frasco entre los dedos y provocando una sola descarga.
6. Retención del aire inspirando unos segundos (cinco) y expulsarlo a continuación lentamente. Para volver a realizar una nueva inhalación, se esperará un minuto.
7. Colocación del paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
8. Retiro de los guantes.
9. Recojo del material.
10. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

INHALADORES PRESURIZADOS CON CÁMARA

1. Agitación del inhalador con cada inhalación adaptando a la cámara.
2. Pulsado del dispositivo del cartucho.
3. Realización de una espiración profunda.
4. Adaptación del extremo de la cámara a la boca del paciente.
5. Realización de una inspiración profunda, recomendando un período de apnea de10 segundos.
6. Realización posterior de tres inspiraciones y espiraciones lentamente.
7. Sólo se abrirá la cámara cada tres inhalaciones, no es preciso abrirla después de cada inhalación.
8. No es preciso esperar entre una y otra inhalación.
9. Nota: No es necesario sincronizarse la inspiración profunda con la salida de medicación, ya que se puede pulsar el cartucho sin haberse adaptado la cámara en la boca.
10. Indicación al paciente que se enjuague la boca y la realización de gargarismos con bicarbonato sódico o antiséptico bucal diluidos en agua, si el inhalador lleva corticoides.
11. Recojo del material.
12. Retiro de los guantes.
13. Registo en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Uso de la cámara de inhalación cuando exista dificultad para una correcta sincronización mano – pulmón (sobre todo en ancianos y niños).
- La boquilla del inhalador se debe limpiar todos los días con agua y jabón, secar.
- Cuando se utilice más de un inhalador administrar primero el broncodilatador, dejando para el final los corticoides (el broncodilatador abrirá la vía aérea y permitirá que el corticoide tenga el máximo efecto).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR AEROSOLTERAPIA (NEBULIZACIÓN)	I - II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la terapia con un nebulizador, que se utiliza para administrar un vapor fino de medicación o para humidificare existen dos tipos de nebulizaciones: atomización y aerosoles. En la atomización, un dispositivo denominado atomizador produce gotitas relativamente grandes para su inhalación. Los aerosoles o terapia inhalatoria son gotitas que están suspendidas en un gas, como el oxigeno, cuando mas pequeñas son las gotitas, mas profundamente pueden ser inhaladas en el tracto respiratorio

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Nebulizador con mascarilla (adulto- pediatría) con boquilla, conexión para vaso nebulizador • Oxigeno (portátil o de pared)	• Kardex de tratamiento. • Bandeja o carro de tratamiento con: • Medicamento prescrito por el médico • Antiséptico bucal, bicarbonato sódico • Toallitas de papel • Cubeta o recipiente para desperdicios

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia sobre el procedimiento a realizar
4. Colocación al paciente sentado o en posición Fowler, si su estado lo permite.
5. Enroscado de la conexión al caudalímetro y éste a la fuente de O2 .
6. Introducción de la medicación en el vaso del nebulizador, diluida con solución fisiológica si esta indicado.
7. Enroscado del vaso a la mascarilla; conexión a la alargadera de O2 al vaso nebulizador y a la conexión del caudalímetro.
8. Regulación del flujo de O2 en el caudalímetro hasta el logro de una fina niebla (Aproximadamente de 6 a 8 litros/minuto).
9. Comprobación de la correcta salida de vapor por la mascarilla.
10. Colocación de la mascarilla al paciente.
11. Explicación al paciente que realice inspiraciones profundas, manteniéndolas uno ó dos segundos antes de la espiración.
12. Mantenimiento del nebulizador de 10 a 15 minutos.
13. Retiro del equipo nebulizador y administración de oxigenoterapia si estuviera prescrita.
14. Indicación al paciente, enjuague con antiséptico bucal o bicarbonato sódico diluidos de la cavidad bucal, si se le hubieran administrado corticoides.
15. Colocación al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
16. Recojo del material.
17. Retiro de los guantes.
18. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

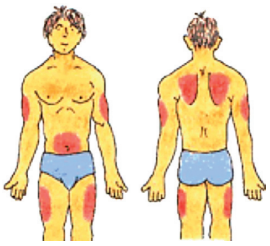
RECOMENDACIONES

- Mantenimiento de la piel de la cara limpia y seca para evitar la irritación cutánea.
- En neonatos con oxigenoterapia en carpa, se fijará el nebulizador sin la mascarilla en el interior de la carpa, de manera que el medicamento pueda ser inhalado dentro de la misma.
- El volumen del medicamento más el del disolvente debe de ser 4 ml. para nebulizar
- Se administra con aire comprimido y oxígeno a un caudal entre 6-8 litros.
- La nebulización dura de 4-8 minutos.
- Se aconseja dar agua después de sesión de aerosol y lavar con bicarbonato para evitar micosis (corticoides).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRADERMICA	I - II - III

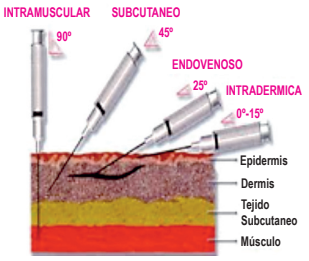
DEFINICIÓN

Es la introducción de pequeñas cantidades de solución en la capa dérmica









MATERIALES E INSUMOS

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:

- Tarjeta de medicamentos o kardex de Enfermería.
- Medicamento prescrito.
- Jeringa descartable de 1cc. o de turberculina.
- Aguja hipodérmicas 0.6 a 1.5 ml. X 25 a 27.
- Torundero con torundas de algodón humedecidos con alcohol yodado.
- Sierrita.
- Tijera.
- Bolsa plástica para deshechos.
- Frascos para desechos cortopunzante.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia del procedimiento a realizar
4. Verificación de los 5 correctos.
5. Realización de la lectura de la etiqueta del medicamento prescrito.
6. Preparación del medicamento de acuerdo a técnica descrita anteriormente.
7. Selección del sitio de la inyección (antebrazo, región escapular).
8. Limpieza del lugar de la inyección en forma rotatoria del centro hacia fuera con alcohol.
9. Para vacuna B.C.G. utilizar agua estéril
10. Colocación del algodón entre los dedos de mano no dominante.
11. Se deja secar la piel antes de introducir la aguja.
12. Estiramiento de la piel con el dedo pulgar de la mano, con la otra introducir la aguja en la dermis con el bisel hacia arriben un ángulo de 15° (debe introducir solamente el bisel)
13. Inyección de la dosis de medicamento (1 décima de cc.) observando la formación de una pequeña pápula.
14. Retiro de la aguja en el mismo ángulo que se introdujo aplicando una torunda de algodón con alcohol o seco sin friccionar ni presionar.
15. Realización de una marca alrededor del sitio de la inyección, para facilitar la localización en el momento de la lectura.
16. Recojo del material.
17. Retiro de los guantes.
18. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Se utiliza sobre todo en el Test de Tuberculina (Mantoux) y para la realización de las pruebas de alergia.
- Con este tipo de inyección se administran pequeñas cantidades de medicación (0.01-0.1 ml.).
- Tener a mano Epinefrina, un broncodilatador y un antihistamínico
- En caso de vacunas B.C.G. usar músculos deltoides derecho
- No hacer masaje ni presión para no dispersar la solución en los tejidos.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA SUBCUTANEA	I - II - III

DEFINICIÓN

Es la inyección de una cantidad determinada del líquido, a través de la piel en el tejido subcutáneo, con el objetivo de prevenir y controlar la enfermedad como también aliviar molestias que no requieran acción inmediata.

MATERIALES E INSUMOS

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:
- Tarjeta de medicamentos o kardex de Enfermería.
- Medicamento prescrito.
- Jeringa descartable de 1cc. o de turberculina.
- Aguja hipodérmicas 0.6 a 1.5 ml. X 25 a 27.
- Torundero con torundas de algodón humedecidos con alcohol yodado.
- Sierrita.
- Tijera.
- Bolsa plástica para deshechos.

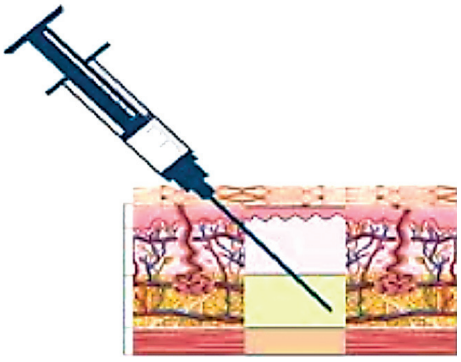
PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia del procedimiento a realizar
4. Seguimiento de los pasos de preparación de medicamento
5. Elección de la zona a puncionar:
   - Tercio medio superior del brazo
   - Caras anteriores laterales del muslo
   - Periumbilical.
   - Flanco derecho o izquierdo.



6. Desinfección del área con un algodón empapado en alcohol con movimientos circulares del centro a la periferia.
7. Sostenimiento del algodón entre sus dedos.
8. Presión de la piel con los dedos de una mano, y formar un pliegue e introducir la aguja con el bisel hacia arriba.
9. Sostenimiento de la jeringa entre los dedos pulgar, índice y medio de la otra mano, en ángulo de 90°.
10. Soltado de la piel y con la misma mano, fijando la posición de la jeringa presionando el puño de la aguja.
11. Aspiración con el embolo y cerciorarse de no estar en un vaso sanguíneo si lo está formar nuevamente pliegue y modifique la posición de la aguja.
12. Repetición de la aspiración e introducción de la solución empujando el embolo suavemente con el dedo pulgar.
13. Toma del algodón entre sus dedos, y aplicación de ligera presión sobre el extremo de la aguja que se encuentra dentro del tejido y retirar rápidamente la jeringa con la aguja
14. Presión y masaje suave del área con una torunda de algodón
15. Si el paciente recibe terapia parenteral subcutánea prologada, rote los sitios de inyección, siguiendo el orden de la manecilla de un reloj.
16. Si el paciente recibiera terapia parenteral indefinida, permítale un aprendizaje progresivo bajo supervisión. Esté seguro de su aprendizaje para su aplicación en domicilio.
17. La cantidad de líquido máximo de administración por vía S.C. es de 2.5 cc.
18. Cuando no se tiene jeringa y aguja adecuada para esta vía debe administrarse en un ángulo de 35° a 45°.
19. Recojo del material.
20. Retiro de los guantes.
21. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.



RECOMENDACIONES

- Las zonas de punción más frecuentes son: Abdomen, parte externa de los brazos, parte externa de los muslos, glúteos. Se debe seleccionar el punto de inyección alejado del ombligo y por encima de las crestas iliacas así se reduce la probabilidad de hematoma
- La heparina se inyectará siempre en el abdomen. justo por encima del nivel de la espina ilíaca anterior y requiere de precauciones especiales dado los efectos anticoagulantes del fármaco.
- No comprobar si existe reflujo de sangre ni aplicar masaje sobre la zona después de la inyección, ya que se pueden romper los pequeños vasos sanguíneos y originar un hematoma.
- En pacientes a los que haya que administrar inyecciones subcutáneas constantemente se rotará la zona de punción para evitar lipodistrofias (Ej. Insulina)
- Por vía subcutánea se deben administrar dosis pequeñas 0.5 a 1ml de fármacos hidrosolubles, debido a que el tejido es sensible a a las soluciones irritantes y a volúmenes grandes
- En jeringas precargadas, no eliminar la burbuja de aire.

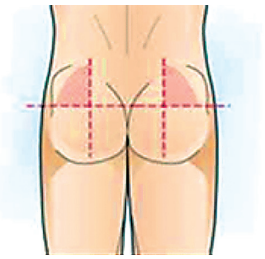
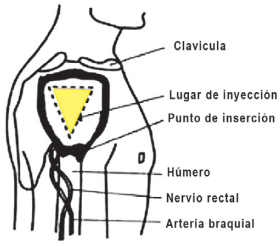
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA INTRAMUSCULAR	I - II - III

DEFINICIÓN

Administración de sustancias biológicas o química en el tejido muscular.

MATERIALES E INSUMO

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:
- Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:
- Kardex de tratamiento.
- Medicamento indicado por el médico.
- Jeringa descartable de 2 a 5 ml.
- Aguja de calibre 21 o 22.
- Torunda húmeda con alcohol yodado al 1 %.
- Bolsa plástica y frasco para desecho de material punzo cortante.

Glúteo: Cuadrante Superior externo.	**b) Deltoides:** 2 a 3 traveses del dedo del acromion	**c) Muslo:** En el centro del muslo.
		

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia el procedimiento a realizar
4. Verificación de los 5 correctos.
5. Verificación del medicamento del paciente mediante la lectura de la etiqueta.
6. Cargado del medicamento de acuerdo al procedimiento anterior.
7. Selección del sitio de administración
8. Limpieza del sitio de la inyección en forma rotatoria del centro hacia fuera, hasta que la piel este limpia.
9. Colocación del algodón entre los dedos de su mano dominante dejando secar la piel antes de inyectar.
10. Sujeción con la mano no dominante la región a inyectar manteniéndola tensa.
11. Introducción de la aguja con un movimiento firme y rápido en un ángulo de 90 grados.
12. La rapidez del movimiento disminuye el dolor cuando pasa la aguja a nivel de los receptores sensitivos de la dermis.
13. Inmovilización de la jeringa y aspiración suave para asegurarse de no estar en una vaso sanguíneo (si está en un vaso tensado o formación nueva del pliegue y cambiado de posición de la aguja) aspirando nuevamente.
14. Introducción del medicamento empujando el embolo suavemente con el dedo pulgar.
15. Colocación del algodón cerca de la aguja retirando con movimientos rápidos en el mismo ángulo que se introdujo.
16. Masaje en el sitio de la inyección.
17. Recojo del material.
18. Retiro de los guantes.
19. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable

RECOMENDACIONES

- El inyectar rápido causa presión sobre los tejidos y provoca DOLOR.
- La zona de elección para punción y el tamaño de la aguja dependerá del desarrollo muscular del paciente Las zonas de punción son:
  - Músculo Glúteo Mayor (adultos)..... 0.1 a 5 ml.
  - Músculo Vasto Lateral Externo (adultos).. 0.1 a 5 ml.
  - Músculo Vasto Lateral Externo (niños)..... 0.1 a 1 ml.
  - Músculo Deltoides (adultos)..... 0.1 a 2 ml.
  - Músculo Ventroglúteo* (> 7 meses)..... 0.1 a 5 ml.
- Cuando la medicación supera los 5 ml. de líquido se cambiará el plano.
- Localización de los puntos de punción:
  - *Vasto externo: 1/3 medio.*
  - *Glúteo mayor: Por encima y hacia fuera de la línea que une la espina iliacaposterosuperior y el trocánter mayor del fémur (cuadrante supero externo del glúteo).*
  - *Ventroglúteo:*
- Se debe aspirar siempre para comprobar que la aguja no ha pinchado en vaso.
- Se debe conocer anatómicamente la localización de los huesos, músculos, nervios y vasos principales subyacentes

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS POR VIA ENDOVENOSA	**I - II - III**

DEFINICIÓN

Es la administración de medicamentos por vía parenteral, a través de la punción de una vena con una aguja y jeringa.

Administración en bolo	Administración en perfusión intermitente
Consiste en la introducción de una dosis concentrada de un fármaco directamente en la circulación sistémica	Es la infusión de pequeñas cantidades (50ml a 100ml)de líquidos IV, el liquido se encuentra en envase secundario . El envase o sachet se conecta con la vía IV principal, Los fármacos están diluidos y se infunden durante 30 a 60 minutos, Permite la administración de fármacos por ej., antibióticos que son estables en solución un tiempo limitado, Permite el control de la entrada de líquidos IV.

MATERIALES E INSUMOS

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:

- Torniquete o ligadura.
- Sierra para romper ampollas.
- Bolsa de desechos y frasco para material punzo cortante.
- Kardex de tratamiento.
- Tijera
- Jeringa desechable de 10 y 20 cc.
- Aguja desechable # 22 o 23.
- Torundero con torundas humedecidas con alcohol yodado al 1%.
- Suero fisiológico para dilusión
- Tela adhesiva antialergica

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia el procedimiento a realizar
4. Verificación de los 5 correctos.
5. Colocación al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino.
6. Localización de la zona de punción preferentemente en el área antecubital, escogiendo la vena de mayor calibre.
7. Colocación de un compresor o ligadura a 10 ó 15 cm. por encima del sitio de punción.
8. Aplicación de antiséptico en el lugar de punción dejando que seque.
9. Introducción de la piel con la aguja conectada a la jeringa formando un ángulo de 30º, con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena aproximadamente 0,6 cm.
10. Tiro del embolo de la jeringa y comprobar que fluye sangre hacia la jeringa verificando que la aguja se encuentra dentro de la vena.
11. Retiro del compresor e inyección del fármaco lentamente (o a la velocidad prescrita).
12. Retiro de la aguja y aplicación de presión en el lugar de punción con una gasa estéril durante al menos 3 minutos
13. **A través de una vía canalizada con perfusión continua, en caso de que exista llave de tres vías:**
14. Valoración del punto de inserción intravenosa en busca de signos de infiltración o flebitis, si existe no administre el fármaco, vuelva a canalizar vía en otro punto.
15. Retiro del tapón y colocado sobre una gasa estéril.
16. Limpieza de la entrada de la llave con antiséptico.
17. Inserción de la jeringa y girar la llave en la posición correcta para introducir la medicación (interrumpir la entrada de la infusión principal).
18. Aspiración con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.
19. Administración lenta a la velocidad prescrita.
20. Limpieza del catéter con 2 ó 3 ml de solución fisiológica, que previamente estaba cargado en otra jeringa.
21. Giro de la llave a su posición inicial, retiro de la jeringa volviendo a colocar el tapón.
22. Si no existe llave de tres vías, .limpieza de la goma del sistema IV con una torunda con antiséptico (zona de inserción en Y especial para inyección).
23. Cierre del sistema o pinzamiento del equipo de venoclisis.
24. Pinchado con la aguja en la goma, aspiración para comprobar la permeabilidad de la vía e introduciendo el medicamento lentamente o a la velocidad prescrita.
25. Retiro de la aguja y la jeringa.

26. Apertura del sistema y ajustado del ritmo de perfusión.
27. **A través de una vía canalizada, con obturador o tapón**
28. El procedimiento difiere del anterior en que:
29. Al terminar de administrar la medicación, se procederá a lavar el catéter con 2 ó 3 ml de Solución fisiológico o solución heparinizada.
30. Recojo del material.
31. Retiro de los guantes.
32. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable
33. Perforación del recipiente de la medicación con un equipo de suero.
34. En caso de que por esa vía se esté perfundiendo una solución continua, colgar el recipiente del medicamento por encima del nivel de la solución IV principal.
35. Seguimiento de los pasos de los procedimientos anteriores hasta conectar el sistema de infusión.
36. Administración de la medicación al ritmo prescrito o según las indicaciones del médico.
37. Retiro del sistema una vez administrada la medicación.
38. Ajustado del ritmo de goteo de la perfusión principal en caso de que se haya utilizado un sistema en "Y".
39. Observación del paciente mientras se le administra la medicación para valoración de la aparición de posibles reacciones adversas.(como respiración ruidosa, cambios en el pulso, escalofríos, nauseas o cefalea).
40. Si aparece cualquier reacción adversa disminución de la velocidad de infusión o suspender la infusión y comunicación inmediata al médico o a la enfermera jefe. Monitorización del paciente si corresponde.
41. Vigilancia de la zona de punción IV durante la administración (si aparece signos de infiltración interrumpir la medicación)
42. Desecho de la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos cortopunzantes y en la bolsa de patógenos , respectivamente
43. Retiro de los guantes y lavado de las manos
44. Vigilancia estrecha del paciente en busca de reacciones adversas cuando se administre el fármaco y durante varios minutos después
45. Acomodación del paciente adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
46. Recojo del material.
47. Registro de Enfermería, la dosis, la vía, la hora la duración de la administración y observaciones de efectos adversos y otros si procede.



RECOMENDACIONES

- Todo medicamento por vía endovenosa debe ser diluido
- Utilizar una aguja para cargar y otra para inyectar
- Durante su administración observe el paciente por cualquier reacción
- Cuando se administre medicación que sea incompatible con la perfusión IV principal se lavará el catéter con solución fisiológica antes y después de administrarla.
- Se evitará administrar medicación simultánea por la vía que esté pasando, Drogas vaso activas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina) Hemoderivados. Nutrición parenteral.
- En pacientes neonatos, lactantes y niños pequeños el volumen del diluyente utilizado oscilará entre 5 cc. y 50 cc., dependiendo de su edad y peso, para no producir sobrecargas cardiovasculares.
- Evitar canalizar en las venas de las áreas irritadas, infectadas o lesionadas.
- En tratamiento prolongado, empezar en las venas de la mano y paulatinamente ir pasando a puntos más proximales del brazo.
- Asegurarse durante la inyección del fármaco que hay retorno de sangre venosa.
- La enfermera debe prestar una atención especial para evitar errores en el cálculo y preparación de las dosis. Se debe realizar una doble comprobación de las "cinco normas" para la administración segura de fármacos, y conocer la acción deseada y los efectos adversos. Si existe un antídoto del fármaco debe estar disponible durante la administración
- Cuando se administran fármacos potentes se valoran los signos vitales antes durante y después de la infusión
- La inyección accidental de un fármaco en los tejidos puede causar dolor, escarificación de tejidos y abscesos dependiendo de la composición del fármaco.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
14. TÉCNICA DE INSERCIÓN DE CATÉTERES PERIFÉRICOS	I - II - III

DEFINICIÓN

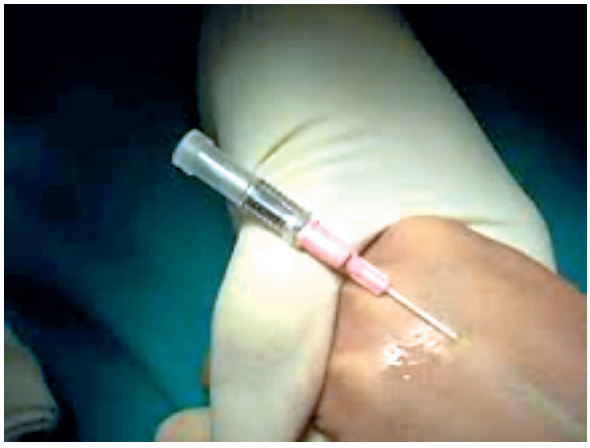
Es la colocación de un catéter que llega directamente al torrente circulatorio a través de una vena para la administración de medicamentos o fluidos de terapéutica especifica

MATERIALES E INSUMOS

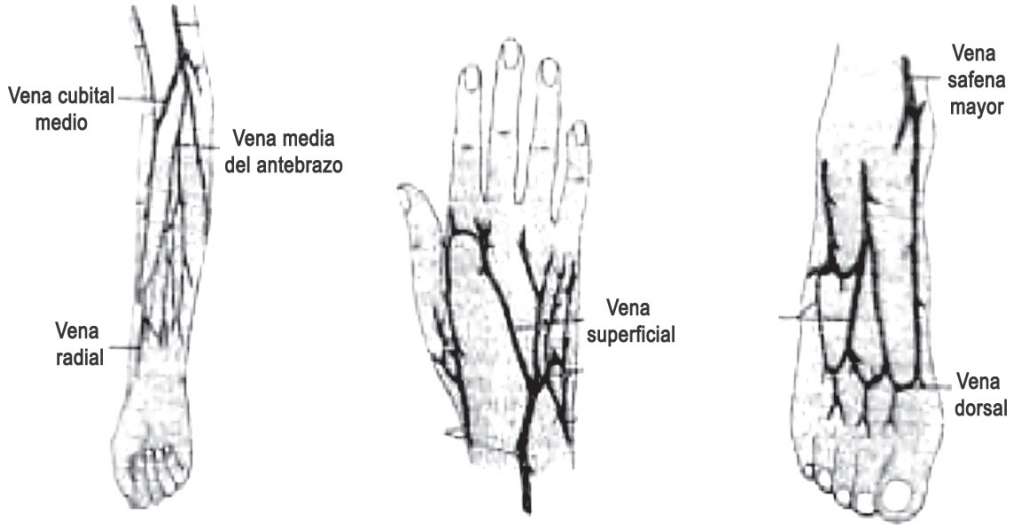
Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:

- Torniquete o ligadura.
- Bránula o catéter periférico para adultos Nº16, 18, 20 y para niños y lactantes Nº22, 24
- Bolsa de desechos y frasco para material punzocortante
- Kardex o tarjeta de tratamiento
- Jeringa desechable de 10 y 20 cc.
- Aguja desechable # 22 o 23.
- Torundero con torundas humedecidas en alcohol yodado al 1%.
- Suero fisiológico para dilusión
- Tela adhesiva antialérgica
- Tijera

PROCEDIMIENTO







PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de las manos
2. Preparación del material
3. Explicación al paciente y familia el procedimiento a realizar
4. Colocación al paciente en la posición más adecuada y cómoda según la zona que hayamos elegido.
5. Asegúrese que la bata o pijama se pueda retirar en caso necesario
6. Solicitud de ayuda en caso de tratarse de un niño o de una persona que no colabore con el procedimiento.
7. Colocación de la salea de hule y de tela, colocación de un campo estéril debajo de la zona a puncionar (para no manchar la ropa de cama del paciente).
8. Preparación de la tela adhesiva en tiras para estabilizar la aguja una vez insertada.
9. Colocación de la ligadura de 10 a 15 cm. por encima de la zona elegida, para interrumpir la circulación venosa pero que permita palpar el pulso radial.
10. Selección de la vena más adecuada atendiendo el estado de las venas del paciente, características de la solución a infundir, calibre del catéter, mediante palpación
11. Utilización de los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
12. Si la vena no esta suficientemente dilatada, aplicar masaje a presión sobre la vena, solicitud al paciente para que abra y cierre la mano rápidamente, percusión ligera con la yema de los dedos, si no se dilata aún retiro del torniquete y aplicación de calor durante 10 a 15 minutos
13. Colocado de los guantes estériles.
14. Aplicación de la solución antiséptica en la zona y dejar secar.
15. Desenfundado del catéter.
16. Sostenimiento del catéter con la mano dominante.
17. Fijación de la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se mueva.
18. Inserción del catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15º y 30º (dependiendo de la profundidad de la vena) ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.
19. Introducción del catéter hasta que se observe el reflujo de sangre, cuando ésto ocurra avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.
20. Retiro de la ligadura.
21. Conexión del equipo de infusión al catéter, apertura de la llave de goteo y comprobación de la permeabilidad, o bien limpieza del catéter con 2 ó 3 cc. de solución fisiológica heparinizado colocando posteriormente el obturador o tapón
22. Limpieza de la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico.
23. Colocación de una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo o catéter- obturador para evitar decúbitos.
24. Fijación del catéter con un apósito estéril y fijación del equipo de infusión con esparadrapo a la piel para evitar tracciones.
25. Eliminación de la aguja o la guía de la bránula en el contenedor para material cortopunzante.
26. Colocación del paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales
27. Recojo del material.
28. Retiro de los guantes.
29. Registro en la hoja de enfermería el medicamento, dosis, vía, con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable

RECOMENDACIONES

- Evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible.
- Utilizar en primer lugar las partes más dístales de las venas.
- Proporcionar cualquier cuidado necesario antes de establecer la infusión, para minimizar el movimiento de la extremidad afectada durante le procedimiento.
- No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible.
- No pinchar en las venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis.
- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con unas tijeras si fuera necesario.
- Utilizar un catéter en cada intento de inserción. Una misma enfermera/o no debería realizar más de tres intentos.
- Antes de iniciar cualquier punción determinar cualquier alergia ej: a la tela adhesiva al antiséptico.
- Obtener antes de la punción datos básales de signos vitales, tendencia hemorrágica, etc

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
15. CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES PERIFÉRICOS	**I - II - III**

DEFINICIÓN

Control y valoración de todo el sistema de infusión principalmente el catéter periférico al menos cada hora para identificar posibles problemas como la infiltración, flebitis, sobrecarga circulatoria sangrado en la zona de punción y bloqueo del flujo de infusión

MATERIALES E INSUMOS

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:

- Bolsa de desechos y frasco para material punzocortante
- Kardex de tratamiento
- Torundero con torundas humedecidas con alcohol yodado al 1%.
- Tela adhesiva antialérgica

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

- Lavado de las manos
- Preparación del material
- Explicación al paciente y familia el procedimiento a realizar
- Colocación de los guantes para las manipulaciones del sistema y los guantes estériles para los cambios del apósito.
- Mantenimiento fijo del catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis.
- Cambio del apósito cada 48 – 72 horas, o cuando esté húmedo, manchado o despegado.
- Vigilancia del punto de punción, observando que no haya signos de infección: rubor, calor, tumor y/o exudado.
- Limpieza con antiséptico el punto de punción, con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Colocación de una gasa debajo de la conexión catéter–equipo para evitar decúbitos
- Utilización de llave de tres vías con alargador para que la manipulación sea menos traumática.
- Mantenimiento de la llave de tres vías bien cerrada (con sus tapones).
- Desinfección de las entradas de la llave con antiséptico siempre que se utilice.
- Evitado de las desconexiones con el sistema intravenoso.
- Cambio del sistema cada 48 – 72 horas y la llave de tres vías o antes si esta contaminado, presenta fugas, etc.
- Mantenimiento de los catéteres heparinizados.
- Cambio del catéter siempre que existan flebitis, extravasación, obstrucción o sospecha de infección en el punto de punción
- Pasos universales X. Y. Z.

RECOMENDACIONES

- Los autores recomiendan la utilización de apósitos de gasa estéril ya que estos se infectan menos que otros tipos de apósitos y la sujeción es similar.
- Los apósitos transparentes de poliuretano tienen la ventaja de que se visualiza el punto de punción; pero deben vigilarse constantemente por el riesgo de acumulación de humedad debajo de él y por lo tanto de colonización e infección.
- En caso de que aparezca fiebre de origen desconocido, se cambiará el equipo completo (catéter, sistema, equipo, solución).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
16. TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y HEMODERIVADOS	I - II - III

DEFINICIÓN

Una transfusión es la introducción de sangre completa o de componentes de la sangre por ej., plasma, plaquetas, eritrocitos, en la circulación venosa.

MATERIALES E INSUMOS

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:

- Bolsa de desechos y frasco para material punzocortante
- Kardex de tratamiento
- Nº DE HISTORIA, GRUPO SANGUINEO nº de unidades a infundir
- Torundero con torundas humedecidas con alcohol yodado al 1%.
- Tela adhesiva antialérgica

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Comprobación que el hemoderivado recibido corresponde con el prescrito por el medico.
2. Verificación del nombre y los apellidos del paciente, el nº de historia, el grupo sanguíneo, el Rh y el nº de unidades a infundir. Estos datos se comprobaran tanto en la historia del paciente, en las bolsas de hemoderivados y en el formulario de Banco de sangre que acompaña al producto.
3. Comprobación de la fecha de caducidad del producto a trasfundir y el aspecto (color, grumos, burbujas.)
4. Rechazo del producto y llamar al Banco de sangre si hay alguna anomalía o no coinciden los datos. Si hay que remitirlo de nuevo al Banco de sangre se hará antes de 30 minutos.
5. Lavado de manos.
6. Preparación del material.
7. Traslado del material al lado del paciente.
8. Información al paciente de la técnica a realizar.
9. Preservación de la intimidad del paciente.
10. Comprobación reiterada de los datos del preparado y la identidad del paciente.
11. Obtención de los datos transfusionales del paciente teniendo en cuenta si ha presentado reacciones adversas en las anteriores.
12. Colocación al paciente en posición cómoda.
13. Control de constantes vitales (T, PA, FR, FC).
14. Comprobación de que la vía intravenosa canalizada es del calibre adecuado (aguja Nº16 o 18) y permeable canalizar una si no la hubiera
15. No administración de ningún otro líquido o medicación a la vez por la misma vía mientras dure la transfusión excepto solución fisiológica. Si resulta inevitable administrar medicación, limpiar la vía con la solución fisiológica antes y después.
16. Homogeneización de la bolsa y comprobación de la temperatura del producto a transfundir es similar a la temperatura del cuerpo.
17. Inserción del sistema en la bolsa del hemoderivado y purgarlo.
18. Conexión del extremo (estéril) del sistema al catéter IV de manera aséptica y fijarlo.
19. Cuando se transfunda sangre total o concentrado de hematíes, cambiar el sistema con cada unidad.
20. Inicio de la transfusión muy lentamente y permanecer al lado del paciente los primeros minutos observando las posibles reacciones transfusionales.
21. Ajuste del ritmo de infusión prescrito, teniendo en cuenta que el tiempo de la perfusión del hemoderivado no debe sobrepasar las cuatro horas.
22. Control de las constantes vitales a los 15 minutos de iniciada la transfusión y al finalizarla.
23. Vigilancia permanente del ritmo de infusión y el estado general del paciente.
24. Suspensión de la transfusión ante cualquier tipo de reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea (ver observaciones) y avisar al medico.
25. Lavado de la vía IV con solución fisiológica una vez terminada la transfusión.
26. Acomodación del paciente en posición adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
27. Recojo del material.
28. Retiro de los guantes.
29. Lavado de manos.
30. Registros de Enfermería: Hora de inicio y de finalización. Tipo de hemoderivado y Nº de unidades, signos vitales, respuesta del paciente a la transfusión.
31. Informe de compatibilidad (pruebas cruzadas) a la historia del paciente.

RECOMENDACIONES

- Pautas a seguir ante una reacción transfusional: Interrumpir de inmediato la transfusión.Notificar la reacción al medico, Valorar y estabilizar al paciente. Controlar sus constates vitales en especial PA, esfuerzo respiratorio y diuresis.Retirar el equipo de transfusión y el hemoderivado, guardarlos para enviarlos más tarde al Banco de sangre para su estudio.
- Mantener la vía permeable con una perfusión de solución fisiológica.
- Notificar la reacción al personal del Banco de sangre (si se trata de un error de identificación puede otro paciente recibir también un hemoderivado incompatible).
- Anotar todo lo ocurrido durante la transfusión y las actividades realizadas.
- Durante todo el proceso permanecerá un miembro del equipo con el paciente.
- Extremar los cuidados en los pacientes con patologías cardiacas, ancianos, pediátricos que puedan presentar signos de sobrecarga circulatoria durante la transfusión. Si esto ocurre notificarlo al medico, disminuir el ritmo de la transfusión a una frecuencia de mantenimiento de vía, elevar la cabecera de la cama y administrar oxigeno.
- En algunos casos se utilizará filtro de leucocitos que deberá ir especificado en la petición del producto hemoderivado (aconsejables en transfusiones repetidas, pacientes inmunodeprimidos, neonatos, pediátricos, etc.).
- Los productos hemoderivados solo se podrán calentar en los equipos destinados para ello.
- No utilizar bombas de perfusión a no ser que estén diseñadas para transfundir
- hemoderivados.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
17. COLOCACIÓN DE TUBO DE GUEDEL O TUBO DE MAYO	I - II - III

DEFINICIÓN

Son actividades que realiza el personal de enfermería para mantener la permeabilidad de las vías respiratorias del paciente.

MATERIALES E INSUMOS

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:
Tubo de Guedel adecuado

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1. Lavado de manos si la situación del paciente lo permite (situación de urgencia)
2. Preparación del material lo antes posible y trasladarlo al lado del paciente.
3. Colocación de los guantes y la mascarilla siempre que sea posible.
4. Explicación del procedimiento al paciente aunque parezca que no está alerta.
5. Retiro de las prótesis dentales al paciente si las tuviera.
6. Selección del tamaño del tubo de Guedel adecuado:
7. Colocación de la cánula sobre la mejilla del paciente con la placa plana en los labios.
8. El extremo de la cánula debe quedar en el ángulo de la mandíbula del paciente.
9. Colocación del paciente en decúbito supino.
10. Mantenimiento de la hiperextensión de la cabeza del paciente o con una almohada bajo los hombros
11. Introducción de la cánula en la boca con la concavidad en el paladar.
12. Deslizamiento de la cánula por el paladar hasta introducirla aproximadamente hasta la mitad (paladar blando)
13. Giro de 180º mientras se avanza suavemente hacia la faringe, hasta hacer tope con la pared posterior o los dientes.
14. Aspiración de secreciones si precisa
15. Realización de higiene de la cara del paciente.
16. Registros de enfermería el momento de inserción del tubo, la respuesta el cliente y el aspecto de cualquier secreción aspirada

RECOMENDACIONES

- Si el paciente presenta traumatismo facial, la técnica de colocación será:
- Introducir el tubo de Guedel con el extremo distal hacia abajo ayudándonos con un depresor para retirar la lengua.
- Un tubo demasiado largo puede provocar irritación o lesión local, facilitando la aparición de laringoespasmo o edema de glotis.
- Un tubo corto puede producir obstrucción de la vía aérea produciendo un
- efecto contrario al que buscamos.
- Una técnica de colocación incorrecta puede empujar la lengua hacia atrás y provocar obstrucción.
- La colocación en pacientes conscientes puede producir reflejo nauseoso, vómitos y broncoaspiración.
- Si por las condiciones del paciente la cánula va a permanecer durante un plazo
- prolongado, se procederá a su extracción periódica para llevar a cabo su limpieza y cuidados de la boca.
- Retirar la cánula cuando el paciente esté consciente y no la tolere.

UNIDAD 9

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA PARA APOYO EN LOS PROCESOS DE ELIMINACIÓN

Índice

1. TOS ASISTIDA 105
2. ASISTENCIA EN DRENAJES BRONQUIALES 106
3. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES 107
4. MEDICIÓN DE DIURESIS 108
5. COLOCACIÓN Y RETIRO DE ORINAL (PATO) 109
6. COLOCACIÓN Y RETIRO DE CHATA 110
7. CATETERISMO VESICAL EN PACIENTE VARÓN 111
8. CATETERISMO VESICAL EN PACIENTE MUJER 112
9. CUIDADOS DE MANTENIMIENTO DE SONDA VESICAL 113
10. SONDAJE RECTAL 114
11. ENEMA DE LIMPIEZA O EVACUANTE 115
12. PROCTOCLISIS O ENEMA DE RETENCIÓN 116
13. ELIMINACIÓN FECAL 117
14. ASPIRACIÓN GÁSTRICA CONTINUA 118
15. CONTROL DE LÍQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS 119

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. TOS ASISTIDA	I – II - III

DEFINICIÓN

Procedimientos de enfermería que ayuda a la eliminación de secreciones bronquiales mediante el estímulo de la tos provocando expectoración.

FORMAS DE ASISTIR

Tos asistida sin colocación de oxigeno



Tos asistida con oxigeno o nebulización



EQUIPOS

- Equipo de control de signos vitales, si se requiere.
- Equipo de oxígenoterapia (si se requiere)
- Equipo de nebulización (si se requiere)

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes.
- Riñonera.
- Bolsa para la riñonera.
- Papel higiénico.
- Almohadillas o almohadas.
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizarse solicitando su colaboración
4. Colocación de guantes.
5. Colocación al paciente en posición sentada con el cuerpo ligeramente inclinado hacia delante.
6. Conexión del equipo de oxígenoterapia o nebulización si está indicado en el expediente.
7. Solicitud al paciente que inspire lenta y profundamente por la nariz dos o tres veces expulsando el aire por la boca dos veces y a la tercera deberá toser.
8. Solicitud al paciente que repita el procedimiento hasta que se produzca la tos en forma efectiva.
9. Retiro de los guantes.
10. Lavado de las manos
11. Registro en los instrumentos técnicos administrativos con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Controlar signos vitales, si requiere el paciente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. ASISTENCIA EN DRENAJES BRONQUIALES	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería que ayuda a eliminar las secreciones de las paredes bronquiales por gravedad o percusión, facilitando que las secreciones pulmonares drenen pasivamente hacia los bronquios principales y tráquea para que el paciente pueda expulsar a través de la tos manteniendo permeable las vías aéreas.

TIPOS DE DRENAJES

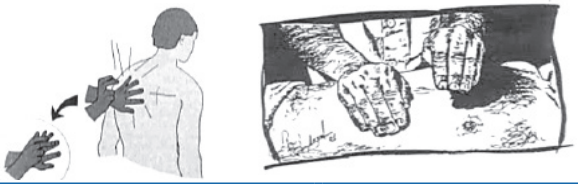
Drenaje Postural



EQUIPOS, MANTERIAL E INSUMOS

- Cama articulada.
- Almohada o almohadillas.
- Guantes.
- Riñonera.
- Bolsa para la riñonera.
- Papel higiénico.
- Expediente clínico.
- Equipo de signos vitales si se requiere.

Drenaje por Percusión (Clapping)



EQUIPOS, MANTERIAL E INSUMOS

- Guantes.
- Riñonera.
- Bolsa para la riñonera.
- Almohada y/o almohadillas.
- Sabanilla.
- Papel higiénico.
- Expediente Clínico.
- Equipo de control de signos vitales.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Calzado de los guantes.
3. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
4. Explicación al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar solicitando su colaboración.
5. Colocación al paciente en posición según segmento a drenar, donde se localizan las bronquiectasias alternando
6. Trendelenburg y semisentada (zonas dilatadas de las paredes bronquiales donde se acumula el material purulento).
7. Posición recomendada: paciente acostada boca abajo con la almohada bajo el abdomen, el tórax inclinado, la cabeza colgada fuera del borde de la cama y las manos apoyadas.
8. Estimulación al paciente que respire profundamente.
9. Aplicación del procedimiento de percusión y/o vibraciones (palmaditas con las manos en la etapa de la espiración en el segmento que será drenado) si las secreciones son espesas.
10. Realización del procedimiento de 5 a 10 minutos por tres veces al día.
11. Disposición de papel higiénico al paciente para limpieza de la boca durante la expectoración.
12. Acomodación del paciente en su cama en posición cómoda una vez concluido el procedimiento.
13. Recojo del material utilizado.
14. Retiro de los guantes.
15. Lavado de las manos.
16. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
3. Calzado de los guantes
4. Explicación al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar solicitando su colaboración.
5. Colocación del paciente en posición según segmento a drenar, donde se localiza las bronquiectasias.
6. Colocación de la sabanilla en la zona afectada para no efectuar el clapping sobre la piel del paciente.
7. Colocación de las manos del paciente en posición ahuecada con los dedos flexionados y unidos.
8. Realización de la percusión en forma rítmica sobre el área deseada, en la base de los pulmones, con movimientos de las manos, durante 5 a 10 minutos.
9. Realización del procedimiento cuantas veces sea necesaria.
10. Control de signos vitales
11. Estimulación al paciente para que respire profundamente.
12. Disposición al paciente de papel higiénico para limpieza de la boca durante la expectoración.
13. Acomodación al paciente en su cama en posición cómoda una vez concluido el procedimiento.
14. Recojo del material utilizado.
15. Retiro de los guantes.
16. Lavado de manos.
17. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Verificación de que exista indicación médica escrita.
- La posición de Trendelemburg puede estar contraindicada en algunas situaciones (hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, distensión abdominal, patología intracraneal).
- El procedimiento no debe producir dolor y nunca realizar después de las comidas.
- No percusión sobre la columna, área renal, hígado y zonas de lesión cutánea o fracturas.
- Este procedimiento esta contraindicada en: cirugía cardíaca o torácica, derrame pleural y las primeras 24 hs de fibrobroncoscopía

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES	I – II - III

DEFINICIÓN

Procedimiento de enfermería que permite la extracción de secreciones respiratorias bucales, nasales y traqueales del paciente a través de un catéter de goma o de polietileno conectado a un equipo de aspiración o a una toma de aspiración central para permeabilizar las vías aéreas superiores.

TIPOS DE ASPIRACIÓN

Oro faríngea/Nasofaríngea



Por traqueotomía





EQUIPOS

- Equipo de aspiración o de aspiración central.
- Riñonera.
- Sonda de aspiración, número dependiendo de la edad del paciente

MANTERIAL E INSUMOS

- Guantes estériles
- Gasas estériles.
- Toalla
- Bolsa para riñonera.
- Material para aspiración.
- Expediente Clínico.
- Frasco con agua destilada.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevado a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el procedimiento a realizar solicitando su colaboración.
4. Colocación del paciente en posición Fowler o semi-Fowler.
5. Disposición de la sonda de aspiración en la aspiradora sin sacar de su envoltura.
6. Encendido de la aspiradora regulando la misma antes de su funcionamiento.
7. Hiperoxigenación e hiperventilación.
8. Calzado de los guantes.
9. Verificación del funcionamiento con una pequeña cantidad de agua destilada.
10. Introducción de la sonda a la cavidad oral o nasal con la válvula de aire a sonda abierta.
11. Si la aspiración es por traqueotomía se instila 3 a 5 cc de solución fisiológica cuando las secreciones son espesas para posterior humidificación y estimulación de tos.
12. Aspiración suave de las secreciones vía bucal o nasal.
13. Aspiración en la traqueotomía quitando la sonda con movimientos suaves y ligera rotación de la misma.
14. Dejar descansar al paciente entre una aspiración y otra.
15. Retiro suave de la sonda de aspiración rotando con los dedos pulgar e índice.
16. Enjuague de la zona y el tubo con solución estéril
17. Acomodación del paciente en su cama en posición cómoda una vez concluido el procedimiento.
18. Recojo del material utilizado.
19. Desecho del material descartable.
20. Retiro de los guantes.
21. Lavado de manos.
22. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable

RECOMENDACIONES

- Desecho de los frascos, sondas de aspiración cada 24 horas.
- Este procedimiento esta contraindicada en: Bulas Enfisematosas, Hemoptisis, Neumotórax.
- Este procedimiento esta contraindicada después de que el paciente se sirva su dieta.
- Se recomienda técnica estéril para todas las aspiraciones
- No realizar la aspiración nasofaríngea cuando exista sospecha de salida de líquido cefalorraquídeo o trastorno hemorrágico.
- No almacenar las sondas utilizadas en los recipientes con la solución antiséptica.
- Si se va aspirar tanto la nasofaringe como la orofaringe se de be utilizar un catéter estéril para cada uno.
- La sonda para adultos serán los números 12 a 18, para niños 8 a 10 y para lactantes 5 a 8.

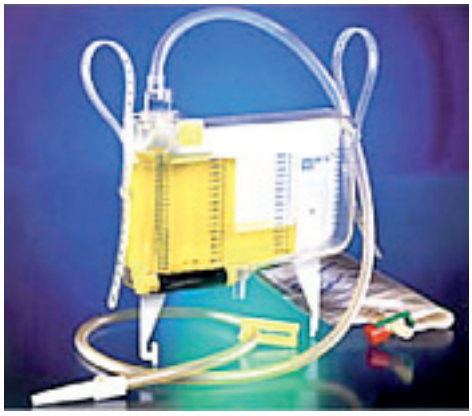
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. MEDICIÓN DE DIURESIS	II - III

DEFINICIÓN

Procedimiento de enfermería que permite el control de la diuresis eliminado por el paciente, ya sea para definir el volumen, sus características o con el objeto de realizar exámenes de laboratorio, durante un periodo determinado.

FORMAS DE MEDICIÓN





EQUIPOS

- Equipo de cateterismo vesical.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes.
- Bolsa colectora de orina, dependiendo la edad del paciente.
- Pañal (adulto / pediátrico)
- Recipiente graduado (medidores).
- Chata o pato (orinal).
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevar a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el objetivo del procedimiento a realizarse y solicitar su colaboración.
4. Calzado de los guantes.
5. Vaciamiento de la orina del paciente en el recipiente graduado y medir la misma.
6. Acomodación al paciente en su cama en la posición normal una vez concluido el procedimiento, dejar cómodo al paciente en su unidad.
7. Desecho del material descartable utilizado, de acuerdo a normas.
8. Recojo del material utilizado.
9. Retiro de los guantes.
10. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Tomar en cuenta la importancia de tamizar la orina en caso de que el paciente curse litiasis renal.
- En caso de que el paciente use pañal, pesar en seco para luego descontar el excedente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. COLOCACIÓN Y RETIRO DE ORINAL (PATO)	I – II - III

DEFINICIÓN

Procedimiento de eliminación de enfermería que consiste en proporcionar al paciente imposibilitado el pato para satisfacer su necesidad de eliminación o con fines de toma de muestra de orina, ayudando a retirar a la conclusión.

FORMAS DE PATO URINARIOS

Metálico	Plástico
	

EQUIPOS

- Bañador.
- Biombo.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes.
- Orinal (Pato).
- Papel higiénico.
- Hule.
- Jabón neutro.
- Agua corriente.
- Toalla de mano.
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del orinal y llevar a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el uso del orinal y solicitar su colaboración.
4. Calzado de los guantes.
5. Acomodación al paciente en su cama en posición adecuada, preservando su intimidad.
6. Disposición del hule en la cama del paciente.
7. Colocación del orinal en caso de que el paciente necesite ayuda.
8. A la conclusión de la micción ofrecer al paciente papel higiénico, bañador con agua, jabón y toalla para la limpieza de las manos.
9. Retorno del orinal al sitio correspondiente para su limpieza posterior.
10. Medición de la diuresis (Según procedimiento).
11. Acomodación del paciente en su unidad en posición adecuada una vez concluido el procedimiento.
12. Recojo del material utilizado.
13. Lavado de manos.
14. Retiro de los guantes.
15. Desecho del material descartable utilizado de acuerdo a procedimiento.
16. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Sujetar el orinal hasta la conclusión de la micción en pacientes geriátricos y pediátricos a fin de evitar que se derrame la orina en su cama.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. COLOCACIÓN Y RETIRO DE LA CHATA	I – II - III

DEFINICIÓN

Procedimiento de enfermería para asistir al paciente impedido, facilitando la chata para satisfacer sus necesidades de eliminación o con fines de toma de muestra, cuando éste lo solicite.

FORMAS DE CHATAS

Metálico	Plástico
	

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS	
• Bañador. • Biombo.	• Guantes. • Chata. • Papel higiénico. • Hule.	• Jabón neutro. • Agua corriente. • Toalla de mano. • Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Preparación del material y llevar a la unidad del paciente.
3. Explicación al paciente y/o familia sobre el uso de la chata y solicitar su colaboración.
4. Calzado de los guantes.
5. Acomodación al paciente en su cama en posición adecuada, preservando su intimidad.
6. Disposición del hule en la cama del paciente.
7. Limpieza con papel higiénico una vez que el paciente ha realizado la eliminación
8. Retiro de la chata
9. Administración del bañador con agua para su aseo posterior.
10. Llevado de la chata al baño para la eliminación de su contenido.
11. Lavado del mismo y desinfección de acuerdo a procedimiento.
12. Retiro de guantes y lavado de manos.
13. Registro del procedimiento en el expediente clínico.

RECOMENDACIONES

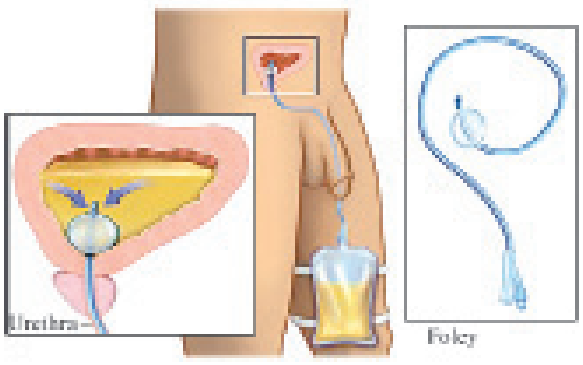
• Valorar la seguridad del paciente y aplicar las medidas necesarias para evitar accidentes innecesarios.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. CATETERISMO VESICAL EN PACIENTE VARÓN	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la introducción de una sonda en la vejiga por la uretra, en el paciente varón, que permita la salida de la orina, con fines terapéuticos o diagnósticos de acuerdo según indicación médica.

FORMAS DE COLOCACIÓN

Con el paciente de pie	Con el paciente en decúbito dorsal
	

EQUIPOS

- Equipo de cateterismo vesical.
- Pinza Kelly recta.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes no estériles.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Material para aseo perineal.
- Sonda Foley.
- Bolsa colectora de orina.
- Solución antiséptica.
- Agua destilada.
- Tela adhesiva.
- Jeringas de 5cc, 10cc.
- Xilocaina en Gel.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Pasos universales: A, B, C, D.
2. Colocación al paciente en posición supina, con la cabecera de la cama ligeramente elevada, facilitando la comodidad del paciente.
3. Retiro de la ropa de cama preservando la intimidad e individualidad del paciente.
4. Calzado de los guantes no estériles.
5. Realización del aseo de genitales con solución antiséptica indicada, de acuerdo al protocolo.
6. Concluido el aseo de los genitales, calzado de los guantes estériles para realizar la instalación de la sonda vesical.
7. Pinzamiento de la sonda para conectar a la bolsa colectora de orina y toma de muestra.
8. Insuflación de la sonda vesical con agua destilada con jeringa (15cc o 10cc) para realizar el globo de seguridad.
9. Sujeción de la sonda vesical con tela adhesiva en la parte anterior del muslo, tomando en cuenta el cuidado del mismo.
10. Recojo del material, retirarse los guantes
11. Lavado de manos.
12. Registro en los instrumentos técnicos

RECOMENDACIONES

- Identificar con fecha, hora y persona que realizó el procedimiento.
- En caso de recolección de la orina vaciar en frasco estéril e identificar con nombre, edad, fecha y hora de la toma de muestra para su envío al laboratorio
- Cambiar la sonda vesical y cada siete días, y enviar la punta de la sonda a cultivo y antibiograma.
- Vigilar signos de infecciones.

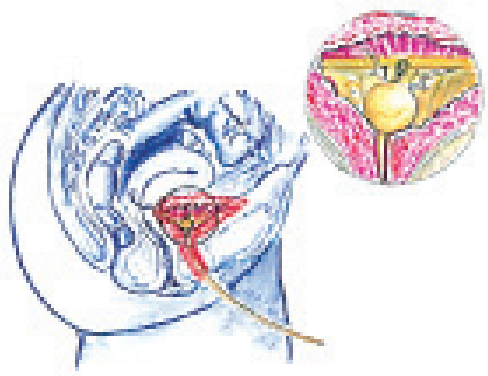
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. CATETERISMO VESICAL EN PACIENTE MUJER	I – II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la introducción de una sonda en la vejiga por la uretra de una paciente mujer, que permita la salida de la orina, con fines de eliminación o toma de muestra.

ANATOMIA DEL APARATO REPRODUCTOR FEMENINO

Cavidad interna de la vejiga con sonda



Meato urinario externo



EQUIPOS

- Equipo de cateterismo vesical.
- Pinza Kelly recta.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes no estériles.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Material para aseo perineal.
- Sonda Foley.
- Bolsa colectora de orina.
- Chata.
- Solución antiséptica.
- Agua destilada.
- Tela adhesiva.
- Jeringas de 5cc, 10cc.
- Xilocaina en Gel.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Pasos universales: A, B, C y D.
2. Colocación al paciente en posición supina, con la cabecera de la cama ligeramente elevada, facilitando la comodidad del paciente.
3. Retiro de la ropa de cama preservando la intimidad e individualidad del paciente.
4. Cobertura al paciente con la sábana superior.
5. Calzado de los guantes no estériles.
6. Realización del aseo de genitales con solución antiséptica indicada de acuerdo al procedimiento.
7. Calzado de los guantes estériles para realizar la instalación de la sonda vesical.
8. Lubricación de la sonda vesical con xilocaína en gel aproximadamente 5cm, de la parte proximal de la sonda.
9. Con la mano no dominante separar los labios mayores y con la otra mano la sonda, introducir la sonda vesical por el meato urinario de la paciente.
10. Comprobación de que la sonda se encuentre en la vejiga, verificando la salida de la orina.
11. Pinzamiento de la sonda para conectar a la bolsa colectora de orina.
12. Insuflación de la sonda vesical con agua destilada con jeringa (15cc o 10cc) para realizar el globo de seguridad.
13. Sujeción de la sonda vesical con tela adhesiva en la parte anterior del muslo, tomando en cuenta el cuidado del mismo.
14. Pasos universales: X, Y, Z.

RECOMENDACIONES

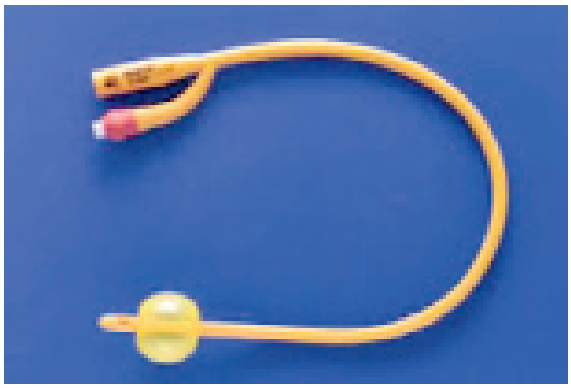
- Identificar la sonda con fecha, hora, Nº de sonda y persona que realizó el procedimiento.
- En caso que sea con fines de toma de muestra, vaciar el contenido vesical en frasco estéril, cerrar herméticamente e identificar el mismo con los datos del paciente, fecha y hora para su envío al laboratorio.
- Cambiar la sonda vesical y cada siete días, y enviar la punta de la sonda a cultivo y antibiograma.
- Vigilar signos de infecciones.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. CUIDADOS DE MANTENIMIENTO DE LA SONDA VESICAL	I – II - III

DEFINICIÓN

Acciones de enfermería para mantener permeable la sonda con la finalidad de evitar infecciones y complicaciones futuras en el paciente.

MATERIALES DE CATETERISMO VESICAL

Sonda Foley	Sonda colocada por meato uretral femenino
	

EQUIPOS

- Equipo de aseo perineal.
- Pinza Kelly recta

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes no estériles.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Material para aseo perineal.
- Chata.
- Solución antiséptica indicada.
- Solución fisiológica.
- Jeringas de 10cc, 20cc o 50cc (dependiendo la edad del paciente).
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Pasos universales: A, B, C y D.
2. Colocación al paciente en posición supina, con la cabecera de la cama ligeramente elevada, facilitando la comodidad del paciente.
3. Retiro de la ropa de cama preservando la intimidad e individualidad de la paciente.
4. Cobertura a la paciente con la sábana superior.
5. Calzado de los guantes no estériles.
6. Aseo de genitales (perineal) en forma diaria, con solución antiséptica indicada de acuerdo al procedimiento.
7. Concluido el aseo de los genitales, calzado de los guantes estériles si se requiere el cambio del equipo de drenaje tomando en cuenta la asepsia y antisepsia de la misma en la aplicación.
8. Pinzamiento de la Sonda si se quiere cambiar la bolsa colectora de orina.
9. Limpieza de la parte externa de la sonda vesical con antiséptico indicado y secar con gasa estéril.
10. En caso de obstrucción de la sonda, realizar lavado vesical con solución fisiológica aproximadamente 30 a 50cc en una jeringa para adultos y en niños 10 a 15cc.
11. Aspiración suave de la sonda y conexión a la bolsa colectora comprobando la permeabilidad de la misma.
12. Pasos universales: X, Y, Z.

RECOMENDACIONES

- Cambiar la sonda vesical cada 7 días y el equipo colector de orina frecuentemente evaluando las condiciones de la misma aplicando las normas de bioseguridad.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. SONDAJE RECTAL	I – II - III

DEFINICIÓN

Procedimiento de enfermería, aséptico, para la inserción de una sonda en el recto con fines de evacuación de gases o heces fecales o terapéuticos, según indicación médica.

TIPOS DE SONDAJES RECTALES

En el lactante menor	En los niños o adultos
	

EQUIPOS

- Equipo de aseo perineal.
- Irrigador.
- Pinza.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes no estériles.
- Gasas.
- Sonda rectal (Nº adecuado al paciente).
- Material para aseo perineal (si se requiere).
- Chata.
- Hule o sabanilla.
- Lubricante.
- Papel higiénico.
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Pasos universales: A, B, C y D.
2. Colocación al paciente en posición decúbito lateral izquierda (Sims izquierdo).
3. Cobertura del paciente con la sábana superior.
4. Colocación del hule o sabanilla debajo de los glúteos del paciente.
5. Calzado de los guantes.
6. Aseo perineal con solución antiséptica indicada de acuerdo a protocolo.
7. Lubricación con la punta de la sonda con vaselina líquida o xilocaína en gel.
8. Con la mano no dominante separar los glúteos del paciente.
9. Solicitud al paciente que inspire profundamente y con la mano dominante introducir la sonda suavemente en dirección al ombligo, aproximadamente 10 cm (adultos) y 5 cm (niños).
10. Sujeción de la sonda con la gasa y proceder a retirar suavemente concluido el objetivo
11. Desecho de la misma de acuerdo a normas.
12. Limpieza de la zona anal del paciente, en caso necesario realizar el aseo perineal según protocolo.
13. Acomodación del paciente en su cama una vez concluido el procedimiento.
14. Pasos universales: X, Y, Z.

RECOMENDACIONES

- Comunicar al médico tratante en caso de que la sonda no pueda ser insertada por resistencia del paciente o cualquier observación durante el procedimiento.

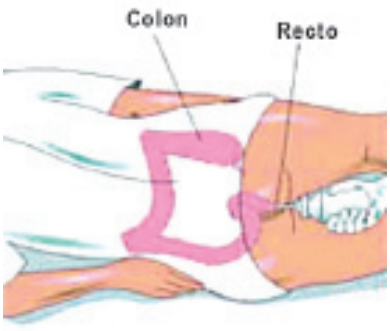
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. ENEMA DE LIMPIEZA O EVACUANTE	I – II - III

DEFINICIÓN

Es un procedimiento de enfermería que consiste en la inyección de líquido preparado especialmente para el recto, con fines de limpieza.

ENEMA EVACUANTE





EQUIPOS

- Equipo de irrigación completo.
- Pinza.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes.
- Irrigador.
- Soporte.
- Sonda rectal.
- Lubricante.
- Hule o sabanilla.
- Papel Higiénico.
- Chata.
- Material de aseo.
- Expediente clínico.
- Solución indicada por el médico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Pasos universales: A, B, C y D.
2. Colocación del paciente en posición decúbito lateral izquierda (Sims).
3. Cobertura del paciente con la sábana superior.
4. Colocación del hule o sabanilla debajo de los glúteos del paciente.
5. Disposición del irrigador en el soporte con la solución indicada, a una altura de 35cm de altura del recto del paciente.
6. Calzado de los guantes.
7. Conexión de la sonda rectal al irrigador.
8. Purgación y pinzamiento del sistema de irrigador.
9. Lubricación de la punta de la sonda y proceder a la inserción de la sonda según protocolo.
10. Apertura de la llave de paso o la pinza reguladora del sistema del irrigador y administrar la solución lentamente.
11. Pinzamiento y retiro de la sonda en forma suave, concluido el objetivo de la instilación de la solución en el recto.
12. Orientación al paciente que debe retener la irrigación 10 a 15 minutos antes de evacuar el intestino.
13. Colocación al paciente en posición decúbito supino, para favorece la retención.
14. Ayuda al paciente presionando ambas nalgas entre sí, si tiene dificultades para retener la solución.
15. Facilitación al paciente el acceso al baño, si el paciente no puede movilizarse colocar la chata según protocolo.
16. Limpieza de la zona anal del paciente, en caso necesario realizar el aseo perineal según protocolo si el paciente no puede movilizarse.
17. Pasos universales: X, Y, Z.

RECOMENDACIONES

- Si en la administración del enema se hace más lenta, realice una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.
- Si el paciente refiere sensación de plenitud o de calambres, cerrar la llave de paso o pinzar durante 30 segundos o descender ligeramente el irrigador para disminuir la velocidad de flujo.
- Ante cualquier indicativo de reacción vagal (sudoración, malestar, palidez facial, palpitaciones, etc.), detenga la infusión.

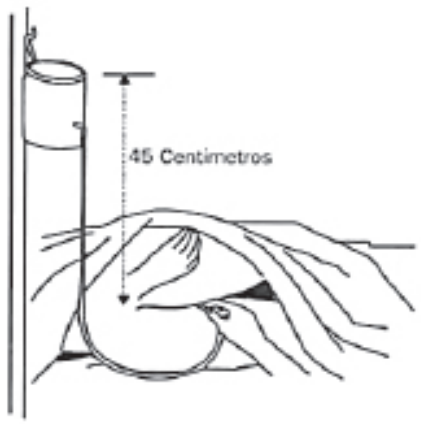
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. PROCTOCLISIS O ENEMA DE RETENCIÓN	**II - III**

DEFINICIÓN

Es un procedimiento de enfermería que consiste en la inyección lenta de líquido por vía rectal gota a gota o administración de enema con la finalidad de ablandar las heces fecales, o la administración de medicamentos por vía rectal, si se requiere, según indicación médica.

TIPOS DE ENERMA

Enema de Retención



Procedimiento para la aplicación de un enema de limpieza

Proctoclisis



EQUIPOS

- Equipo de irrigación completo.
- Equipo de venoclisis

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes.
- Lubricante.
- Recipiente para la solución del enema.
- Sonda rectal.
- Hule y sabanilla.
- Tela adhesiva.
- Papel higiénico.
- Chata.
- Soporte.
- Expediente Cínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Pasos universales: A, B, C y D.
2. Colocación al paciente en posición decúbito lateral izquierda (Sims).
3. Cobertura del paciente con la sábana superior.
4. Colocación del hule o sabanilla debajo de los glúteos del paciente.
5. Calzado de los guantes.
6. Conexión del irrigador a la sonda rectal, la altura de la misma no debe exceder de 1 metro sobre la cama del paciente.
7. Inserción de la sonda rectal según protocolo.
8. Fijación de la sonda en uno de los glúteos del paciente con tela adhesiva.
9. Apertura de la llave del irrigador y cálculo del goteo de la solución de acuerdo a indicación médica.
10. Explicación al paciente que debe comunicar a enfermería cuando sienta deseos de evacuar el intestino.
11. Colocación de chata o llevarlo al baño, retirando la sonda, para luego reinstalar si es necesario
12. Cierre de la llave del equipo y retiro de la sonda suavemente, concluido el objetivo de la instilación de la solución en el recto.
13. Facilitación al paciente el acceso al baño, si el paciente no puede movilizarse colocar la chata según protocolo.
14. Limpieza de la zona anal del paciente, en caso necesario realizar el aseo perineal según protocolo si el paciente no puede movilizarse.
15. Pasos universales: X, Y, Z.

RECOMENDACIONES

- Si en la administración del enema se hace más lenta, realice una ligera rotación de la sonda para desprender cualquier material fecal que pueda estar obstruyendo alguno de sus orificios.
- Si se requiere la administración de medicamentos por esta vía cumplir las 10 reglas de oro.

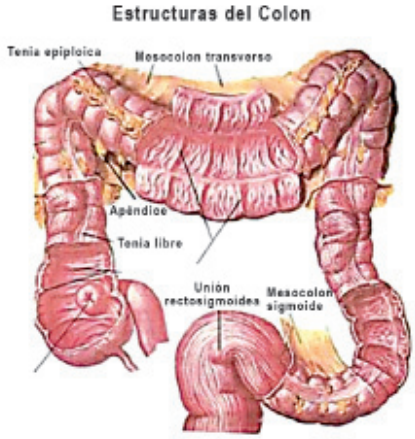
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. ELIMINACION FECAL	**I – II - III**

DEFINICIÓN

Es un procedimiento de enfermería que consiste en apoyar al paciente para la evacuación natural o artificial de sustancia de desecho o patológicas del recto.

Procedimiento de apoyo en la eliminación fecal





EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Equipo de aseo perineal.	• Guantes no estériles. • Material procedimiento (higiene genital). • Papel higiénico. • Chata. • Toalla. • Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Administración de dietas ricas en fibra y líquidos abundantes, si no está contraindicado.
3. Incentivo al paciente para que camine o se mueva en la cama.
4. Preservación de la intimidad y facilitación del acceso al cuarto de baño.
5. Colocación al paciente la chata, si está en cama.
6. Ayuda al paciente a realizar el aseo de la zona anal al concluir su evacuación si es necesario.
7. Retiro de los guantes.
8. Posterior al procedimiento dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
9. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

• En caso de no ser efectivas estas medidas higiénico-dietéticas, comunicarlo al médico tratante.
• Registrar características y cantidad de la evacuación de heces.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
14. ASPIRACIÓN GÁSTRICA CONTINUA	I – II - III

DEFINICIÓN

Es la aspiración de contenido gástrico o gases en forma continua en el paciente, de acuerdo a indicación médica escrita, que consiste en vaciar o descomprimir el estómago del paciente mediante aspiración suave o por gravedad de gases o contenido gástrico.

ASPIRACIÓN GÁSTRICA

En el niño	En el adulto
	

EQUIPOS

- Aspirador eléctrico intermitente.
- Equipo del procedimiento (sondas nasogástrica).

MATERIALES E INSUMOS

- Solución fisiológica.
- Bolsa para sistema aspiración.
- Guantes no estériles.
- Jeringa de 50 cc.
- Material del procedimiento (sondas naso gástrico).
- Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Preparación del material y llevar a la unidad del paciente.
2. Explicación al paciente del objetivo del procedimiento, que es el sondaje nasogástrico.
3. Calzado de los guantes.
4. Ajustado de la presión adecuada, en caso de que se utilice aspirador.
5. Conexión de la sonda al equipo de aspiración o a bolsa de caída libre.
6. Vigilancia de la permeabilidad de la sonda: el líquido fluye lentamente por la sonda.
7. Movilización en caso de detectar obstrucción por posibles adherencias o acodamientos.
8. Lavados de la sonda en caso de obstrucción con solución fisiológica.
9. Comprobación de la permeabilidad de la sonda con la jeringa.
10. Recojo del material.
11. Retiro de los guantes.
12. Lavado de manos.
13. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, firma sello, hora y observaciones de la persona responsable.

RECOMENDACIONES

- Si el contenido gástrico aspirado presenta aspecto porraceo se comunicará al médico de inmediato.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
15. CONTROL DE LÍQUIDOS INGERIDOS Y ELIMINADOS	I – II - III

DEFINICIÓN

Es un procedimiento de enfermería que consiste en la observación y registro de la cantidad de líquidos administrados (ingeridos e intravenosos) y eliminados en el paciente crítico (diuresis, deposiciones diarreicas, vómitos) durante 24 horas para la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.

INGESTIÓN Y PÉRDIDA DE LIQUIDOS

Ingestión de agua	Pérdida por transpiración
	

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
• Equipo del procedimiento medición diuresis. • Bascula o balanza pediátrica o de adultos	• Guantes. • Material del procedimiento de medición diuresis. • Material para medición de vómitos o deposiciones líquidas • Expediente Clínico.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Lavado de manos.
2. Explicación al paciente sobre objetivo del procedimiento a realizar.
3. Calzado de los guantes.
4. Medición y registro de los ingresos de líquidos: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, intravenosos y hemoderivados.
5. Medición y registro de las salidas, orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica.
6. Retiro de los guantes.
7. Pesaje al paciente para valorar pérdidas insensibles, si su estado lo permite cada 24 horas.
8. Añadido como salidas las pérdidas insensibles.
9. Restado de las salidas a las entradas y registro en la gráfica.
10. Al cierre del balance, contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.
11. Retiro del material utilizado.
12. Retiro de los guantes.
13. Lavado de manos.
14. Registro en los instrumentos técnicos administrativos de enfermería con fecha, hora, las observaciones y características de los líquidos ingeridos y eliminados que presenta el paciente, con firma y sello de quien realiza el procedimiento.

RECOMENDACIONES

• Como norma general, el balance se hará en un tiempo de 24 horas. Cualquier signo de alarma en el paciente comunicar a su médico tratante.

UNIDAD 10

PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DEL RECIÉN NACIDO

Índice

1. RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO. 123

2. REVISIÓN GENERAL DEL RECIÉN NACIDO 124

3. SOMATOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO 125

4. CONTROL DE SIGNOS VITALES DEL RECIÉN NACIDO 126

5. PROFILAXIS OCULAR, ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA K Y VACUNACIÓN AL RECIÉN NACIDO. 127

6. APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA DEL RECIÉN NACIDO 128

7. COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA EN EL RECIÉN NACIDO 129

8. APLICACIÓN DE INMOVILIZADORES 130

9. NUTRICIÓN ENTERAL 131

10. ALIMENTACIÓN PARENTERAL 132

11. POSICIONES EMPLEADAS PARA EXÁMENES Y TRATAMIENTOS 134

12. NORMAS GENERALES DE AISLAMIENTO 135

13. ASISTENCIA EN LA PUNCIÓN LUMBAR 137

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. RECEPCIÓN DEL RECIÉN NACIDO	I - II - III

DEFINICIÓN

Son los procedimientos de enfermería en la recepción del recién nacido después del parto, durante la primera hora de vida en el proceso de adaptación al ambiente fuera del útero.

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
Mesa con acolchado calentado, conteniendo: • Balanza pediátrica • Equipo para toma de signos vitales • Parte del equipo de parto. • Medicamento prescrito	• Toalla seca y calentada • Sabanilla limpia • Medicamentos necesarios • Clamp umbilical

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

- Adecuación del ambiente silencioso y a una temperatura mayor a 24ª C
- Disposición de iluminación adecuada en la sala de partos y en la sala recién nacidos
- Recepción del bebé con ambas manos, sujetando firmemente del tórax anterior
- Apoyar suavemente la otra mano sobre la espalda del bebé
- Fijación del bebé entre ambas manos apoyando suavemente los glúteos sobre el abdomen de la persona que recibe al bebé, manteniendo la posición horizontal del bebé con la boca hacia abajo para ayudar la expulsión y caída libre de las secreciones contenidas en la boca y fosas nasales
- Limpieza de las secreciones de la cara, boca y nariz con la compresa estéril
- Secado suave y firme de la cabeza del bebé
- Frotado suave y firme de la espalda del bebé tratando de estimular el llanto espontáneo y la respiración
- Aspiración de secreciones con la pera de goma o aspirador sólo si es necesario (líquido amniótico con meconio)
- Colocación sobre el abdomen de la madre en contacto directo piel con piel si el llanto del bebé es inmediato y vigoroso
- Evaluación del Apgar del recién nacido
- Comunicación al neonatólogo (si corresponde) o al médico general, cualquier hallazgo anormal
- Pinzamiento del cordón umbilical a unos 10 o 15 cm. de su emergencia del abdomen con la pinza Pean a 1-2 minutos de la expulsión, una vez que deje de latir.
- Pinzamiento con la otra pinza Kocher a 3 o 4 cm. de la anterior
- Cortado del cordón umbilical entre la pinzas con la tijera estéril del equipo de parto
- Cambio y cobertura al recién nacido con un campo o toalla seca previamente calentada
- Acercamiento precoz al seno, estimulando el reflejo de succión.

RECOMENDACIONES

- El secado de la cabeza y la espalda del bebé le permiten regular mejor su temperatura y mantenerlo caliente
- Si hubo salida de meconio durante el trabajo de parto, aspirar secreciones de la boca y nariz, apenas se expulse la cabeza del canal vaginal con la ayuda de la pera de goma
- La aspiración rutinaria de secreciones no es necesaria cuando el líquido amniótico es claro. Esta acción puede producir trastorno respiratorios por estimulación (apnea transitoria del recién nacido)
- En casos de incompatibilidad Rh, asfixia severa y recién nacidos pretérmino el cordón debe pinzarse lo antes posible e inmediatamente a su expulsión del canal del parto
- El examen de la placenta y sus anexos es importante para diagnosticar anormalidades vasculares, probables casos de infección (amnionitis), embarazos post-término, insuficiencia placentaria por envejecimiento precoz y en embarazos gemelares.

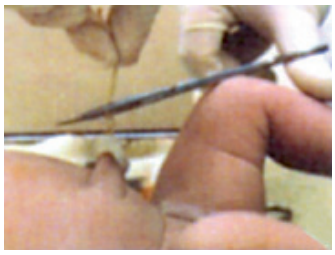
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. REVISIÓN GENERAL DEL RECIÉN NACIDO	I - II - III

DEFINICIÓN

Son los procedimientos de enfermería para la valoración general de la actividad del recién nacido seguido de la ligadura del cordón umbilical.

Interrupción de la circulación del cordón del recién nacido y la madre en forma inmediata.





EQUIPOS

Mesa con acolchado calentado, conteniendo:
- Balanza pediátrica
- Equipo para toma de signos vitales
- Medicamento prescrito

MATERIALES E INSUMOS

- Toalla seca y calentada
- Sabanilla limpia
- Medicamentos necesarios
- Clamp umbilical

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. Una vez expulsado el feto, mientras realiza aspiración de secreciones, observe color, actividad y ausculte latidos cardiacos.
2. Realice el primer minuto de nacido el niño, valoración de Apgar, y anote los resultados en el encasillado del carnet perinatal.
3. Dentro de los cuatro minutos busque:
   - Reflejo de succión: realice movimientos suaves alrededor de la boca del recién nacido, el que responderá succionándose los labios si éste está presente.
   - Reflejo de presión: ponga suavemente los dedos pulgares en la palma de la mano del recién nacido y tire de ellas con suavidad. La respuesta positiva será la sujeción de sus dedos por el recién nacido.
   - Reflejo de Moro: Coloque al recién nacido en decúbito dorsal y golpee en la mesa a ambos lados del mismo, su respuesta positiva será la extensión de las extremidades en busca de apoyo.
   - Reflejo de Babinsky: Realice cosquillas suavemente en las plantas de los pies del recién nacido. Su reacción será flexionar las piernas y separar los dedos de los pies.
   - Determinar frecuencia cardiaca y respiración: A los 5 minutos de nacido el niño realice suavemente valoración de Apgar.
4. Registro en la hoja de enfermería
5. Manejo del plan de atención de enfermería
6. Ligadura fuerte del cordón, firme con tres vueltas de hilo, por debajo de la pinza dejando 3 o 4 cm. de espacio entre ésta y la piel del abdomen, en caso de inexistencia del clamp umbilical.
7. Aseguramiento de la ligadura con doble nudo
8. Ubicación del clamp a cuatro centímetros de la base (si cuenta con este material)
9. Cortado del remanente del cordón umbilical por encima de la pinza
10. Asepsia y antisepsia del cordón umbilical, del muñón a la base

RECOMENDACIONES

- El recién nacido es grande para la edad gestacional (GEG) cuando la curva de peso se encuentra por encima del percentil 90
- El recién nacido es adecuado para la edad gestacional (AEG) cuando la curva de peso se encuentra entre el percentil 10 y 90 de la gráfica
- El recién nacido es pequeño para la edad gestacional (PEG) cuando la curva de peso se encuentra por debajo del percentil 10 de la gráfica.
- En caso de caput sucedáneo, céfalo-hematoma o deformación por modelación transitoria de la cabeza, el perímetro cefálico puede variar de manera importante, por esto es mejora repetir la toma de medida al segundo día de nacido.
- El recién nacido puede modificar sustancialmente el perímetro cefálico durante el llanto por lo que debe tomarse o repetirse cuando el bebé este tranquilo.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. SOMATOMETRÍA DEL RECIÉN NACIDO	I - II - III

DEFINICIÓN

Son las acciones de enfermería para la determinación del peso corporal, la longitud, la circunferencia cefálica, torácica y abdominal del recién nacido en forma inmediata, así como del segmento inferior (longitud de miembros inferiores debajo de 21 cm. en un recién nacido a término se podría asociar con problemas de talla pequeña o enanismo)

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
Mesa con acolchado calentado, conteniendo: • Balanza pediátrica • Equipo para toma de signos vitales • Medicamento prescrito	• Toalla seca y calentada • Sabanilla limpia • Medicamentos necesarios • Clamp umbilical

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Preparación del ambiente con una temperatura adecuada (mayor de 26º C) para evitar enfriamiento del bebé
- Fuente de iluminación natural o artificial adecuada
- Lavado de manos.
- Cobertura de la balanza con una sabanilla u hoja de papel impermeable y caliente para cada niño
- Calibrado de la balanza en cada control
- Ubicación del recién nacido en la misma, protegiéndolo con su mano a unos centímetros del abdomen para evitar accidentes
- Una vez que la aguja marque el peso, registro del resultado en la historia del recién nacido y en el carnet de salud infantil.
- Es importante que la balanza no se encuentre cerca de artefactos o muebles, ya que al dar apoyo en forma accidental pueden hacer variar los pesos de los bebés
- Si el recién nacido se encuentra hospitalizado, debe ser pesado regularmente (el peso determina el estado de salud y su evolución, también es útil para valorar las necesidades nutricionales o la dosis de los medicamentos).
- Mantenimiento de la cabeza del bebé firme sobre la superficie de la mesa y en contacto con el tope vertical posterior del talímetro
- Desplazamiento de la mano hábil sobre ambas rodillas del bebé y extender ambos miembros inferiores acomodando ambos pies en ángulo recto sobre la mesa
- Desplazamiento de la regla vertical móvil hasta alcanzar el borde distal de los talones
- Lectura de la medida alcanzada en cm. sobre la regla
- Registro del dato en el formulario correspondiente.

Pasar la cinta métrica alrededor de la cabeza del bebé para el perímetro cefálico:
- Fijación con un dedo el punto cero de la cinta sobre la parte central de la frente
- Ajustado de la cinta alrededor de la cabeza pasando la misma a nivel del occipucio (parte posterior de la cabeza) y frente.
- Lectura de la medida coincidiendo la longitud en cm. a la altura del punto inicial
- Registro del dato obtenido en el formulario
- Desplazamiento de la cinta métrica por el tórax del recién nacido a la altura de las tetillas mamarias para medir el perímetro torácico, luego se pasa la cinta métrica a nivel de la articulación coxofemoral a la altura del ombligo para la toma del perímetro abdominal.
- Con el niño en posición dorsal, extendiendo cualquiera de los miembros inferiores con ligero apoyo sobre la rodilla, ubicar el punto cero de la cinta métrica a nivel de la articulación coxofemoral hacia el maléolo interno de la extremidad inferior (si la medida es menor de 21 cm puede sospecharse talla baja relacionada a enanismo)
- Lectura de la medida
- Registro en los documentos indicados.

RECOMENDACIONES

- El recién nacido es grande para la edad gestacional (GEG) cuando la curva de peso se encuentra por encima del percentil 90
- El recién nacido es adecuado para la edad gestacional (AEG) cuando la curva de peso se encuentra entre el percentil 10 y 90 de la gráfica
- El recién nacido es pequeño para la edad gestacional (PEG) cuando la curva de peso se encuentra por debajo del percentil 10 de la gráfica.
- En caso de caput sucedáneo, céfalo-hematoma o deformación por modelación transitoria de la cabeza, el perímetro cefálico puede variar de manera importante, por esto es mejora repetir la toma de medida al segundo día de nacido.
- El recién nacido puede modificar sustancialmente el perímetro cefálico durante el llanto por lo que debe tomarse o repetirse cuando el bebé este tranquilo.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. CONTROL DE SIGNOS VITALES DEL RECIÉN NACIDO	I - II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería que consiste en la medición y control de temperatura (la hipotermia en el recién nacido es de riesgo para su equilibrio interno), frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, las características de la respiración y con menor frecuencia, la presión arterial.

MATERIALES E INSUMOS

EQUIPOS

Mesa con acolchado calentado, conteniendo:
- Balanza pediátrica
- Equipo para toma de signos vitales
- Medicamento prescrito

- Toalla seca y calentada
- Sabanilla limpia
- Medicamentos necesarios
- Clamp umbilical

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones del médico
- Retiro del pañal del bebé
- Sujeción con firmeza los tobillos del bebé
- Flexión de las rodillas del bebé, colocando el dedo índice entre los tobillos para evitar lesionar la piel, exponer la región anal y perianal
- Introducción del bulbo del termómetro en el ano unos 3ª 4 cm venciendo el esfínter externo con ligeros movimientos rotatorios delicados
- Mantenimiento firme e inmóvil del termómetro durante tres minutos
- Lectura y registro de la temperatura
- Colocación del termómetro en la parte más profunda de la axila del bebé
- Sostenimiento del termómetro con firmeza contra la axila, presionando el brazo del bebé contra su costado
- Lectura y registro de la temperatura
- El pulso debe controlarse en forma sistemática en todos los bebés, sobre todo cuando están recibiendo medicamentos o padecen alguna enfermedad que afecte el aparato circulatorio.
- La frecuencia cardiaca puede variar de acuerdo a la actividad física del bebé
- Los soplos cardiacos presentes en el bebé habitualmente son transitorios y de tipo funcional.
- Colocar al bebé en decúbito dorsal
- Descubrimiento del brazo en el cual se tomará la presión arterial
- Colocación del brazalete adecuado a su edad
- Insuflación con rapidez el manguito hasta 120 mmHg aproximadamente mientras ausculta la arteria humeral
- Desinflado lento del manguito
- Registro de los datos obtenidos en el formulario respectivo
- Observación y control de la respiración en un minuto
- Observación de la coloración de la piel
- Tomar el fonendoscopio, colocar la membrana sobre la espalda del bebé, escuchando ambos campos pulmonares
- Búsqueda de ruidos agregados en le respiración
- Observación si existe aleteo de las fosas nasales
- Observación si existen movimientos de esfuerzo respiratorio de retracción del apéndice xifoides y de los espacios intercostales, como también movimientos abdominales de balanceo
- Registro en la hoja correspondiente los hallazgos encontrados

RECOMENDACIONES

- El pulso debe controlarse en forma sistemática en todos los bebés, sobre todo cuando están recibiendo medicamentos o padecen alguna enfermedad que afecte el aparato circulatorio.
- La frecuencia cardíaca puede variar de acuerdo a la actividad física del bebé
- Los soplos cardiacos presentes en el bebé habitualmente son transitorios y de tipo funcional.
- Para hacer la lectura de la presión arterial, el bebé debe estar tranquilo y en decúbito dorsal
- Para la obtención de lecturas exactas de presión arterial exige el empleo del brazalete del tamaño correcto, uno muy pequeño dará origen a lecturas mayores y uno muy grande puede dar cifras menores; el brazalete debe cubrir más de la mitad y menos de los tercios del brazo.
- Habitualmente la respiración es superficial, abdominal y ligeramente irregular
- Un recién nacido con llanto o sueño puede aumentar su respiración hasta 100 respiraciones en un minuto normalmente
- Utilice el método de Silverman para valorar el grado de dificultad respiratoria, conjuntamente a la frecuencia respiratoria obtenida y el grado de cianosis encontrada

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. PROFILAXIS OCULAR, ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA K Y VACUNACIÓN AL RECIÉN NACIDO	I - II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención del recién nacido con el objeto de prevenir la infección ocular, evitar sangrado y prevenir la complicación de tuberculosis, como la meningitis.

MATERIALES E INSUMOS

Bandeja o carro de tratamiento conteniendo:
- Medicamento prescrito (vitamina K, colírio o pomada oftálmica, vacuna BCG)
- Carnet de salud infantil
- Tarjeta de medicamentos o Kardex de Enfermería.
- Jeringas de 1 ml.
- Guantes
- Torundas de algodón con alcohol.
- Bolsa plástica para desechos.
- Recipiente para desechos punzocortantes

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

TÉCNICA DE PROFILAXIS OCULAR

1. Realización de asepsia
2. Separación de los párpados suave con los dedos pulgar e índice
3. Colocación de la cantidad indicada del medicamento en la conjuntiva y ángulo interno de ambos ojos.

TÉCNICA DE ADMINISTRACIÓN DE VITAMINA K

4. Cargado en la jeringa de 1 ml. 0,1 ml de la ampolla de vitamina K
5. Colocación al bebé en posición adecuada para administrar la inyección intramuscular
6. Elección de la zona donde administrará, el sitio preferido es en la cara anterior y lateral del muslo
7. Inyección de la solución lenta para evitar la distensión dolorosa y súbita del músculo
8. Registro de fecha y hora de la administración
9. Reconstitución de la vacuna liofilizada
10. Reposo de la ampolla de vacuna durante unos minutos observando que la dilución sea homogénea
11. Cobertura de la ampolla con el cono de papel negro, para evitar contacto con la luz

TÉCNICA DE VACUNACIÓN

12. Cargado de la jeringa de 1 ml con la dosis necesaria 0,1 ml de vacuna BCG
13. Colocación al bebé sobre la mesa de examen en posición decúbito dorsal, descubrir la región deltoidea del brazo derecho
14. Tensado de la piel de la región deltoidea
15. Identificación del lugar de vacunación en la unión del tercio medio y tercio superior o inserción inferior del músculo deltoides.
16. Verificación de la cantidad de vacuna administrada en la graduación de la jeringa y no se guíe por el tamaño de pápula que se forma
17. Inyección lenta y estricta por vía intradérmica (I.D), lo que se puede verificar por el solevantamiento de piel producido por la introducción de la vacuna (pápula)
18. Vestido al bebé, explicación a la madre, en lenguaje sencillo, la evolución de la lesión que producirá la vacuna entre la segunda y cuarta semana después de vacunado, donde se forma un nódulo el tamaño de una lenteja ó un poco mayor, que se reblandece en el centro, dando lugar a la salida por algunos días o semanas una pequeña cantidad de secreción (pus), la úlcera sana dejando una pequeña cicatriz
19. Registro de la profilaxis ocular, administración de vitamina K y fecha de vacunación en el Carnet de Salud Infantil (C.S.I.), entregando el mismo a la madre

RECOMENDACIONES

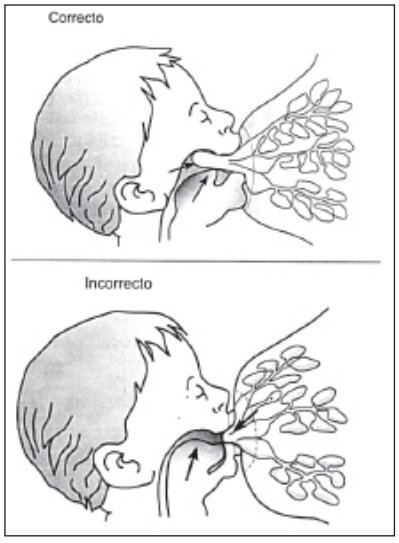
- Todo recién nacido con peso inferior a 1500 g la dosis de vitamina K es de 0,5 mg
- Los recién nacidos con peso superior a 1500 g deben recibir 1 mg de vitamina K.
- La vacuna debe transportarse y conservarse entre 0 y 8º C
- Durante su empleo debe protegerse de la luz y calor
- Una vez reconstituida la vacuna tiene una duración de 8 horas, debiendo desechar el sobrante después de cada jornada de trabajo.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. APOYO EN LA LACTANCIA MATERNA DEL RECIÉN NACIDO	I - II - III

DEFINICIÓN

Es la orientación de enfermería para la alimentación del niño con leche materna, iniciada inmediatamente al nacimiento, en forma exclusiva hasta los seis meses y prolongada hasta los dos años o más





MATERIALES E INSUMOS

Cartillas gráficas para la orientación
Silla o sillón

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Lavado de manos de la madre.
- Ubicación cómoda de la madre.
- Colocación de la cabeza del bebé en la flexura del codo de la madre que corresponde al seno que va a lactar
- Mantenimiento en un mismo plano oreja, hombro y cadera del bebé
- Mantenimiento del abdomen del bebé contra el abdomen de la madre
- Sujeción el seno con la mano contralateral en posición de “C”, estimular la mejilla del bebé para despertar el reflejo de búsqueda
- Estimulación con el pezón erecto sobre el labio para que abra la boca de manera óptima para introducir todo el pezón y parte de la areola para estimular con la lengua y obtener la leche
- Enseñanza a la madre que el bebé debe ir a la búsqueda del seno y no la madre en busca de la boca
- Recomendación que en cada mamada siempre deberá ser de ambos senos, comenzando en la siguiente alimentación por el seno donde concluyó la anterior mamada
- Introducción del dedo en la boca del bebé para evitar el vacío que se produce en la boca y pueda soltar el pezón sin causar molestias
- Mantenimiento del niño apoyado sobre uno de los hombros de la madre para estimular la eliminación de gases

RECOMENDACIONES

- Recuerde que la lactancia debe ser a libre demanda, por tanto no existen límites de tiempo ni horario para alimentar al bebé
- Terminada la lactancia recomiende a la madre a escurrirse unas gotas de leche sobre sus dedos y esparcirlos sobre el pezón y areola, dejando secar al medioambiente, quedando de esta manera listo el pecho para alimentación en otro momento.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. COLOCACIÓN DE SONDA NASOGÁSTRICA EN EL RECIÉN NACIDO	I - II - III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería que consiste en la introducción de la sonda nelaton o Lewin a la cavidad gástrica con fines terapéuticos (aspiración de contenido meconial o administración de leche materna) en el recién nacido o neonato que no tiene reflejo de succión, que puede ser bucogástrica o nasogástrica a través de la faringe, esófago hasta llegar al estómago.
Una variante es la nutrición enteral que es el método de alimentación artificial que proporciona nutrientes al tracto digestivo cuando es imposible que ingiera espontáneamente, siendo la entrada directa al estómago mediante vía oro gástrica, gastrostomía o yeyunostomía.

MATERIALES E INSUMOS

Guantes estériles
Gasas estériles
Sonda nélaton
Jeringa de 2 – 5 ml

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y seguimiento de las indicaciones médicas

1. Inmovilización del bebé (tipo momia)
2. Colocación al bebé en decúbito dorsal con la cabeza lateralizada y ligeramente levantada
3. Disposición del equipo de acuerdo al orden que va a usar
4. Medición de la distancia de la sonda a introducir.
5. Sostenimiento de la sonda en forma de lápiz y el resto arrollada alrededor de los dedos
6. Sostenimiento de la cabeza firmemente e introducir la sonda lubricada en el agua estéril, teniendo la precaución de presionar la misma para evitar el ingreso de aire
7. Introducción del extremo libre de la sonda en el recipiente con agua estéril, observe si hay burbujeo continuo y si el bebé presenta tos y cianosis, retirar inmediatamente la sonda
8. Presión o acodamiento de la sonda mientras conecta la jeringa, aspirar suavemente rotando el émbolo para evitar lesiones de la mucosa gástrica, si aspira el contenido gástrico esté seguro de haber llegado a estómago
9. Fijación de la sonda con la tela adhesiva, sobre el lóbulo de la nariz y un lado de una las mejillas registrando los siguientes datos: fecha, hora y responsable del procedimiento
10. Observación, medición y registro de la cantidad y características del residuo gástrico
11. Vaciamiento de la leche en la vaina de la jeringa, teniendo la precaución de acodar la sonda mientras carga la jeringa a fin de evitar el ingreso de aire
12. Disposición de que la leche ingrese por gravedad y no a presión
13. Enjuague de la sonda con la solución fisiológica o agua estéril una vez concluida la alimentación y luego tapar la sonda
14. Dejar al bebé acostado en decúbito lateral derecho con la cabeza ligeramente levantada para evitar aspiración, vómito posible o regurgitación
15. Retiro, lavado del equipo y preparación para el próximo procedimiento
16. Registro del procedimiento con fecha y hora, cantidad de residuo y cantidad de leche administrada.

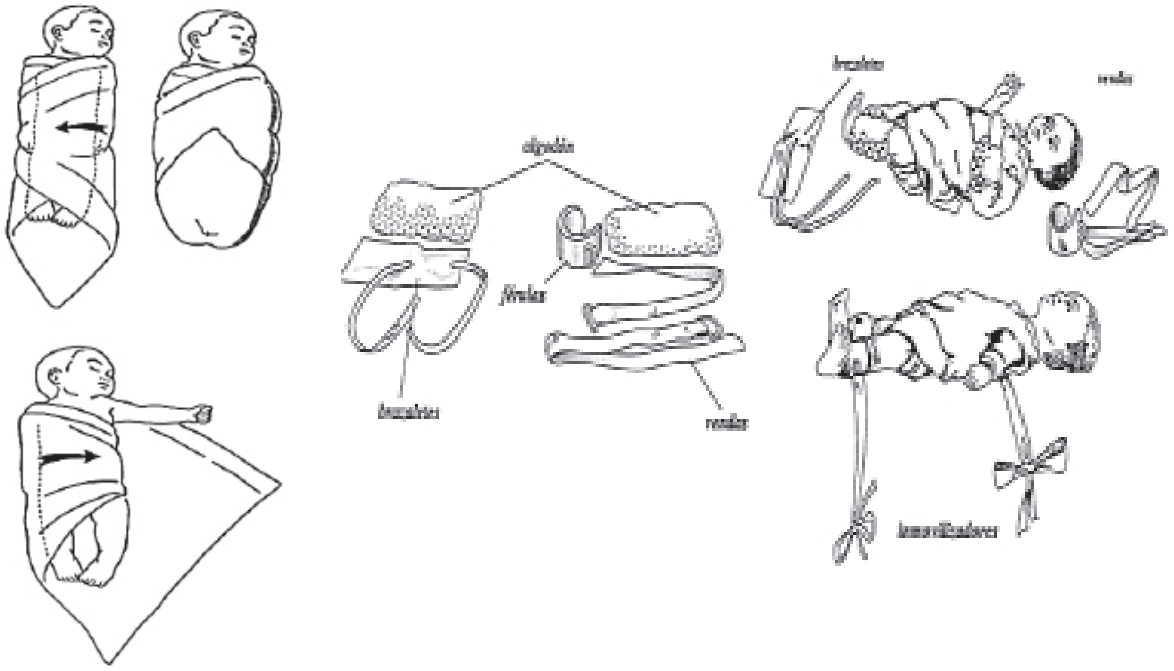
RECOMENDACIONES

- Es necesario asegurarse de la colocación correcta de la sonda nasogástrica.
- La alimentación enteral a diferencia de la gástrica es que debe tener complejos preparados especiales en condiciones de antisepsia estrictos.
- Tomar la precaución de acodar la sonda mientras se carga la jeringa a fin de evitar el ingreso de aire.
- Es importante verificar la temperatura de la leche a ser administrada, así como la dosis según indicación médica
- Para la instalación de la sonda orogástrica se sigue el mismo procedimiento con la diferencia que la sonda se introduce por la boca y no por una de las fosas nasales.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. APLICACIÓN DE INMOVILIZADORES	II y III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería que consiste en el uso de vendas de gasa o tela en diferentes regiones del cuerpo que quieren ser inmovilizadas



PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Protección de la piel de la extremidad a inmovilizar
- Colocación de la articulación al centro de la férula, envolver con la venda, fijando con suavidad
- Enrollado con la cinta del inmovilizador alrededor de la articulación, fijar en la posición amarrando cabos sobre la parte más firme a los lados de la cuna
- Revisión cada 15 minutos retirando periódicamente
- Revisión y control de la piel que no esté lesionada al retirar la férula, caso contrario aplicar alguna solución antiséptica y realizar ligero masaje sobre la misma
- Registro del procedimiento y el motivo del mismo.

RECOMENDACIONES

Procedimiento que se realiza en situaciones extremas de necesidad de inmovilización

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. NUTRICIÓN ENTERAL	III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para apoyo en la nutrición enteral que consiste en el suministro de los nutrientes utilizando el tracto digestivo cuando es imposible que el paciente ingiera espontáneamente. Puede ser oró gástrica, gastrostomía o por yeyunostomía

La nutrición enteral en pediatría aporta los nutrientes precisos para favorecer el desarrollo del niño, y cubrir las necesidades metabólicas de procesos patológicos.

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Sonda nelaton
- Jeringa de 2 – 5 ml

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Colocación de sonda naso gástrica según la técnica.
- Preparación de los líquidos a administrarse.
- Control de ruidos hidro aéreos y distensión abdominal.
- Aspiración del residuo gástrico
- Observación del volumen y características.
- Comienzo de la alimentación empujando con lentitud el émbolo de la jeringa, quite el émbolo y alimente sólo por gravedad. Puede añadirse medicamentos a la alimentación si está indicado
- El émbolo de la jeringa debe estar a una distancia de 15 a 20 cm por arriba del bebé para que permita que el líquido ingrese con lentitud; generalmente se necesita de 15 a 20 minutos por período de alimentación
- Eliminación de la formula de la sonda mediante la inyección de una pequeña cantidad de agua esterilizada, en algunos centros hospitalarios se limpia la sonda mediante la inyección de 1 a 2 cc de aire.
- Cuando se va a descontinuar la sonda se pinza y se retira con rapidez para evitar que escurra la leche a la faringe
- De ser posible coloque con suavidad al bebe en posición semifowler y decúbito lateral para que expulse el aire y después deberá dejarse al bebe tranquilo en decúbito ventral.
- Colocación del marbete con fecha y hora de inserción para cambio cada 24 hrs.
- Registro en la historia clínica (hoja de enfermería) los cambios que reflejen alarma e informar al médico.

RECOMENDACIONES

- Las complicaciones relacionadas con la sonda son debidas al inadecuado procedimiento en la instalación de la sonda oro gástrica o naso gástrica
- Sondas de mayor calibre inapropiado para la nutrición enteral por gabaje
- Ingreso de gérmenes por vía enteral por el inadecuado manejo de la nutrición enteral
- Inmadurez del sistema multiorgánico por prematurez, alteración del sistema nervioso central que interviene negativamente en el metabolismo digestivo.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. ALIMENTACIÓN PARENTERAL	III

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería en apoyo a la nutrición parenteral que consiste en la administración intravenosa de aminoácidos, carbohidratos y grasa, junto con minerales, vitaminas y oligoelementos, a través de un catéter central. Es una terapéutica importante en niños con problemas gastrointestinales y en prematuros.



Preparación de la nutrición parenteral en la campana de flujo laminar

EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Campana de flujo laminar
- Mesa con los materiales
- Equipo para canalización de una vía periférica o central
- Nutrientes requeridos de acuerdo a cálculo de necesidades.
- Cateter para canalización vía
- Cepillos y detergentes
- Solución antiséptica (Sablon o Riohex)
- Campo estéril
- Ropas y guantes estériles
- Expediente clínico

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

INDICACIONES

1.

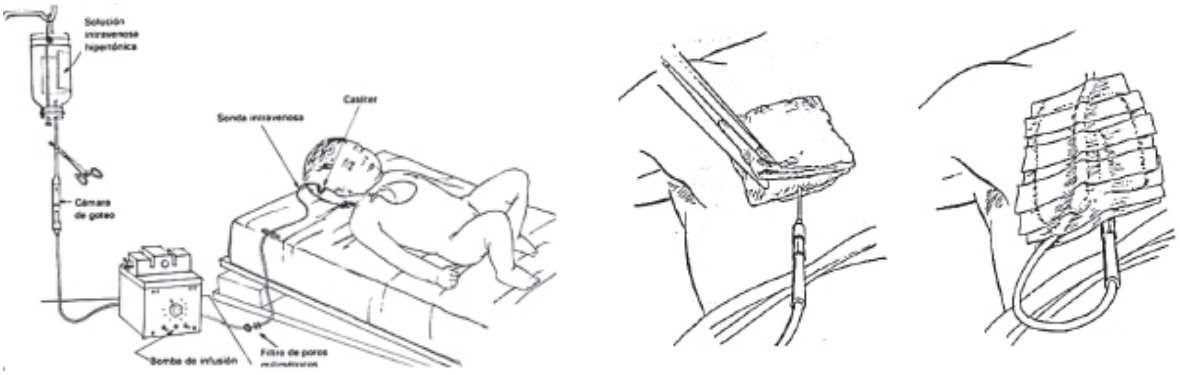
- Se indica cuando la vía entérica es insuficiente para cubrir las necesidades nutricionales totales
- Uso de una vía central cuando la vía periférica es inadecuada para:
  - Ingreso de nutrientes, por ejemplo acceso venoso difícil
  - Pacientes mal nutridos, que no pueden ingerir el 80 % de los requerimientos nutricionales
  - Pacientes post-operados de: atresia de esófago, duodenal, etc.
- Valoración nutricional del paciente.
- Inserción del catéter venoso central
- Una vez realizado el cálculo de los requerimientos de la nutrición parenteral, preparar todo el material necesario.

2.

- Si se tiene la campana laminar que es lo ideal, se tiene menos riesgo de contaminación. Si no preparar en quirófano o en un sitio apropiado libre de gérmenes (desinfectado).
- Lavado con agua y detergente, cepillando todos los envases de los medicamentos a ser utilizados, según calculo de requerimiento hasta retirar completamente todas las etiquetas.
- Luego sumergir los mismos envases en la solución antiséptica (Sablon y/o Riohex) por espacio de unos minutos.
- Retiro de esta solución y volver a sumergir en solución de alcohol yodado.
- Colocación de ropa estéril y calzado de los guantes.
- Sobre la mesa o lugar donde se prepara las soluciones extender un campo estéril.
- Colocación sobre ella todos los medicamentos a utilizar.
- Preparación de las soluciones de acuerdo al cálculo realizado previamente
- Una vez terminada la preparación cubrir todos los sitios de conexión con gasa y apósitos estériles empapadas en alcohol yodado para evitar que puedan contaminarse y amárrelo con hilo seda 0.
- Terminada la preparación, identificar con los siguientes datos:

- Nombre completo del niño.
- Numero de cama.
- Medicamentos utilizados.
- Cantidades empleadas.
- Fecha y hora de la preparación.
- Nombre del medico que dio la indicación
- Nombre de la persona que preparo.

• Conexión al equipo de la nutrición parenteral al paciente que ya tiene instalado su catéter, con técnica estéril. La vía debe ser exclusivamente para la nutrición parenteral y no debe puncionarse los sitios de conexión.
• Administración a goteo controlado por bombas de infusión.



PRECAUCIÓN

• Control de glucosuria y glicemia.
• Uso de técnica aséptica en el manejo de los catéteres por la infusión de soluciones hipertónicas que puede dar lugar a la proliferación de gérmenes y dar lugar a la contaminación y septicemia por ser un catéter venoso central.
• Vigilancia de signos de infección en el área del catéter.
• Control estricto de ingeridos y eliminados.
• Cambio de la bolsa y equipo en cada cambio de la preparación.
• Si la mezcla tiene vitaminas hidrosolubles y no tiene grasas, proteger la bolsa de la luz.

COMPLICACIONES

• Complicaciones metabólicas de la glucosa.
  - o Hiperglucemia, puede producir diuresis osmótica y coma hiperosmolar por aporte excesivo o aumento de la velocidad de infusión.
  - o Hipoglicemia, se presenta por suspensión brusca de las soluciones o por sobredosis de insulina.
  - o Hígado graso, por aporte excesivo de glucosa.
• Complicaciones metabólicas de aminoácidos.
  - o Encefalopatía en pacientes con insuficiencia hepática.
• Complicaciones metabólicas de los lípidos.
  - o Hiperlipidemia.
  - o Trombocitopenia.
• Hipersensibilidad.

RECOMENDACIONES

OBSERVACIONES

• La solución debe administrarse lenta y continuamente por una vena central, la bomba de infusión conserva la corriente continua sin riesgo de infección.
• La solución empleada para alimentación parenteral se debe almacenar a 4 grados centígrados por un tiempo no mayor de 48 horas después de prepararse.
• La solución antes de administrarse se la puede calentar una hora antes a medio ambiente.
• Registre, fecha y hora del procedimiento realizado.
• Vigile la administración de las soluciones de acuerdo a las indicaciones médicas, dosis, horas calculadas y goteo (ml/hora).
• Escriba en letra clara su nombre.
• La nutrición parenteral siempre se debe pasar por bomba de infusión. Para evitar las complicaciones.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. POSICIONES EMPLEADAS PARA EXÁMENES Y TRATAMIENTOS	II - III

DEFINICIÓN

Procedimientos que realiza la enfermera para ubicar al recién nacido en diferentes posiciones.

PROCEDIMIENTO

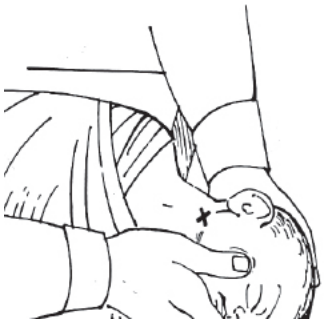
Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

POSICIÓN PARA VENIPUNTURA YUGULAR

- Inmovilización del niño tipo momia
- Colocación de la cabeza del niño al borde la cama apoyando los hombros sobre una almohada
- Mantenimiento del cuerpo del niño en decúbito dorsal, con la cabeza lateralizada
- Fijación en esta posición sosteniendo el cuerpo con ambas manos
- Registro del motivo del procedimiento y reacciones observadas.

POSICIÓN PARA VENIPUNTURA FEMORAL

- Colocación al bebé en decúbito dorsal, con el tórax inmovilizado tipo momia
- Mantenimiento del niño sobre la espalda con las piernas separadas, rodillas flexionadas en posición de rana
- Fijación de las piernas colocando las manos sobre las rodillas
- Colocación de frente al niño para calmar sus temores
- Cobertura de los genitales para evitar contaminar con orina el sitio puncionado
- Presión del sitio de punción una vez obtenida la muestra hasta que deje de sangrar
- Registro del procedimiento realizado y motivo del mismo





RECOMENDACIONES

Aplicar la técnica correcta

Realizar hemostasia.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. NORMAS GENERALES DE AISLAMIENTO	**II – III**

DEFINICIÓN

Procedimiento destinado a impedir que un paciente infectado o colonizado transmita determinados microorganismos a otros pacientes, familiares y personal hospitalario o sea infectado por ellos.

EQUIPOS, MATERIAL E INSUMOS.

- Guantes, barbijo, jabón líquido, toallas de papel
- Antiséptico, bata, lentes protectores.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

1. **Información y orientación:**
   - Explicación al acompañante del paciente el objetivo y la necesidad del aislamiento o aplicar ciertas medidas especificas.
   - Instrucción a los padres y personal del hospital sobre las medidas de aislamiento:
   - Instrucción sobre el lavado de manos, colocación de bata, guantes, etc.
   - Evaluación periódica de la realización correcta de las medidas de aislamiento.
   - Instrucción a los padres sobre la causa y necesidad de aislamiento, las medidas necesarias, la colocación de material, lavado de manos, etc.
2. **Servicio:**
   - Mantenimiento de la puerta cerrada
   - Colocación de instrucciones en la puerta de ingreso
   - Depósito del material necesario para el aislamiento fuera del servicio junto a la puerta de entrada.
   - Lavado dentro de la habitación o del servicio.
   - Depósito de recipientes adecuados para la eliminación de residuos y lencería en la habitación o servicio.
   - Mantenimiento dentro de la habitación o servicio sólo el material imprescindible.
   - Mantenimiento fuera de la habitación la historia clínica del paciente.
3. **Lavado de manos**:
   - El lavado de manos debe realizarse:
     - Antes y después de cualquier procedimiento que implique contacto con el paciente.
     - Antes y después de realizar curaciones y/o procedimientos invasivos.
     - Después de situaciones en las que haya podido haber contaminación microbiana de las manos.
     - Después de tocar superficies inanimadas.
     - Después de tocar a pacientes con sospecha o confirmación de colonización por microorganismos con significación epidemiológica.
   - Asegurarse de tener todo el material necesario para realizar el lavado de manos (jabón neutro con dosificador y toallas de papel).
4. **Uso de guantes**:
   - Uso de guantes de un sólo uso y desechables
   - Uso de guantes siempre que se entre en contacto con el paciente, material biológico y/o fomites.
   - Colocación de los guantes en las manos limpias, cubriendo las manos y las muñecas.
   - Retiro de los guantes cogiéndolos por el borde del puño y tirar de dentro afuera, sobre las manos.
   - Cambio de guantes y lavado de manos entre diferentes procedimientos de un mismo paciente siempre que se pierda la integridad de los guantes.
   - Desecho de los guantes antes de salir de la habitación del paciente.
   - Lavado de las manos antes de salir de la habitación.
5. **Uso de bata**:
   - Recomendación a los padres que se quiten la ropa de abrigo antes de ponerse la bata, dejándola fuera de la habitación.
   - Colocación de bata de un sólo uso, no estéril durante los procedimientos que requieran manipulación del paciente o material biológico.
   - Atado de la bata al cuello y cintura antes de entrar a la habitación.
   - Cambio de la bata por requerimiento necesario.
   - Para retiro de la bata, se debe coger por la parte anterior y tirar hacia delante para no romper la atadura del cuello y cintura. Sacarla llevando el lado limpio hacia las mangas.
   - Depósito de la bata sucia en el borde o recipiente destinada para ello.

6. **Uso de mascarilla o barbijo**:
   - Se recomienda el uso cuando la diseminación de los gérmenes se produce por vía respiratoria, como prevención de salpicaduras y pulverizaciones de sangre, fluidos corporales y como protección de pacientes inmunodeprimidos.
   - Colocación de la mascarilla antes de entrar a la unidad del paciente, cuyo aislamiento lo requiera.
   - Las mascarillas se usan sólo una vez desechándolas luego de su uso, excepto las mascarillas de alta eficacia.
   - Son eficaces sólo cuando cubren boca y nariz y permanece seca. Si se humedece debe reemplazarse.
   - Una vez usada la mascarilla no bajarla al cuello, ni ponerse sobre la frente y después volverla a usar.
   - Al retirarla tener cuidado de no tocar lo contaminado, luego lavarse las manos.
7. **Protección ocular**:
   - Uso de gafas de protección ocular al realizar procedimientos sobre el paciente que pueda producir salpicaduras y pulverizaciones de sangre, fluidos corporales y otros.
   - Es importante comprobar que las gafas se sellen bien sobre los ojos.
   - Retiro de la protección ocular al concluir el procedimiento y lavarse las manos.
8. **Orden de colocación y retirada del material de aislamiento**:
   - Colocación:
     - Mascarilla, protección ocular y bata. Lavado de las manos y colocación de guantes.
   - Retirada:
     - Siguiendo las normas individuales de cada material, se retiran primero los guantes y después la bata, la protección ocular, al final la mascarilla, luego el lavado de manos.
     - Al retirar la mascarilla tener la precaución de no tocar la zona contaminada.

Muestra para laboratorio:
- Todas las muestras de sangre, fluidos corporales y muestras de tejido corporales, se debe considerar siempre potencialmente contaminados por microorganismos transmitidos por sangre.
- La adopción de precauciones universales, elimina la necesidad de utilizar una señalización especial.
- Tras la extracción de muestras, introducir en una bolsa desechable para su transporte a laboratorio.

Eliminación de secreciones, excretas y drenajes:
- La eliminación de los residuos sanitarios que resulten de la atención a los pacientes, deberá seguir las normas de recogida y transporte de la institución.

Ropa de cama:
- La ropa del paciente debe ser retirada en una bolsa cerrada.

Material desechable y no desechable:
- Limpieza, desinfección y esterilización del material siguiendo indicaciones de los fabricantes y normativas del hospital.
- Todo material que entra en contacto con los enfermos es un vehículo potencial de infección, debido a ello y como norma general no se debe utilizar material de un enfermo en otro sin haberlo limpiado y desinfectado.
- Siempre que sea posible, disposición del uso de material no critico (material que entra en contacto con piel intacta): termómetros, chatas, etc. De forma exclusiva para cada paciente.

Traslado del paciente para la realización de pruebas y alta del servicio:
- Limitación en el transporte del paciente fuera del servicio. Si el transporte fuera necesario utilizar mascarilla quirúrgica o filtro bacteriano si el paciente estuviera intubado.
- El personal debe utilizar guantes para el traslado y mascarilla y bata si se va realizar algún procedimiento.
- Comunicación al servicio que vaya a recibir al paciente de las medidas de aislamiento que precisa.
- Coordinación del traslado y la realización de las pruebas, para que esta sea lo más rápido posible.

Limpieza de la unidad:
- La limpieza se realizará basado en las normas de la institución, limpiando superficies horizontales 2 veces al día, techo y paredes, dos veces por semana o por requerimiento (salpicadura de forma inmediata) y el material diariamente (respiradores, monitores, etc.).
- La limpieza de la unidad después del alta se hará tras permanecer vacía, sin corrientes de aire.
- Utilización de los desinfectantes recomendables según la normativa de bioseguridad hospitalaria.

Ventilación:
- Mantenimiento de puertas y ventanas cerradas para evitar la diseminación de microorganismos fuera del servicio.
- Uso de los sistemas de climatización recomendados para las unidades de riesgo intermedio y los específicos para aislamiento respiratorio y en pacientes inmunodeprimidos.

RECOMENDACIONES

Cumplir con las normas de bioseguridad establecidas con el objeto de:

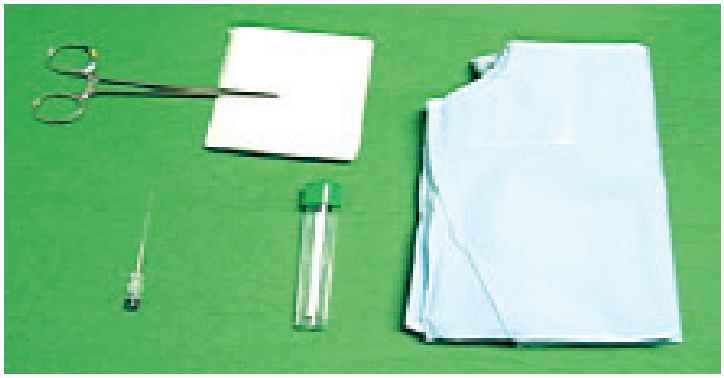
- Evitar la propagación de enfermedades infecto- contagiosas.
- Controlar la transmisión de microorganismos multirresistentes.
- Evitar la transmisión de microorganismos a pacientes inmunodeprimidos.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. ASISTENCIA EN PUNCIÓN LUMBAR	II - III

DEFINICIÓN

Es un procedimiento de enfermería de apoyo al médico, que permite obtener líquido céfaloraquídeo (LCR) del espacio subaracnoideo o introducir substancias con diversas finalidades

EQUIPOS	MATERIALES E INSUMOS
Equipo de punción lumbar	Jeringas, agujas Torundas con antiséptico Campo estéril Anestésico si se requiere



PROCEDIMIENTO





Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Colocación del niño en decúbito lateral con las rodillas flexionadas o en posición sentada, acentuando la curvatura de la columna lumbar, muy cerca del borde la cama
- Antiséptico para realizar la asepsia estricta de la piel
- Cobertura de la zona con el campo fenestrado
- Disposición del anestésico local y la jeringa hipodérmica de 2 ml para infiltrar la región
- Observación de la salida libre de LCR una vez retirado el mandril, disponer el frasquito para recolectar la muestra
- Medición de la presión al inicio y al final del procedimiento
- Presión de la zona con una gasa estéril durante 3 -5 minutos una vez retirada la aguja
- Cobertura de la zona con apósito estéril, fijado con tela adhesiva.
- Registro del procedimiento

RECOMENDACIONES

- La punción lumbar debe practicarse con una técnica estricta de asepsia
- Pedir al niño que vacíe la vejiga (si es mayor de dos años) antes de la PL, porque posteriormente debe mantenerse en reposo absoluto en decúbito supino durante 4 – 6 horas
- Efectuar evaluación completa, controlar los signos vitales, nivel de conciencia y existencia de signos neurológicos tales como la cefalea
- Si el procedimiento se practica para medir la presión del LCR advertir al niño para que se mantenga relajado y respirar normalmente
- Identificar los frascos con las muestras obtenidas y enviar a laboratorio, tomado precaución cuando se sospecha que contengan gérmenes patógenos
- Comunicar al médico si se observa salida de sangre o LCR por el sitio de punción.

Segunda parte

Procedimientos específicos de enfermería para la atención de pacientes



Indice

UNIDAD 1.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS – URGENCIAS/EMERGENCIAS.

UNIDAD 2.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE VIOLENCIA.

UNIDAD 3.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS.

UNIDAD 4.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TUMORES.

UNIDAD 5.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO.

UNIDAD 6.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO.

UNIDAD 7.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO.

UNIDAD 8.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO.

UNIDAD 9.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO.

UNIDAD 10.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO.

UNIDAD 11.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL Y TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, TEJIDO CONJUNTIVO Y DEL TEJIDO OSTEOMUSCULAR

UNIDAD 12.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

UNIDAD 13.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AFECCIONES PERINATALES.

UNIDAD 14.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO PARTO O PUERPERIO.

UNIDAD 15.
PROCEDIMIENTOS DE ESPECÍFICOS ENFERMERÍA EN LOS MÉTODOS DE ANTICONCEPCIÓN

UNIDAD 16.
PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA

UNIDAD 1

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRAUMATISMOS Y ENVENENAMIENTOS – URGENCIAS/EMERGENCIAS.

Índice

1. INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADOS 143

2. MORDEDURA DE SERPIENTES 144

3. LESIONES CÁUSTICAS 145

4. ADMISIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO 146

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADOS	**II - III**

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con intoxicación por sustancias organofosforadas que afectan los sistemas enzimáticos celulares, poniendo en peligro la vida de la persona. Por las características del cuadro deben ser hospitalizados para su tratamiento.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Equipo para vía aérea
- Equipo para sonda nasogástrica
- Equipo para sonda Foley
- Equipo para vía central

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
Una vez admitido y ubicado el paciente en su unidad, se realizan y registran las siguientes acciones:

- Nombre del tóxico y cantidad ingerida
- Tiempo transcurrido desde su ingesta o contacto
- Vía de entrada
- Medición de constantes vitales
- Valoración de la función cardiorrespiratoria
- Permeabilidad de la vía aérea
- Valoración neurológica
- Nivel de conciencia
- Tamaño y actividad de la pupila
- Olor del aliento
- Valoración de aparato digestivo – auscultación
- Cumplimiento de tratamiento médico para antagonizar los efectos del tóxico, cuidando de:
  - Evitar mayor absorción del tóxico.
  - Favorecer la eliminación del tóxico

RECOMENDACIONES

El personal de enfermería debe tomar medidas de bioseguridad..
Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. MORDEDURA DE SERPIENTES	**II - III**

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con mordeduras de serpientes, evento que producen graves consecuencias en la víctima, que puede producirle la muerte si no recibe tratamiento oportuno.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Equipo para vía aérea
- Equipo para sonda nasogástrica
- Equipo para sonda Foley
- Equipo para vía central

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
Una vez admitido y ubicado el paciente en su unidad, se realizan y registran las siguientes acciones:

- Identificación y valoración.
- Tiempo de evolución del accidente ofídico.
- Tipo de ofidio que provocó la mordedura.
- Incapacidad de movimiento por el dolor o edema.
- Trastornos neurológicos (ptosis palpebral, parestesias, sialorrea, mareos).
- Trastorno hematológicos.
- Déficit en volumen sanguíneo por hemorragias
- Antecedentes de alergias.
- Alteración en los patrones de eliminación urinaria.
- Inmovilización y reposo absoluto.
- Pruebas de coagulación.
- Canalización de dos vías venosas con catéter Nº20, instalando dextrosa al 5%
- Control de signos vitales cada dos horas.
- Aplicación del suero antiofídico según indicación médica.
- Cuantificación de diuresis cada hora
- Lavado exhaustivo de la herida solo con agua y jabón.
- Protección y cobertura de la herida con apósito estéril. (no colocar vendajes)
- Valoración de aparato digestivo – auscultación

RECOMENDACIONES

El personal de enfermería debe tomar medidas de bioseguridad.
Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. LESIONES CÁUSTICAS	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se ejecutan cuando el paciente ingresa en estado crítico con el antecedente de haber ingerido sustancias cáusticas

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Cama ortopédica • Equipo de lavado gástrico • Equipo de aspiración(frascos, sondas, guantes estériles, gasas) • Equipo de Oxigeno (cánula nasal o mascarilla). • Equipo de toma de signos vitales	• Guantes. • Mandil para protección • Medicamentos requeridos. • Trípode para venoclisis . • Equipo de canalización • Soluciones parenterales	• Gasas, Guantes, Algodón con alcohol. • Sonda Naso gástrica, Tubos, • Sonda Foley. • Hoja de registro, Hoja de enfermería. • Historia clínica.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

1.-FASE AGUDA, desde el momento de la ingesta hasta el 7mo. o 10mo. día.

- Canalizar vía periférica.
- Viabilización de exámenes complementarios de acuerdo a solicitud (RX de tórax, RX simple de abdomen, endoscopia digestiva alta).
- Administración de analgésicos (pirazolónicos, meperidina)
- Reposo relativo en semifowler para evitar broncoaspiración.
- Administración de antibióticos para prevenir infecciones, de acuerdo a prescripción médica.
- Cuantificación y verificación de las características de secreciones gastrointestinales por turno.
- Control I/E (Ingeridos / Eliminados).
- Dejar al paciente en N.P.O.
- Brindar apoyo emocional para mitigar la angustia.
- Valoración del estado neurológico.
- Administración de corticoides de acuerdo a prescripción médica (para desinflamar a nivel de oro faringe).
- En caso de perforación, el tratamiento debe ser quirúrgico y se realizara la preparación preoperatoria inmediatamente.

2.- FASE SUBAGUDA, se extiende desde el 7mo. o 10mo. día, hasta la tercera o cuarta semana.

- Realización de estudios radiológicos contrastados, para evaluar el grado de la lesión.
- Realización de estudios endoscópicos para evaluar el grado de lesión. Restaurar la alimentación en la medida de la tolerancia del paciente, luego de valoración y seguimiento.
- Inicio del tratamiento endoscópico terapéutico porque puede quedar constituida la estenosis.
-

3.- FASE CRÓNICA, se considera a partir de la tercera o cuarta semana.

- Se caracteriza por estenosis esofágica y/o gástrica, existe disfagia a alimentos sólidos e incluso a líquidos, mientras que la estenosis gástrica se manifiesta por un síndrome de retención gástrica, con vómitos post-prandiales.
- Tratamiento endoscópico terapéutico realizando dilataciones a nivel del esófago en estenosis benigna y realizando infiltraciones intralesional de corticoides, disminuir los riesgos de complicaciones.
- Control de signos vitales estricto en exámenes complementarios y piso de internación.

RECOMENDACIONES

- La evaluación y seguimiento es muy importante para futuras acciones.
- No usar medidas neutralizantes porque son tardías, control estricto por enfermería.
- No provocar vómitos, educar al paciente y familia sobre los riesgos de lesiones mayores.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. ADMISIÓN DEL PACIENTE CRÍTICO	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se ejecutan cuando el paciente ingresa en estado crítico al servicio de Cuidados Intermedios, Terapia Intensiva y otras unidades de atención de alta complejidad, con el objetivo de proporcionar los recursos necesarios para su admisión brindando una oportuna, eficiente y adecuada atención. Así como al enfermo en la atención de pacientes que reciben quimioterapia con Citostáticos que son fármacos que inhiben el crecimiento de las células.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Cama ortopédica con barandales
- Monitor cardiaco, respirador artificial.
- Equipo de aspiración(frascos, sondas, guantes estériles, gasas)
- Equipo de Oxigeno (cánula nasal o mascarilla).
- Termómetro, estetoscopio, tensiómetro
- Electrodos, Oxímetro de pulso.
- Carro de curación.
- Carro de paro equipado.
- Trípode para P.V.C., suero fisiológico y llave de tres vías.
- Equipo de canalización y cateterismo
- Gasas, Guantes, Algodón con alcohol.
- Sonda Naso gástrica, Tubos, cánula de mayo, cánula de traqueotomía
- Sonda Foley.
- Hoja de registro, Hoja de enfermería.
- Historia clínica.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Comunicación al médico sobre el ingreso del paciente, para que se realice la valoración.
- Designación y preparación de la unidad con el material completo.
- Recepción del paciente, examen físico en forma inmediata al ingreso.
- Control de signos vitales, peso (PRN), administración de oxígeno prescrito y PRN.
- Monitorización cardíaca.
- Asistencia inmediata de acuerdo a prioridad.
- Canalización de vía venosa permeable y PVC si tienen vía central.
- Baño general si es necesario
- Cumplimiento de indicaciones médicas en relación al tratamiento farmacológico.
- Registro en la hoja de enfermería toda la atención realizada al paciente:
- Orientación y explicación a los familiares sobre el estado del paciente y las Normas y Reglamentos del hospital.

PAUTAS DE REGISTROS EN LAS NOTAS DE ENFERMERÍA
- Hora de ingreso.
- Forma en que ingresó (camilla, silla de ruedas o caminando).
- Estado general al momento de ingreso.
- Tratamiento inmediato que se realizó.
- Procedimientos realizados

RECOMENDACIONES

- No perder tiempo precioso que arriesgue la vida del paciente.
- La enfermera debe tener todo el material y equipos listos para ser utilizado en forma inmediata en la atención del paciente crítico.
- No olvidar nunca la importancia de mantener informado a la familia en los momentos de asistencia inmediata al paciente critico.

UNIDAD 2

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE VIOLENCIA.

Índice

1. VIOLENCIA..... 149

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON PROBLEMAS DE VIOLENCIA Y SUS EFECTOS

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. VIOLENCIA	**I - II - III**

DEFINICIÓN

Es la atención de Enfermería que se brinda a toda persona afectada por cualquier tipo de violencia que acude al establecimiento de salud, en cumplimiento a la Ley 1674/95 contra la Violencia en la familia o domestica y Ley 1403/93 Código del niño(a) y adolescente en actual vigencia para brindar una mejor calidad de vida a las víctimas de la violencia.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Ley Nº 1674 contra la violencia familiar o doméstica
- Ley 1403 Código del niño/a y adolescente
- Cartillas y láminas informativas

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Intervenciones
• Información sobre prevención y violencia intra familiar a través de diferentes eventos para promover la toma de conciencia individual y colectiva de reconocer hechos de violencia como un problema e identificar mecanismos para enfrentarla. • Conformación y participación en la organización de “Redes de Atención y Prevención de Violencia Intra familiar”. • Desarrollo de conocimientos, habilidades y destrezas en el equipo de salud y otros recursos a nivel comunitario relacionados a la violencia. • Identificación oportuna de casos de violencia en personas que acuden al establecimiento de salud. Articulación multisectorial: • Promoción con el equipo de salud el establecimiento de Redes de prevención y atención de las violencias, con otros actores institucionales principalmente Servicios Legales Municipales, Defensorías de la Niñez y Adolescencia, Brigadas de Protección a la Familia de la Policía Boliviana u otras Unidades policiales, Ong´s con servicios psicológicos/legales, etc.). Estrategias como éstas tendrán objetivos de prevenir, controlar, atender de manera integral y buscar procesos de apoyo emocional como el desarrollo de grupos de autoayuda.	• Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas • Búsqueda de Privacidad (ambientes adecuados) y preguntas de constatación (sin prejuicios, sin culpabilizar, de manera suave. Ej. Sabe Ud. si en su comunidad o barrio, las mujeres y jóves son agredidas por sus parejas? Y seguidamente; ¿en su vida alguna vez, Ud. fue maltratada?) • Contención emocional (muestre empatía, genere confianza, informe sobre servicios sociales complementarios como la presencia de Servicios Legales Municipales o Defensorías de la Niñez y Adolescencia, o Brigadas de Protección a la Familia de la Policía Boliviana). • Aun cuando la/el paciente no reconozca ser víctima de violencias hay que dejar siempre una “puerta abierta”, citarla en consulta programada y establecer la confianza necesaria para que refiera su problema. Establecer coordinación con trabajo social. Todo ello debe constar en la historia clínica. • Examen físico detectando signos o síntomas de violencia, física, psíquica, sexual o mixtas para el diagnóstico correspondiente. • Información y orientación para fortalecer la autoestima y el estado emocional de la víctima, búsqueda activa de signos de depresión, en especial a pacientes que recurren en la consulta por otras razones como cefalea, problemas digestivos, hipertensión. • Cumplimiento de indicaciones para el tratamiento adecuado de lesiones físicas según la gravedad del caso. • Referencia, en caso necesario al nivel de mayor complejidad. • En caso de Puestos de Salud referir el caso para Certificado Médico. • Referencia intersectorial para el tratamiento correspondiente del caso, policía, judicatura, defensorías, comité local de salud según disponibilidad. • Registro en la historia clínica y ficha epidemiológica • Notificación al subsistema de vigilancia epidemiológica a través del SNIS. • Facilitación del manejo interdisciplinario: médico, psicológico, trabajo social. • Seguimiento de casos atendidos. • Organización de grupos de autoayuda, creando espacios para el empoderamiento personal y superación del aislamiento.

RECOMENDACIONES

Aplicación de las normas del programa

UNIDAD 3

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y PARASITARIAS

Índice

1. HEPATITIS VIRAL. 153
2. POLIOMIELITIS. 154
3. SARAMPIÓN. 155
4. PAROTIDITIS. 156
5. RUBEOLA. 157
6. DIFTERIA. 158
7. TÉTANOS NEONATAL. 159
8. COQUELUCHE O TOSFERINA. 160
9. TUBERCULOSIS. 161
10. MENINGITIS TUBERCULOSA. 162
11. TOMA DE MUESTRA PARA BACILOSCOPÍA 163
12. MALARIA, MALARIA SEVERA Y COMPLICADA. 164
13. DENGUE. 165
14. RABIA. 166
15. LEISHMANIASIS 167
16. ADMINISTRACIÓN DE ANFOTERICINA B. 168

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. HEPATITIS VIRAL	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes hospitalizados por presentar complicaciones de hepatitis viral, enfermedad infecto-contagiosa producida por virus hepatotropos, de evolución inferior a seis meses, cuyo sustrato morfológico se caracteriza por la asociación de fenómenos inflamatorios y necrosis celular.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Medios de transporte • Búsqueda activa institucional • Búsqueda activa comunitaria • Croquis tablero	• Ficha epidemiológica • Bolígrafo/ lápiz negro • Biológico e insumos • Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca	• Etiquetas de identificación • Bolsa plástica • Termos o conservadores con paquetes fríos

PROCEDIMIENTOS

Prevención	Intervenciones
• Orientación a los padres sobre la aplicación de la vacuna Hepatitis B. • Inicio del esquema de vacunación con hepatitis B al RN. • Medidas de bioseguridad para evitar la contaminación cruzada a través de jeringas, agujas y equipos corto punzantes. • Vacunación al 100% de los niños < de 1 año con la vacuna pentavalente con 3 dosis con intervalo de 2 meses. • Información y educación a la población sobre mecanismos de transmisión de la Hepatitis B, prevención. • Capacitación al personal sobre mecanismos de transmisión y medidas de bioseguridad. • Notificación, investigación de contactos.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Notificación inmediata de caso sospechoso. • Llenado de ficha epidemiológica. • Toma y envío de muestra serológica para confirmar caso. • Orientación sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas. • Reposo absoluto. • Medidas de aislamiento. • Dieta especial adecuada para este tipo de enfermedad.(indicación médicas) • Desinfección del equipo y material contaminado. • Inmunización • Vacunación anti hepatitis B al personal de salud en riesgo. • Orientación a los padres sobre la importancia de la continuidad del tratamiento y los controles médicos. • Vacunación según norma. • Cuidados de higiene, alimentación

Intervenciones en pacientes con complicaciones

- Admisión del paciente, brindando un ambiente adecuado y agradable.
- Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas:
  - Control de signos vitales.
  - Canalización vía venosa periférica.
  - Valoración hemodinámica (para el traslado a U.T.I. en casos críticos).
  - Preparación del paciente para estudios complementarios.
  - Control de reposo en el periodo de astenia y adinamia.
  - Coordinación con el área de nutrición para una dieta hipograsa y aumento de hidratos de carbono.
  - Administración antieméticos en caso de nauseas y vómitos, bajo prescripción médica.
  - Administración tratamiento médico de acuerdo al tipo de hepatitis.
- Apoyo emocional al paciente y familia.
- Coordinación multidisciplinaria para prevención de infecciones intrahospitalarias.
- Educación para prevención de infecciones, enfocando:
  - Lavado de manos.
  - Manejo correcto de alimentos.
  - Consumo de agua hervida.
  - Prevención del fecalismo al aire libre.
  - Prevención del hacinamiento.
  - Medidas de bioseguridad para el personal de salud, paciente y familia.
  - Uso correcto de material descartable, descontaminación y eliminación del mismo.
  - Desinfección de equipos.
  - Práctica sexual segura.

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. POLIOMIELITIS	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con poliomielitis, enfermedad viral aguda, que suele ser asintomática o de tipo febril inespecífica, meningitis aséptica ó enfermedad paralítica y/o muerte; se transmite por vía oral-fecal. Se define como caso sospechoso cualquier persona menor de 15 años que presente debilidad o parálisis focal, fláccida (reducción del tono muscular) y que no tenga otra causa evidente.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Transporte
- Búsqueda activa institucional
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Ficha epidemiológica
- Biológico e insumos
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Espátula de madera o plástica, limpias y seca
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Monitoreo rápido de coberturas
- La única medida preventiva es la inmunización con la vacuna antipoliomielítica en 3 dosis a los lactantes y a adultos que nunca fueron inmunizados.
- Educación a los comités locales, consejos municipales. población civil sobre la importancia de la inmunización.
- Investigación inmediata, dentro las 48 horas, de todo caso de Parálisis Flácida Aguda (PFA) en menores de 15 años cualquiera sea su causa.
- Notificación inmediata a la instancia superior (coordinación de red)
- Activación de los puestos centinela.
- Vigilancia continúa con un equipo de acción rápida.
- Vigilancia comunitaria.
- Si el caso es confirmado realizar búsqueda activa de casos.
- Monitoreo de vacunación:.
  - Vacunación a la población susceptible.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
Una vez establecida la sospecha diagnóstica:

- Toma y envío de la muestra:
  - Toma de muestra dentro de los 15 días de iniciada la parálisis.
  - Tomar muestra en recipiente limpio con tapa.
  - Identificación de la muestra con nombre, edad, localidad y fecha.
  - Envoltura del frasco con plástico.
  - Colocación del frasco en un termo o caja fría con hielo.
  - Envío al SEDES.
- Ficha epidemiológica adjunta al frasco de la muestra.
- Inicio del procedimiento de referencia a establecimiento de salud de tercer nivel.
  - PFA leve: cumplimiento de la indicación de inicio del tratamiento sintomático en pacientes con, reposo en cama por varios días, administración de analgésicos y antipiréticos
  - Mielitis activa: cumplimiento de indicaciones: reposo en cama dura, aplicaciones diarias de compresas calientes y húmedas de 20 minutos alivia el espasmo y dolor muscular. Prevención de la retención urinaria. Continuar con la higiene y el cuidado del niño(a). Continuar con la alimentación del niño (a) de acuerdo a edad.
- Seguimiento de secuelas posterior a la enfermedad.
- Orientación a los padres sobre: las probables secuelas, cumplimiento de los controles de seguimiento.

RECOMENDACIONES

Cumplir la norma de Vigilancia Epidemiológica

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. SARAMPIÓN	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con sarampión, enfermedad eruptiva febril, que se transmite de persona a persona a través de la secreciones nasofaringes de la persona enferma en el período pre eruptivo, causado por el virus de la sarampión paramixovirus.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de Vacunación
- Biológicos disponible y lo suficiente de SRP
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Vacutainer
- Jeringa de 5 ml
- Guantes
- Ligadura
- Espátula de madera o plástica, limpias y seca
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Monitoreo rápido de coberturas
- La única medida preventiva es la inmunización con la vacuna triple viral en dosis única a los niños de 12 a 23 meses.
- Vacunación del 100% de la población susceptible de 1 año de edad.
- Vigilancia epidemiológica comunitaria de enfermedades eruptivas febriles.
- Mantener buena conservación de la vacuna anti sarampionosa mediante el control de cadena de frío.
- Vigilancia continua con un equipo de acción rápida.
- Educación a los comités locales, consejos municipales, población civil sobre la importancia de la inmunización.
- La prevención de brotes es una meta fundamental en la estrategia de eliminación del sarampión.
- Ante la presencia de un caso sospechoso de sarampión realizar las siguientes intervenciones:
- Verificación del esquema de vacunación SRP o SR.
- Notificación inmediata a la instancia superior (coordinación de red)
- Visita domiciliaria para iniciar estudio epidemiológico y búsqueda activa de más casos.
- Vacunación intensiva casa por casa con SRP en casos menores de 5 años y SR para el resto de edades.
- Activación de los puestos centinela.
- Vigilancia comunitaria.
- Si el caso es confirmado realizar búsqueda activa de casos.
- Monitoreo de vacunación:
  - Vacunación a la población susceptible.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Notificación inmediata de caso sospechoso.
- Llenado de ficha epidemiológica.
- Toma y envío de muestra serológica para confirmar caso.
- Orientación sobre el cumplimiento del tratamiento ambulatorio.
- Reposo relativo.
- Medidas de aislamiento en el hogar.
- Práctica de higiene personal.
- Orientación sobre la importancia de los controles de seguimiento.
- Dar alimentación adecuada según edad.
- Explicación sobre la importancia de continuar con las prácticas saludables de higiene.

RECOMENDACIONES

Cumplimiento de la norma de vigilancia epidemiológica
Uso de medidas de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. PAROTIDITIS	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes que presentan inflamación uni o bilateral de las glándulas parótidas/salivales por más de 2 días, pero que puede afectar también aunque en forma aislada a otras glándulas (salivales, testículos, páncreas).

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de Vacunación
- Biológicos disponible y lo suficiente de SRP
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Vacutainer
- Jeringa de 5 ml
- Guantes
- Ligadura
- Espátula de madera o plástica, limpias y seca
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Monitoreo rápido de coberturas
- La única medida preventiva es la inmunización con la vacuna triple viral en dosis única a los niños de de 12 a23 meses con la vacuna SRP.
- Vacunación del 100% de la población susceptible de 1 año de edad.
- Vigilancia epidemiológica comunitaria de enfermedades eruptivas febriles.
- Mantenimiento de buena conservación de la vacuna mediante el control de cadena de frío.
- Vigilancia continúa con un equipo de acción rápida.
- Educación a los comités locales, consejos municipales, población civil sobre la importancia de la inmunización.
- La prevención de brotes es una meta fundamental en la estrategia de eliminación del sarampión.
- Ante la presencia de un caso sospechoso de sarampión realizar las siguientes intervenciones:
- Verificación del esquema de vacunación SRP o SR.
- Notificación inmediata a la instancia superior (coordinación de red)
- Visita domiciliaria para iniciar estudio epidemiológico y búsqueda activa de más casos.
- Vacunación intensiva casa por casa con SRP en casos menores de 5 años y SR para el resto de edades.
- Activación de los puestos centinela.
- Vigilancia comunitaria.
- Si el caso es confirmado realizar búsqueda activa de casos.
- Monitoreo de vacunación:
  - Vacunación a la población susceptible.
  - Vacunación de susceptibles.
  - Evitar el contacto de personas con rubéola con embarazadas.
  - No vacunar a mujeres embarazadas.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Solicitud de apoyo del personal de salud de la cabecera de área
- Investigación Epidemiológica del caso sospechoso.
- Llenado de la ficha epidemiológica.
- Toma y envío de la muestra al SEDES:
  - Colección de 5 ml de sangre en tubo estéril sin anticoagulante, dejando a temperatura ambiente hasta que se forme coágulo.
  - Separación del suero y envío de la muestra bien identificada (nombre completo y apellido, residencia actual, edad y fecha de la toma de muestra).
  - Uso de un termo a de +2 a +8°C, se adjunta la ficha epidemiológica.
  - Se envía al SEDES en las primeras 24 horas, pasado este tiempo se debe congelar la muestra.
- Búsqueda de otros casos en la comunidad.
- Cuidado del paciente:
  - Higiene.
  - Hidratación.
  - Cuidados de la piel.
  - Orientación a la familia sobre las medidas de aislamiento en el hogar: protección de las vías respiratorias al hablar, toser y estornudar, manejo de bioseguridad de los utensilios de uso personal.
  - Aislamiento por 9 días después del comienzo de la enfermedad.
  - Ingesta abundante de líquidos.
  - Consumo de dieta a tolerancia.
  - Reposo absoluto.
  - Colocación de compresas de agua tibia en el cuello.
  - Cumplimiento del tratamiento médico ambulatorio.
  - Seguimiento del caso con visitas domiciliarias.
- Seguimiento a casos confirmados para identificar secuelas.
- Orientación a los padres sobre:
  - Existencia de secuelas.
  - Cumplimiento de los controles de seguimiento.
  - Alimentación del niño (a) de acuerdo a edad.
  - Higiene y el cuidado del niño

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.

No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad

Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. RUBÉOLA	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con rubéola, enfermedad exantémica infectocontagiosa benigna, por lo general con síntomas leves.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de Vacunación
- Biológicos disponible y lo suficiente de SRP
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Vacutainer
- Jeringa de 5 ml
- Guantes
- Ligadura
- Espátula de madera o plástica, limpias y seca
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Monitoreo rápido de coberturas
- La única medida preventiva es la inmunización con la vacuna triple viral en dosis única a los niños de de 12 a23 meses con la vacuna SRP.
- Vacunación del 100% de la población susceptible de 1 año de edad.
- Vigilancia epidemiológica comunitaria de enfermedades eruptivas febriles.
- Mantenimiento de buena conservación de la vacuna antisarampionosa mediante el control de cadena de frío.
- Vigilancia continúa con un equipo de acción rápida.
- Educación a los comités locales, consejos municipales, población civil sobre la importancia de la inmunización.
- La prevención de brotes es una meta fundamental en la estrategia de eliminación del sarampión.
- Ante la presencia de un caso sospechoso de sarampión realizar las siguientes intervenciones:
- Verificar el esquema de vacunación SRP o SR.
- Notificación inmediata a la instancia superior (coordinación de red)
- Visita domiciliaria para iniciar estudio epidemiológico y búsqueda activa de más casos.
- Vacunación intensiva casa por casa con SRP en casos menores de 5 años y SR para el resto de edades.
- Activación de los puestos centinela.
- Vigilancia comunitaria.
- Si el caso es confirmado realizar búsqueda activa de casos.
- Monitoreo de vacunación:
  - Vacunación a la población susceptible.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Solicitud de apoyo del personal de salud de la cabecera de área
- Investigación Epidemiológica del caso sospechoso.
- Llenado de la ficha epidemiológica.
- Toma y envío de la muestra al SEDES:
  - Colección de 5 ml de sangre en tubo estéril sin anticoagulante, dejando a temperatura ambiente hasta que se forme coágulo.
  - Separación del suero y envío de la muestra bien identificada (nombre completo y apellido, residencia actual, edad y fecha de la toma de muestra).
  - Uso de un termo a de +2 a +8°C, se adjunta la ficha epidemiológica.
  - Se envía al SEDES en las primeras 24 horas, pasado este tiempo se debe congelar la muestra.
- Búsqueda de otros casos en la comunidad.
- Cuidado del paciente:
  - Higiene.
  - Hidratación.
  - Cuidados de la piel.
  - Orientación a la familia sobre las medidas de aislamiento en el hogar: protección de las vías respiratorias al hablar, toser y estornudar, manejo de bioseguridad de los utensilios de uso personal.
  - Aislamiento por 9 días después del comienzo de la enfermedad.
  - Ingesta abundante de líquidos.
  - Consumo de dieta a tolerancia.
  - Reposo absoluto.
  - Colocación de compresas de agua tibia en el cuello.
  - Cumplimiento del tratamiento médico ambulatorio.
  - Seguimiento del caso con visitas domiciliarias.
- Seguimiento a casos confirmados para identificar secuelas.
- Orientación a los padres sobre:
  - Existencia de secuelas.
  - Cumplimiento de los controles de seguimiento.
  - Alimentación del niño (a) de acuerdo a edad.
  - Higiene y el cuidado del niño

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. DIFTERIA	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con difteria, enfermedad bacteriana aguda del tracto respiratorio que compromete amígdalas, faringe, laringe, nariz, produciendo membranas grisáceas adherentes con inflamación a su alrededor que pueden obstruir completamente el tracto respiratorio superior.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Transporte
- Búsqueda activa institucional
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Ficha epidemiológica
- Biológico e insumos
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Espátula de madera o plástica, limpias y seca
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos

PROCEDIMIENTOS

Prevención	Intervenciones
• Monitoreo rápido de coberturas • La única medida preventiva efectiva es la inmunización con la vacuna pentavalente en 3 dosis a los lactantes y adultos, mujeres en edad fértil que nunca fueron inmunizados con vacuna DT de acuerdo a esquema. • Educación a los comités locales, consejos municipales. población civil sobre la importancia de la inmunización. • En caso sospechoso notificación inmediata a la instancia superior (coordinación de red) • Activación de los puestos centinela. • Vigilancia continúa con un equipo de acción rápida. • Vigilancia comunitaria. • Si el caso es confirmado realizar búsqueda activa de casos. • Monitoreo de vacunación: - Vacunación a la población susceptible. - Detección y notificación de contactos.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Notificación inmediata de caso sospechoso. • Llenado de ficha epidemiológica. • Toma y envío de muestra serológica para confirmar caso (toma de frotis faríngeo). • Orientación para el cumplimiento de las indicaciones médicas. • El paciente debe mantener reposo absoluto. • Mantenimiento de medidas de aislamiento. • Mantenimiento de vías aéreas permeables. • Cuidados de oxígenoterapia. • Orientación a la familia sobre la importancia de la vacunación. • Motivación para que asista a sus controles de seguimiento. • Preparación del paciente para referencia a nivel de mayor complejidad de acuerdo a normas.

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. TÉTANOS NEONATAL	**I – II - III**

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con tétanos neonatal, enfermedad aguda neurológica de alta letalidad producida por una exotoxina del Clostridium tetani, que se encuentra en el suelo.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de Vacunación
- Biológicos disponible y lo suficiente de SRP
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Vacutainer
- Jeringa de 5 ml
- Guantes
- Ligadura
- Espátula de madera o plástica, limpias y seca
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Monitoreo rápido de coberturas
- La única medida preventiva es la inmunización con la vacuna pentavalente en tres dosis a niños menores de 1 año de acuerdo a esquema.
- Vacunación del 100% de la población susceptible de 1 año de edad.
- Promoción y aplicación de la vacuna DT/TT AL 100% de las MEF y embarazadas.
- Inicio o completado del esquema de vacunación en la población susceptible.
- Capacitación a parteras y ACS/RPS sobre la asistencia del parto limpio.
- Promoción del parto institucional.
- Promoción del control prenatal precoz y seguimiento del mismo.
- Investigación epidemiológica a todo caso sospechoso en las primeras 24 horas.
- Detección y notificación de contactos.
- Desarrollo de intervenciones epidemiológicas.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Notificación inmediata de caso sospechoso.
- Investigación de cada caso con.
  - Llenado de ficha epidemiológica y los antecedentes del área.
  - Control del foco con barridos vacunales y educación de la población.
  - Tratamiento del caso.
  - Búsqueda activa monitoreo y vacunación: en el lugar del caso, donde existe silencio epidemiológico y donde las condiciones sociológicas predisponen.

De la atención al paciente con caso sospechoso o confirmado:

- Aislamiento del paciente
- Mantenimiento al paciente libre de estímulos y con luz tenue.
- Manipulación lo menos posible al paciente.
- Aplicación de medidas de bioseguridad.
- Administración de oxigeno si es necesario.
- Cuidados generales.
- Transferencia a un nivel de mayor complejidad.
- Orientación a la familia sobre la importancia de la vacunación.
- Motivación para que asista a sus controles de seguimiento.
- Inicio del esquema de vacunación según edad.
- Motivación a la lactancia exclusiva hasta los 6 meses.
- Si es necesario referencia a fisioterapia.
- Orientación sobre la estimulación temprana al RN

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. COQUELUCHE O TOSFERINA	**I – II - III**

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con coqueluche o tosferina infección bacteriana causada por bordetella pertusis, altamente contagiosa que afecta al árbol tráqueobronquial.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de Vacunación
- Biológicos disponible
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Termos y paquetes
- Cajas de bioseguridad
- Guantes
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Información educación y comunicación sobre:
- Promoción y aplicación de la vacuna pentavalente al 100% de los RN menores de 1 años.
- Capacitación a parteras y ACS/RPS sobre la importancia de la vacuna BCG en RN para la promoción respectiva.
- Investigación epidemiológica a todo caso sospechoso en las primeras 24 horas.
- Detección y notificación de contactos.
- Realización de intervenciones epidemiológicas.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Notificación inmediata de caso sospechoso.
- Investigación epidemiológica de cada caso con:
  - Llenado de ficha epidemiológica.
  - Examen físico del enfermo.
  - Toma de muestra de secreciones nasofaríngeas y envío de muestras
  - Investigación del estado vacunal antes de la toma de muestra..
- Análisis del monitoreo de coberturas en áreas de riesgo.
- Análisis de coberturas por niveles de atención.
- Búsqueda activa institucional y comunitaria.
- Tratamiento del caso.
- Concientización a la familia sobre la importancia de la vacunación.
- Motivación para que asista a sus controles de seguimiento.
- Inicio del esquema de vacunación según edad.
- Motivación a la lactancia exclusiva hasta los 6 meses

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. TUBERCULOSIS PULMONAR	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con tuberculosis en base a acciones dirigidas a el mismo paciente y su familia a través de la detección y tratamiento oportuno, rompiendo la cadena de transmisión y logrando su rehabilitación

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Ambiente exclusivo para el DOTS	• Historias clínicas	• Formularios de registro para los informes en suficiente cantidad
• Medicamentos antituberculosos	• Fichas de tratamiento	
• Bandeja de tratamiento.	• Cuaderno de registro	• Vasos de bacilos copia
• Jarra y vasos específicamente para los pacientes con tuberculosis	• Cuaderno de sintomáticos respiratorios	• Tablero de tratamiento
	• Copia de informes debidamente archivados	• Mapeo de pacientes en tratamiento
• Material educativo, rota folios.	• Cuadros de monitoreo	• Mesa y sillas

PROCEDIMIENTOS

Prevención	Intervenciones
Una vez confirmado el diagnostico del paciente con tuberculosis, iniciar la sesión de información y educación **INFORMACION Y EDUCACION (ENTREVISTA)** • Presentación personal de quien realiza la educación • Comunicación cordial, calidad, fomentando la confianza bajo el marco del respeto • Identificación del lugar de procedencia y residencia del paciente y ubicación en el plano de la jurisdicción • Orientación sobre las causas y medidas preventivas de la tuberculosis y el riesgo de contagio a su familia y a la comunidad en caso de no iniciar inmediatamente su tratamiento. • Explicación sobre la importancia del tratamiento, los medicamentos que recibirá y la toma diaria de acuerdo al esquema que le corresponda • Orientación sobre: - Los riesgos del incumplimiento del tratamiento. - Las reacciones adversas de los medicamentos. - La importancia de las baciloscopías de control y su valoración médica. • Retroalimentación de todo lo explicado. • Concluida con la información y educación al paciente, proceder a llenar la ficha social y hacer firmar en la misma hoja el compromiso de cumplimiento con el tratamiento. A nivel general: • Charlas educativas sobre las causas y medidas preventivas de la TB a la población en riesgo dentro y fuera del establecimiento de Salud. • Vacunación con BCG a todo RN de acuerdo a norma. • Búsqueda activa de Sintomático Respiratorio (SR) : - A nivel institucional. - A nivel comunitario. • Toma de tres muestras de esputo: una muestra al contacto, la segunda al día siguiente, la tercera antes de retirarse. • Las indicaciones de cómo obtener la muestra deben ser precisas • Investigación de contactos haciendo énfasis en el cumplimiento del tratamiento y medidas preventivas. • Visita domiciliaria a pacientes que faltan al tratamiento y a contactos pendientes de control. • Investigación de contactos para localizar casos nuevos. • Formación de un comité multidisciplinario para el Programa de control de la TB a nivel local.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Registro adecuado y oportuno en los Formularios de registro de captación y consolidación del programa y el SNIS. • En caso de pacientes nuevos abrir una tarjeta de tratamiento con todos los datos.. • Tratamiento según norma, dosificación por kilogramo peso. • Tratamiento estrictamente supervisado DOTS-C ó DOTS-I. • Pregunta al paciente si tuvo alguna reacción después de tomar los medicamentos, si presenta indicarle que debe regresar inmediatamente al establecimiento de salud. • Orientación sobre la toma de los medicamentos es en un solo horario y que no debe fraccionarlos. • Explicación de la importancia de la baciloscopía de control de tratamiento. • Orientación sobre la higiene, reposo y alimentación. • Apoyo emocional al paciente y su familia. • Programación de los controles subsecuentes. • Uso de medidas de bioseguridad Orientación a la familia sobre: • Importancia sobre higiene en la casa. • Alimentación adecuada • Cambios de estilos de vida que afecten su salud. • El tratamiento del paciente. • Importancia de la visita domiciliaria para seguimiento. • Importancia de cumplir con las normas del tratamiento DOTS. • Importancia de no faltar a sus controles subsecuentes. Cumplimiento con lineamientos relacionados con el seguimiento de casos y contactos. Resultados esperados: • Atención de calidad al paciente tuberculoso. • Reducción de la mortalidad del paciente tuberculoso. • Disminución de la transmisión de bacilos tuberculosos del paciente a la comunidad. • Prevención y disminución del desarrollo de resistencia a las drogas antituberculosas. • El paciente puede identificar los riesgos de la tuberculosis. • Disminución del abandono de los tratamientos.

RECOMENDACIONES

No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.
Detección oportuna de signos de toxicidad por los medicamentos (vértigos, tinitus, visión borrosa, cefalea, nauseas, vómitos, diarrea, erupción cutánea, somnolencia, sordera, ceguera, dolor abdominal alteraciones cardiacas.)

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. MENINGITIS TUBERCULOSA	**II - III**

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con meningitis tuberculosa, una de las complicaciones más graves de esta enfermedad, aun cuando se cura es probable que deje secuelas permanentes en el/la paciente. Afecta principalmente a < de 5 años (sin vacuna BCG) y personas con condiciones nutricionales deficientes

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Ficha epidemiológica
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Vacutainer
- Jeringa de 5 ml
- Guantes
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Información educación y comunicación sobre:
- Promoción y aplicación de la vacuna BCG AL 100% de los RN menores de 1 años.
- Capacitación a parteras y ACS/RPS sobre la importancia de la vacuna BCG en RN.
- Investigación epidemiológica a todo caso sospechoso en las primeras 24 horas.
- Detección y notificación de contactos.
- Realización de intervenciones epidemiológicas.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Notificación inmediata de caso sospechoso.
- Investigación de cada caso con:
  - Llenado de ficha epidemiológica.
  - Investigación del estado vacunal.
  - Investigación de la cadena de frío en el lugar que se vacunó.
- Análisis del monitoreo de coberturas.
- Referencia al II Nivel para la toma y análisis de la muestra de líquido cefalorraquídeo.
- Tratamiento del caso
- Concientización a la familia sobre la importancia de la vacunación.
- Motivación para que asista a sus controles de seguimiento.
- Inicio el esquema de vacunación según edad.
- Motivación de la lactancia exclusiva hasta los 6 meses

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. TOMA DE MUESTRA PARA BACILOSCOPIA DE ESPUTO	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la toma de muestra para baciloscopía de esputo, método de diagnóstico, para identificar el bacilo de la tuberculosis.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Formularios • Bolígrafo/ lápiz negro	• Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca • Etiquetas de identificación	• Toallas

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Educación al usuario como debe recolectar las muestras de esputo
- Lavado de las manos
- Selección y preparación del material a usar.
- Disposición de tres frascos con boca ancha a rosca
- La muestra de esputo debe ser representativa de 5 a 10 ml de esputo.
- Colocación al paciente en posición recomendada.
- Colocación de la toalla o proteger próximo a la boca dependiendo de la posición que adopte el usuario.
- Solicitud al paciente que efectúe una inspiración profunda, llenando de aire los pulmones luego con tos fuerte haga que expulse el material productivo directamente, en el frasco recolector, tapar y asegurar inmediatamente. Si la muestra es insuficiente repita, el procedimiento, la recolección de la muestra de esputo debe realizarse en un ambiente abierto.
- Disposición de un vaso de agua tibia para que se enjuague la boca, pasarle una cubeta para desechar el agua, seque la boca con una toalla de papel.
- Retiro todo el equipo y material dejando cómodo al usuario.
- Recolección de las tres muestras por la tarde, noche y en ayunas.
- Lavado de las manos e identificación del frasco con:
  - Nombre completo del usuario.
  - Servicio y Nº de cama.
  - Hora y fecha de recolección
- Envío al laboratorio las tres muestras, con la solicitud de baciloscopía correctamente llenada con datos del usuario.
- Recojo del material usado, enjuagar con agua fría, lavar con agua caliente desinfectar de acuerdo a normas de la institución.
- Registro en hoja de enfermería, fecha y hora de recolección características de la muestra.
- Recepción de los resultados y adjuntar a la historia clínica.

RECOMENDACIONES

- Para obtener muestra de 24 horas deje el frasco recolector en la mesa de noche identificar el mismo y explique al paciente que debe depositar el esputo en un recipiente.
- Registre hora en que se inicia y finaliza la recolección.
- Si la muestra es para cultivo, recolecte la misma en frasco estéril, lleve INMEDIATAMENTE al laboratorio.
- Si la muestra es SERIADA, debe enviarse a laboratorio las tres muestras, la solicitud NO debe ir junto a las muestras.
- Observe las medidas de aislamiento correspondientes, manteniendo el frasco cerrado.
- De preferencia el paciente debe expectorar fuera de la habitación, en un ambiente libre o donde exista ventilación.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. MALARIA - MALARIA SEVERA Y COMPLICADA	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con malaria, que puede presentarse en su forma grave y a veces mortal causada por la transmisión de un parásito que ocurre principalmente a través de la picadura de un mosquito Anopheles. En el caso de malaria grave y complicada se desarrollan procedimientos de enfermería para pacientes hospitalizados.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de Vacunación
- Etiquetas de identificación
- Vacutainer
- Jeringa de 5 ml
- Guantes
- Ligadura
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención

- Información, educación y comunicación individual o a grupos sobre la enfermedad y sus medidas preventivas, signos y síntomas, formas de transmisión.
- Destrucción de criaderos.
- Drenaje de aguas detenidas.
- Uso de mosquiteros o mallas milimétricas en puertas y ventanas en lugares endémicos.
- Eliminación correcta de la basura y excretas.
- Promoción de la organización comunitaria con apoyo efectivo de los Municipios, para desarrollar actividades:
- Activación de los Comités Locales de Salud en las comunidades.
- Elaboración de planes de intervención conjunta e interinstitucional.
- Vigilancia epidemiológica Comunitaria de casos, referencia y reporte inmediato al establecimiento de salud.
- Vigilancia epidemiológica mediante la prueba de la gota gruesa por los establecimientos de salud y la red de colaboradores voluntarios .
- En zonas maláricas dotar de medicamentos a los RPS.
- Capacitación de líderes comunitarios, estudiantes del área de influencia.
- Mejoramiento de la vivienda y fumigaciones de paredes interiores de la vivienda.
- Coordinación de acciones de control con saneamiento ambiental y control de vectores.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Toma y registro de signos vitales.
- Toma de muestra de laboratorio para examen de la gota gruesa en el momento en que presente fiebre.
- Llenado del formulario de registro y ficha epidemiológica.
- Control de la fiebre por medios físicos.
- Tratamiento de acuerdo a normas.
- Consumo de líquidos orales abundantes.
- Notificación inmediata de casos.
- Investigación epidemiológica del caso para realizar acciones inmediatas.
- Orientación al paciente y su familia sobre la importancia del cumplimiento del tratamiento.
- Cumplimiento de medidas preventivas en el hogar.
- Información al paciente que NO podrá ser donante de sangre de por vida.
- Visitas domiciliarias de seguimiento.
- Apoyo emocional al paciente y a la familia

Intervenciones en pacientes con complicaciones

- Admisión del paciente, brindando un ambiente adecuado y agradable.
- Cumplimiento de las indicaciones médicas:
  - Control de signos vitales.
  - Ayuno, NPO.
  - Aspiración de secreciones a necesidad.
  - Balance hídrico cada hora.
  - Control diuresis.
  - Canalización vía venosa periférica con catéter Nº 20
  - Administración de solución glucosada al 5% a goteo lento.
  - Administración tratamiento medicamentoso
  - Evaluación del estado de hidratación cada dos horas.
  - Cambios de posición cada dos horas.
  - Observación de presencia de crisis convulsivas.
  - Observación de presencia de vómitos
  - Valoración neurológica y de signos vitales cada 30 min. Luego cada 6 horas.
  - Terapia respiratoria cada dos horas.
  - Valoración hemodinámica (para el traslado a U.T.I. en casos críticos).
  - Preparación del paciente para estudios complementarios:
    - Glicemia por micro método.
    - Toma de muestra para gota gruesa.
  - Medidas de higiene y bioseguridad.

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.
Detección oportuna de signos de toxicidad por los medicamentos (vértigos, tinitus, visión borrosa, cefalea, nauseas, vómitos, diarrea, erupción cutánea, somnolencia, sordera, ceguera, dolor abdominal alteraciones cardiacas.)

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. DENGUE	I – II - III

DEFINICIÓN

Procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con dengue, enfermedad infecciosa, viral transmitida por el mosquito Aedes Aegypti, tiene un período de incubación de 3 a 14 días.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Medios de transporte
- Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos
- Búsqueda activa comunitaria
- Croquis tablero
- Bolígrafo/ lápiz negro
- Guías de diagnóstico
- Ficha epidemiológica
- Cuaderno de Vacunación
- Biológicos disponible y lo suficiente de SRP
- Termos y paquetes
- Frasco limpio y seco con tapa hermética a rosca
- Etiquetas de identificación
- Vacutainer
- Jeringa de 5 ml
- Guantes
- Ligadura
- Espátula de madera o plástica, limpias y seca
- Bolsa plástica
- Termos o conservadores con paquetes fríos.
- Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención	Intervenciones
▪ Información, educación y comunicación individual o a grupos sobre la enfermedad y sus medidas preventivas: ▪ Destrucción de criaderos. ▪ Uso de mosquiteros. ▪ Eliminación correcta de la basura y excretas. ▪ Promoción de la organización comunitaria con apoyo efectivo de los Municipios, para desarrollar actividades: ▪ Activación a los RPS o ACS en las comunidades. ▪ Elaboración de planes de intervención conjunta e interinstitucional. ▪ Vigilancia epidemiológica Comunitaria de casos, referencia y reporte inmediato al Establecimiento de Salud. ▪ Control del foco en domicilios.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. ▪ Llenado de Historia Clínica. ▪ Verificación de la dirección lugar de procedencia. ▪ Control de signos vitales. ▪ Examen físico general. ▪ Llenado de ficha epidemiológica. ▪ Notificación inmediata del caso al nivel correspondiente. ▪ Toma y envío de muestra a nivel correspondiente de acuerdo a normas establecidas. ▪ El paciente con manifestaciones hemorrágicas debe ser hospitalizado y aplicar medidas de sostén. ▪ Cumplimiento de indicaciones médicas. ▪ Tratamiento sintomático y vigilar la aparición de síntomas hemorrágicos. ▪ Orientación y educación al paciente y la familia sobre : ▪ Cumplimiento del tratamiento indicado. ▪ Alimentación balanceada. ▪ Vigilancia de aparición de signos y síntomas de alarma. ▪ Medidas preventivas para evitar la reinfección. ▪ Visitas domiciliarias de seguimiento para verificar el estado del paciente. ▪ Comunicación a la población susceptible que NO deben automedicarse. ▪ Orientación al paciente y familia cuando acudir inmediatamente al establecimiento de salud.

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
No es necesario aislar al paciente, solo tomar en cuenta las medidas de bioseguridad
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
14. RABIA	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención a casos de mordedura de animales portadores de rabia que al morder al humano inocula junto a su saliva el virus de la rabia, se transmite también por lamidos, rasguños.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Medios de transporte • Formulario de búsqueda activa de casos sospechosos • Búsqueda activa comunitaria • Guías de diagnóstico	• Ficha epidemiológica • Bolígrafo/ lápiz negro • Croquis tablero • Cuaderno de Vacunación • Etiquetas de identificación	• Vacutainer • Guantes • Bolsa plástica • Termos o conservadores con paquetes fríos. • Combustible

PROCEDIMIENTOS

Prevención	Intervenciones
• Orientación al paciente familia y comunidad sobre: - Acudir de inmediato al establecimiento de salud en caso de ser atacado o mordido por perro, gato, murciélago, mono, etc. - Informar inmediatamente al Establecimiento de salud al detectar casos de rabia. • Se debe disponer de vacuna antirrábica humana y suero antirrábico. • Coordinación con el personal de salud, promotor o el familiar para que observe al animal por el periodo establecido según norma. • Llenado de la ficha epidemiológica. • Cumplimiento del esquema de vacunación antirrábica según indicación médica. • Apoyo emocional al paciente y su familia.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Lavado del área lastimada inmediatamente después de la mordedura por animal rabioso, con agua jabonosa. • Evaluación del estado del paciente. • Investigación epidemiológica. • Notificación inmediata, semanal y mensual a los niveles correspondientes en los casos confirmados. • Frente a un caso confirmado realizar bloqueo de foco, vacunando animales susceptibles. • Medidas de bioseguridad según normas de establecidas. • De acuerdo al lugar de la mordedura se debe indicar el esquema de tratamiento antirrábico. • Cumplimiento del esquema de vacunación incluyendo los refuerzos. • Información al médico si el animal agresor demuestra no estar infectado después de los 10 días de observación. • Apoyo emocional a la familia. • Orientación a la familia sobre: • Importancia de las medidas a tomas sobre nuevos casos. - Medidas de control y seguridad con los animales domésticos. - Medidas de protección y aislamiento. - Manifestaciones de la rabia en animales.

RECOMENDACIONES

Uso de medios de bioseguridad.
Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
15. LEISHMANIASIS	I – II - III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención a pacientes con Leishmaniasis.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Ampollas de glucantime
- Solución fisiológica 500 ml
- Equipo de venoclisis.
- Bránula Nº 20 o 22
- Tapón IN STOPPER – R LOOCK
- Jeringa de 5 ml o 10 ml
- Torniquete
- Cinta adhesiva
- Torundas de algodón con alcohol
- Una riñonera

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Consentimiento informado, firmado por el paciente.
- Educación y comunicación.
- Al iniciar el tratamiento se informará al paciente sobre el tiempo de duración del tratamiento.
- Cuidados que debe tener con la bránula y el tapón ya que una vez que se canalice vía, quedará en el paciente por el espacio de cinco días.
- Se procede al lavado de manos antes de la preparación del medicamento
- Preparación del medicamento con guantes desechables
- La dosis indicada por el médico se diluye en 300 cc de solución fisiológica.
- La preparación y administración del medicamento deberá realizarse diariamente y de preferencia siempre a la misma hora del día.
- Se canaliza una vía periférica con bránula Nº 22 – 20 y un tapón.
- La administración del medicamento será en un tiempo de dos horas a 50 – 52 gotas por minuto.
- Control de signos vitales al inicio durante y al final de la infusión.
- Vigilancia del goteo del medicamento durante el tiempo que dure la infusión.
- Observación de reacciones adversas al medicamento, entre las más frecuentes tenemos.
  - Artralgias
  - Mialgias
  - Anorexia
  - Náuseas
  - Vómitos
  - Epigastralgias
  - Urticaria
  - Debilidad
  - Calambres y otros.
- Al concluir la infusión retirar y dejar la bránula y tapón
- El tratamiento en la leishmaniasis cutánea es de 20 días continuos y en la leishmaniasis mucocutánea es de 30 días, ambas bajo control laboratorial y cardiológico

RECOMENDACIONES

- Al administrar antimoniato de meglamina o glucantime, si el paciente presenta dolor precordial de inmediato suspender el goteo del medicamento, controlar periódicamente los signos vitales.
- Uso de medios de bioseguridad.
- Llenado y envío de formulario epidemiológico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
16. ADMINISTRACIÓN DE ANFOTERICINA B	I – II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería relacionados a la administración de anfotericina B a pacientes con leishmaniasis, se trata de antimicótico que se utiliza en las formas mucocutáneas de compromiso grave, requiere indicación médica expresa.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Solución fisiológica 1000 cc Solución
- Dextrosa 5% 500 cc
- Equipo de venoclisis
- Bránula Nº 20 ó 22
- Antihistamínico una tableta de 10mg.
- Jeringa de 5 o 10 ml
- Torundas de algodón con alcohol.
- Torniquete
- Cinta adhesiva
- Guantes desechables
- Cobertor de color oscuro.
- Una riñonera

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Verificación de la realización del consentimiento informado firmado por el paciente.
- Educación y comunicación.
- Es muy importante dar una orientación al paciente sobre el tiempo de duración del tratamiento y sobre las reacciones adversas que puede presentar al ser administrado este medicamento, también se orientara sobre la dieta indicada (hipersódica, hiperpotasémica).
- Se procede al lavado de manos antes de la percepción de medicamentos
- Se canaliza una vena periférica con bránula Nº 20 o 22
- Al inicio del tratamiento se administra de antihistamínico de acuerdo a indicación médica.
- Administración de solución fisiológica al 0.9% 1000 ml en 1 hora.
- Continuación con dextrosa 5% 500 ml más anfotericina B (dosis prescrita) en 8 horas a 20 gotas por minuto.
- Protección del infusor y equipo de venoclisis con cobertor oscuro de los rayos de la luz.
- Posteriormente se administrará solución fisiológica al 0,9% 1000 cc en una hora.
- Es importante el control de signos vitales durante la administración del medicamento.
- Observación al paciente si presenta reacciones adversas al medicamento como:
  - Fiebre
  - Náuseas
  - Vómitos
  - Flebitis
  - Dolor abdominal
  - Cefalea.
- Previa y posterior a la administración de este medicamento se realizara pruebas o exámenes hematológicos, renales y otros, para evaluar las reacciones tóxicas, pues con frecuencia se presentan complicaciones. Cuando esto ocurre es necesario suspender su aplicación especialmente cuando hay una elevación de urea en sangre circulante.
- El tratamiento es de 20 o 30 dosis inter diario.

RECOMENDACIONES

- Durante la administración de anfotericina B, se debe controlar los signos vitales y reportar en la historia clínica; pues si la infusión intravenosa rápida puede producir hipotensión, hipocalemia, arritmias y otros.
- Las dosis excesivas de anfotericina B pueden producir paro cardio respiratorio.

UNIDAD 4

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TUMORES

Índice

1. DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO 171

2. DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA 172

3. QUIMIOTERAPIA 173

4. BRAQUITERAPIA 175

5. AISLAMIENTO DE PACIENTE INMUNO DEPRIMIDO 176

6. HIGIENE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO 177

7. PROTECCIÓN DE LA ENFERMERA QUE REALIZA LA QUIMIOTERAPIA 178

8. ACCIONES EN CASO DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A CITOSTÁTICOS. 179

9. BIOSEGURIDAD PARA EL PACIENTE 180

10. EVENTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR MEDICAMENTOS 181

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. DETECCIÓN DE CÁNCER DE CUELLO UTERINO	**I - II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la identificación de lesiones pre canceroso y cáncer de cuello uterino mediante la recolección de células descamadas del epitelio cervical y la inspección visual con ácido acético.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Mesa de examen ginecológica
- Lámpara portátil o fuente de luz adecuada
- Espéculo bivalvo estéril
- Bandeja o recipiente para los instrumentos
- Guantes estériles.
- Hisopos de algodón
- Bajalenguas de madera nuevo y/o condón
- Espátula de Ayre
- Solución de ácido acético diluido (al 3%-5%) (el vinagre blanco es aceptable)
- Portaobjeto
- Fijador y esparadrapo
- Solución de cloro al 0,5% para descontaminar los guantes e instrumentos
- Formulario para registro de los procedimientos y hallazgos.

PROCEDIMIENTOS

Toma de muestra de Papanicolau

- Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Búsqueda activa de pacientes que requieren PAP y de aquellas con PAP positivo o con factores de riesgo, que no retornaron para el seguimiento respectivo.
- Información a la paciente sobre la importancia de realizar una prueba de citología, con un enfoque integral.
- Consejería previa entrega de resultados a paciente con reporte de sospecha y positivos con una actitud de apoyo y solidaridad.
- Orientación mediante información general utilizando carteles ubicados en el establecimiento de salud, rota folios y material educativo necesario.
- En caso de no lograr la aceptación de la usuaria para el procedimiento de confirmación diagnóstica, debe firmar un documento de rechazo al procedimiento para deslindar responsabilidades y debe registrarse en el Expediente Clínico y demás instrumentos (carnet de la mujer no gestante, Historia clínica de la mujer no gestante y formulario correspondientes según normativa del programa salud sexual reproductiva).
- Ambiente que garantice privacidad, con mobiliario y equipamiento adecuado, instrumental estéril, insumos para la detección (guantes, portaobjetos, espátulas de Ayre, fijador, etc.)
- Paciente en posición ginecológica.
- Colocación del espéculo estéril previa aplicación de lubricante.
- Verificación de ausencia de sangrado menstrual.
- Aplicación de la espátula de Ayre sobre el orificio cervical externo orientada hacia el interno, dando un giro de 180º. Si el orificio es puntiforme y bien epitelizado se recomienda el uso del cepillo de toma de muestra para la recolección de células de la unión escamo-columnar.
- Extendido delgado y uniforme de la muestra sobre el portaobjetos,
- Fijación con spray, dejando secar para posterior identificación en sobre especial.
- Registro identificando nombre, edad, centro de salud y fecha.

Inspección visual con ácido acético

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Información a la paciente sobre la importancia de realizar la prueba de inspección visual con ácido acético, así como los procedimientos a realizar
- Ambiente de privacidad, con mobiliario y equipamiento adecuado, así como los insumos necesarios.
- Paciente en posición ginecológica.
- Colocación del espéculo estéril previa aplicación de lubricante.
- Limpieza de las secreciones mucosas del cérvix uterino.
- Aplicación de la solución de ácido acético o vinagre blanco con torunda de algodón
- Observación después de un minuto buscando manchas acetoblancas o placas blancas elevadas y gruesas, normalmente en contacto con la unión escamo-columnar. Si el epitelio es liso, rosado y uniforme, la prueba es negativa. Si se aprecia lesión proliferativa, tipo coliflor, destructiva, con sangrado, ulceración o necrosis es sospechosa de cáncer.
- Los resultados de la prueba deben ser socializados con la paciente para orientación de posibles tratamientos.

RECOMENDACIONES

Son procedimientos que debe realizar el médico con su equipo de salud y la enfermera realiza en ausencia de éste en los puestos de salud, por lo cual se recomienda la capacitación del personal técnico para la consejería y las intervenciones indicadas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. DETECCIÓN DE CÁNCER DE MAMA	**I - II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos da enfermería para la exploración de la glándula mamaria para detectar alteraciones que signifiquen enfermedad mamaria.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Una silla.
- Una almohada pequeña.
- Mesa para examen físico
- Talco.
- Fuente de luz.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Se inicia con paciente sentada o de pie, con el dorso desnudo y los brazos a los lados.
- Observación de ambas mamas:
  - Simetría
  - Cambios en el tamaño y forma
  - Desviación en el pezón, retracción, cambios físicos en la superficie laceraciones o descamación del pezón o la areola
  - Cambios en la piel, presencia de eritema o aumento del tamaño de los poros (piel de cascara de naranja).
  - Alteración en la irrigación venosa
  - Edema o depresión de la piel.
- Solicitud de que eleve sus brazos hacia la cabeza para exagerar las depresiones, asimetría o fijación.
- Solicitud de que coloque ambas manos en la cadera presionando hacia el centro para que los ligamentos suspensores de las mamas se distiendan, los músculos pectorales se contraen.
- Palpación en esta posición área supra clavicular y de la axila.
- En centros de mayor complejidad se indica la mamografía, ya que detecta lesiones no palpables.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. QUIMIOTERAPIA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería en la atención de pacientes que reciben quimioterapia con citostáticos, fármacos que inhiben el crecimiento desordenado de las células tumorales, ya sea como terapia única o asociada a otras medidas: cirugía, radioterapia, hormonoterapia o inmunoterapia

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Ambiente exclusivo para la preparación de citostáticos.
- Campana laminar (obligatorio)
- BránulasNº24 y Nº 22
- Ropa adecuada (bata, gorra, lentes de protección, guantes).
- Toallas desechables.
- Gasas estériles.
- Jeringas de distinta capacidad.
- Torundas de algodón.
- Alcohol.
- Bandejas.
- Riñoneras
- Citostáticos.
- Soluciones, equipos de venoclisis, llave de 3 vías.
- Corticoides uso EV y tópico.
- Tela adhesiva.
- Bolsas y recipientes para deschos

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Recepción del expediente clínico del paciente con indicación de quimioterapia.
- La prescripción de quimioterapia se realiza en recetario especialmente diseñado.
- El médico tratante debe firmar la receta con la prescripción para uno o varios días, según el esquema de la quimioterapia
- Registro correcto de recetas en cuadernos de citostáticos de clientes hospitalizados y ambulatorios.
- Preparación del material para ser enviado a esterilización y/o solicitar el material estéril a esterilización
- Supervisión del aseo diario y terminal de la unidad y del área estéril al inicio de la jornada
- Aseo terminal una vez a la semana en el área estéril
- Transporte y cambio de ropa en lavandería
- Asepsia de la mesa de mayo con lavandina o DG-6 dilución adecuada y estandarizada durante la preparación
- Lavado de manos y uso de indumentaria adecuada, para la preparación, administración de los citostáticos.
- Preparación, liofilización de los citostáticos según prescripción médica.
- Reconstitución y fraccionamiento de los medicamentos citostáticos
- Colocación y saturación del equipo de la solución antes de la administración de los citostáticos fraccionados.
- Verificación de:
  - Llenado de la tarjeta de tratamiento
  - La identificación del paciente, leyendo su brazalete identificatorio y preguntándole su nombre, fármaco prescrito, dosis, vía y horario
  - Antecedentes de alergias
  - La revisión y evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio por el médico tratante.
  - Consentimiento informado aceptado y firmado por el cliente para el inicio del tratamiento.
- Información al paciente de la técnica a realizar, en caso que el médico tratante no lo haya hecho y previa autorización del mismo.
- Comunicación fluida con el paciente y su familia.
- Preparación psicológica del paciente que recibirá el tratamiento.
- Preservación de la intimidad del paciente.
- Colocado de guantes.
- Ubicación del paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino.
- Control de signos vitales al inicio y luego cada 30 minutos
- Canalización de vía periférica para la aplicación de citostáticos, eligiendo una vena de calibre grueso, no deben estar en flexura, para la rápida y segura circulación del fármaco.
- Verificación del retorno sanguíneo antes, durante y después de la administración del fármaco.
- Administración de antieméticos prescritos previos a la administración del citostático o tratamiento indicado.
- Verificación de cualquier tipo de molestia o síntoma que experimente el paciente antes, durante o después de la administración de la quimioterapia.

- Control permanente del retorno venoso, si la administración es en bolo, tomar el tiempo necesario, preservando la integridad de la vía y previniendo y evitando los efectos colaterales que pudieran presentarse si se muy rápidamente.
- Si se administra por infusión verificar la permeabilidad de la vía en espacios de tiempo cortos.
- En caso de extravasación, cerrar la llave de goteo, aspiración inmediata con jeringa estéril, retiro de la vía, marcado de la zona que presente signos de inflamación, aplicación de pomada de corticoide
- Información al paciente, durante la administración, sobre los efectos colaterales de la quimioterapia, los cuidados que debe tener, tipo de alimentación, vestimenta, higiene, etc.
- Observación de presencia de reacciones adversas o efectos colaterales mediatos o inmediatos.
- Orientación al paciente y familia sobre los efectos de la quimioterapia.
- Registro estricto del tratamiento efectuado en los instrumentos de enfermería: hoja de balance, kardex de enfermería y medicamentos.
- Control estricto de líquidos ingeridos y eliminados.
- Supervisión del deshecho de los contenedores de los medicamentos citostáticos, cada vez que se llene el tarro, envasándolos en una caja de cartón grueso y rotulando con la cinta especial y etiqueta alertando “PELIGRO CITOSTATICOS”. Esta caja debe ser trasladada posteriormente al incinerador del hospital.

RECOMENDACIONES

- Manejo de los agentes quimioterápicos con estrictas medidas de bioseguridad
- Conocimiento sobre las formas de conservación de los citostáticos, temperatura, cadena de frió, etc.
- Seguimiento continuo a pacientes inmunodeprimidos post quimioterapia..
- Manejo cuidadoso de las excretas de los pacientes (orina, vómito, heces y sudor), mediante los que se eliminan metabolitos activos de los citostáticos, constituyéndose en un riesgo de exposición para el equipo de salud, personal de apoyo(lavandería, limpieza, etc.) familiares y amistades del paciente
- La preparación y administración de mezclas intravenosas de citostáticos, así como la eliminación de los desechos generados en estos procesos, plantean el inconveniente de riesgo ocupacional, tanto para profesionales como trabajadores en salud.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. BRAQUITERAPIA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería en la atención de pacientes oncológicos que reciben el tratamiento con material radioactivo.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Habitación aislada, blindada de plomo especialmente construida para el efecto.
- Mamparas de plomo para protección radiológica.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Recepción del expediente clínico del paciente con indicación de braquiterapia.
- Lavado de manos
- Uso de indumentaria adecuada.
- Verificación de:
  - La identificación del paciente, leyendo su brazalete, preguntándole su nombre, fármaco prescrito, dosis, vía y horario.
  - La valoración cardiológica del paciente.
  - La revisión y evaluación de los resultados de exámenes de laboratorio por el médico tratante.
  - Consentimiento informado aceptado y firmado por el cliente para el inicio del tratamiento.
- Información al paciente de la técnica a realizar, en caso que el médico tratante no lo haya hecho y previa autorización del mismo.
- Preparación psicológica del paciente que recibirá el tratamiento.
- Preservación de la intimidad del paciente.
- Restricción de la entrada o visitas de menores de 18 años y personas embarazadas.

PREPARACION PRE COLOCACION DE OVOIDE O IMPLANTE

- Control de signos vitales
- Administración de enema evacuante
- Aseo perineal y tricotomía
- Colocación de sonda vesical permanente dejar con bolsa recolectora
- Colocación de vendas elásticas en miembros pélvicos.

POST COLOCACION DE OVOIDE O IMPLANTE.

- Recepción del paciente proveniente de quirófano.
- Traslado en bloque del paciente a su unidad con mucho cuidado.
- Acomodación de la sonda y el colector en un lugar vistoso y fácil de manejar.
- Acondicionamiento del ambiente para la colocación del material radioactivo.
- Permanencia el menor tiempo posible durante el tratamiento con el cliente
- Solicitud a nutrición de dieta astringente.
- Verificación de que el paciente permanezca en la unidad el tiempo establecido por el radioterapeuta de acuerdo al cálculo físico.
- Explicación al paciente sobre las razones de su inmovilidad durante el tratamiento y sobre las complicaciones en caso contrario.
- Uso de guantes especiales de bioseguridad para la manipulación de secreciones y desechos, el control se realizara por turno.
- Observación y registro estricto de la ubicación del implante al ingreso, durante y a la entrega de turno, si hubiera desalojo del implante comunicar al médico tratante.
- Asistencia al médico durante el retiro del implante. El paciente ya no emite radiación una vez retirado el implante.
- Aseo vaginal con irrigador, en caso de paciente del sexo femenino.
- Explicación a la paciente sobre la forma de cuidar su piel post braquiterapia.
- Registro e indicación sobre la cita con su radioterapeuta por consulta externa después de un mes..
- Registro en los instrumentos de enfermería de todos los procedimientos realizados, con mayor detalle y cuidado si se presentaron accidentes e incidentes.

RECOMENDACIONES

- Estrictas medidas de bioseguridad
- Seguimiento continuo a pacientes post braquiterapia.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. AISLAMIENTO DE PACIENTE INMUNODEPRIMIDO	III

DEFINICIÓN

Es el proceso de enfermería en la recepción de un paciente inmunodeprimido o de un paciente que realizará sus sesiones de quimioterapia, en un ambiente separado del resto de los pacientes con el fin de contar con una barrera física de protección, utilizando los métodos de aislamiento establecidos para prevenir la infección intrahospitalaria de paciente a paciente o personal de salud a paciente o viceversa.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Preparación de la habitación, previo al ingreso del paciente, verificando la limpieza correcta.
- Administración de folleto informativo de aislamiento.
- Información al paciente sobre:
  - análisis y exámenes complementarios
  - normas básicas de aislamiento
  - el manejo de objetos personales (libros, ositos de peluche, walkman, celulares, etc.).
- Verificación de la ubicación del material clínico en la unidad del paciente (Baja lenguas, guantes estériles, barbijos de alta eficiencia, batas, botas, guantes descartables, gasas estériles, jeringas de 1- 5-10 cc, tela adhesiva antialérgica, catéteres de vías periféricas, material para control de constantes vitales con recipiente para termómetro con antiséptico, equipo y material de aspiración, sondas de aspiración, equipo y material para oxigenoterapia).
- Comprobación de nombre, apellidos, datos socio demográficos del paciente, orden de internación, consentimiento informado
- Orientación al paciente sobre normas básicas de la institución (horas de visita médica, normas de aislamiento, horario de comidas y tipo de alimentación, horario de visitas, normas de manejo de residuos e importancia del lavado de manos
- Cumplimiento de las indicaciones médicas y agilización exámenes complementarios de ingreso (si procede)
- Análisis de la posibilidad de rasurar el cuero cabelludo, por la caída de cabello como efecto colateral del tratamiento, que incide en el deterioro físico y emocional ocasionando pérdida de la autoestima, angustia y depresión.

RECOMENDACIONES

- La información sobre las posibles complicaciones, en todo momento, debe ser correcta, concreta y clara (fiebre, vómitos, expectoración, diarreas, etc.).
- Sin comentarios sobre la fecha probable del alta, si se pregunta sobre el periodo de la estancia hospitalaria, ya que si no se cumple la fecha de salida podría inducir a depresión, ansiedad o angustia por parte del paciente.
- Educación a la familia para:
  - Entender y aceptar los cambios que puedan presentarse en el papel que desempeña el enfermo en el núcleo familiar, estimulando al paciente para que realice su autocuidado.
  - Asumir su papel en la recuperación y reinserción del paciente en el medio familiar y social.
  - Conocer los recursos sociales que pueden brindarle apoyo y las prestaciones

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. HIGIENE DEL PACIENTE ONCOLÓGICO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se aplican en pacientes totalmente dependientes y que requieren cuidados higiénicos completos en la atención de pacientes oncológicos que reciben el tratamiento con material radioactivo.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

Higiene diaria

- Fomento de la ducha en pacientes autosuficientes.
- Lavado pasivo para los pacientes encamados por parte del personal de enfermería.
- Se vigilarán especialmente los pliegues cutáneos, pues al acumularse el sudor, descamación de la piel constituye un medio de cultivo excelente para el desarrollo de gérmenes patógenos.
- Uso de jabones neutros.
- Secado cuidadoso.
- Aplicación de crema hidratante, sobre todo en pliegues.
- Fomento del lavado de manos antes y después de ir al baño, antes y después de las comidas y siempre que lo precise.
- Aprovechamiento del lavado/baño para mejorar la circulación, al ser estimulada de forma local mediante el masaje.
- No aplicación de colonias, desodorantes, maquillajes, ni esmalte de uñas

Higiene íntima

- Uso de toallitas humedecidas y secar con gasas.
- No usar papel higiénico.

Lavado bucal

- Lavado de dientes con cepillo de cerdas blandas, si la mucosa oral está íntegra, después de las comidas.
- Fomento de la higiene bucal con colutorios antisépticos.
- En caso de incapacidad del paciente para colaborar se utilizaran torundas de gasas mojadas en solución antiséptica o una dilución de 1/4 de H202 más 3/4 de agua.
- Aplicación de vaselina en los labios.

RECOMENDACIONES

- El paciente no debe sonarse la nariz. sino limpiarse cuidadosamente
- No debe manejar objetos cortantes.
- Retiro las prótesis dentales y joyas durante su estancia.
- No depilación ni rasurado con máquina de afeitar de hoja metálica. Uso de máquina de afeitar eléctrica.
- Se aconseja el rasurado del cuero cabelludo por posible alopecia con el tratamiento quimioterápico.
- Vigilancia y revisión en todo momento, especialmente al realizar la higiene del paciente, de la integridad de la piel, aparición de úlceras, hematomas, edemas, prurito, reacciones alérgicas cutáneas secundarias a la quimioterapia, etc.
- Evaluación de la región anal, enrojecimiento, grietas, hemorroides, dolor al defecar, etc.
- Revisión de la cavidad oral, labios, lengua, encías, aspecto de la saliva observando la aparición de úlceras, llagas, grietas, coloración de la mucosa.
- Detección de odinofagia, disfagia, sangrado.
- Revisión del estado de las uñas, limpias, bien cortadas y sin esmalte.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. PROTECCIÓN PARA LA ENFERMERA QUE REALIZA LA QUIMIOTERAPIA	III

DEFINICIÓN

Son medidas de bioseguridad que realiza la enfermera, en el manejo de drogas citostáticas, para prevenir consecuencias a corto y largo plazo, derivadas de la exposición a éstos. No se puede descartar que una exposición a dosis bajas y continuas este exenta de riesgo ya que los efectos pueden ser subclínicos y no ser evidentes durante años de exposición continuada. Por ello, el manejo de estos medicamentos debe ser considerado potencialmente peligroso y deben cumplirse las normas de manejo cuya finalidad será la de evitar tal exposición no solo del personal sino también del medio ambiente especialmente en el tratamiento de residuos.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Cabina de flujo laminar es una cámara donde se establece un flujo de aire vertical, a modo de cortina, que evita que las micro-partículas y aerosoles que se puedan crear al manipular los citostáticos salgan al exterior contaminando al manipulador y al ambiente mediante un sistema de aspiración se recoge el aire contaminado y después de pasarlo por unos filtros, devuelve una parte al medio y otra la expulsa al exterior. No debe asociarse al término “flujo laminar” con el de “seguridad biológica”

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Habilitación de un ambiente exclusivo para la preparación de citostáticos.
- Uso de campana de flujo laminar:
  - Ventaja de la existencia de una unidad centralizada de preparación de citostáticos:
  - Proporciona la máxima seguridad al personal de salud frente a la exposición de citostáticos
  - Permite optimizar los recursos: minimizando la contaminación y los recursos materiales empleados
  - Aporta beneficios adicionales como asegurar la estabilidad y la esterilidad de los citostáticos preparados
- El personal debe estar perfectamente informado sobre la naturaleza de los productos, su acción biológica, toxicidad, características de los equipos de protección y materiales de trabajo, controles y seguimientos médicos a realizar.
- Existencia de protecciones de barrera como bata larga tipo quirófano con mangas y puño tejido, mascarilla o barbijo reforzado. (no utilizar barbijo común). Guantes reforzados de alta eficiencia (no guantes comunes), gafas protectoras o antiparras, gorra quirúrgica.
- Asepsia de la unidad de preparación de citostáticos.
- Lavado de manos cuidadoso con agua y jabón antes de calzarse los guantes.
- Colocación de ropa protectora.
- Disponibilidad de un plan para posibles efectos secundarios o alguna toxicidad sistémica importante.
- Limitación del acceso de otras personas al área donde se prepara los medicamentos.
- Disponibilidad inmediata de equipo especial para los derramamientos accidentales.
- Calculo de dosis y reconstitución del medicamento usando la técnica aséptica, dentro la campana laminar.
- Apertura de ampollas y viales lejos del cuerpo.
- Desecho de residuos según norma nacional, en los recipientes establecidos para cada tipo de material (agujas, jeringas, almohadillas, frascos, utensilios, ropa).
- Ambiente correctamente limpiado y ordenado para su nuevo uso, después de administrada la quimioterapia
- Limpieza y desinfección diaria del gabinete de bioseguridad, de los mesones del área estéril antes de comenzar a trabajar.
- Inicialización del funcionamiento del gabinete de bioseguridad 30 minutos antes de comenzar a trabajar.
- Limpieza y desinfección del gabinete de bioseguridad, una vez concluida la jornada de trabajo
- Organización y disposición del área de trabajo con todo el material necesario para realizar la preparación de los citostáticos
- Registro diario de la temperatura del refrigerador, del ambiente y la diferencial de presión de aire del gabinete de bioseguridad y de la sala de preparaciones.

RECOMENDACIONES

- En el área de preparación de citostáticos y cerca de ella, no se debe comer, beber, fumar, mascar chicle, aplicarse cosméticos o almacenar alimentos.
- Se deben extremar medidas bioseguridad y métodos de barrera en esta área
- Se debe tener registro de personal expuesto e excluir a trabajadores sensibles como:
  - Embarazadas y mujeres que deseen quedar embarazadas.
  - Mujeres durante el puerperio y la lactancia
  - Personal considerado de alto riesgo (con antecedentes de abortos o malformaciones congénitas)
  - Personal tratado previamente con citotóxicos, con radiaciones ionizantes o ambos
  - Personal con antecedentes de alergias a medicamentos citostáticos, radiaciones o ambos
  - Personal del que se sospeche posible daño genético
  - Personas con cualquier proceso infeccioso (gripe, catarro, etc.) o con heridas infectadas en las manos.
- Se debe vigilar la salud del personal expuesto:
  - Establecer un plan de vigilancia de la salud para todo el personal que manipula, diluye o administra las drogas peligrosas
  - Se realizaran revisiones médicas periódicas cada seis meses. Se utilizaran exámenes médicos convencionales en los que hay que hacer especial hincapié en buscar signos agudos de toxicidad en piel y mucosas y a largo plazo alteración de las células sanguíneas.
- Se debe hacer continuamente cursos de actualización e información al personal:
  - Formación adecuada de todos los trabajadores que manipulan estos productos y la adopción de medidas de protección consecuentes con la actividad que se realiza y el nivel de exposición.
  - El personal debe formarse merced a una fase de adiestramiento previa a la realización de las tareas
- Se debe brindar al personal protección operacional con métodos de barrera (guantes, bata, lentes de seguridad, mascarilla o barbijo de alta eficiencia, zapatos, gorro),acordes con los riesgos inherentes al manejo de citostáticos.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. ACCIONES EN CASO DE EXPOSICIÓN ACCIDENTAL A CITOSTÁTICOS.	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería relacionados a medidas que se deben recordar cuando sucede una exposición accidental a citostáticos.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Lavado de la zona expuesta durante **10 minutos** según el tipo de citostático que entró en contacto con el personal de salud.
- Lavado con agua cuando se trata de los siguientes agentes citostáticos:

- Asparraginasa.
- Carboplatino.
- Carmustina
- Cidofovir.
- Cladribina.
- Dactinomicina
- Mitoxantrona.
- Mecloretamina
- Metotrexato
- Vinblastina.
- Vincristina.
- Tiotepa
- Vindesina.
- .

• Lavado con agua + jabón neutro cuando se trata de los siguientes agentes citostaticos

- Amsacrina
- BCG.
- Bleomicina.
- Ciclofosfamida.
- Citarabina
- Daunorubicina.
- Epirubicina.
- Estramustina.
- Dacarbazina.
- Idarubicina.
- Etopósido.
- Fludarabina.
- Ganciclovir.
- Fosfamida.
- Melfalan.
- Pentamidina.
- Teniposido.

- Lavado con agua con bicarbonato+ jabón neutro cuando se trata de los siguientes agentes citostáticos:
  - Mitomicina.

En caso de derrame la enfermera debe llevar la indumentaria adecuada, gorro, bata, gafas protectoras, guantes especiales o doble guante, mascarilla de alta eficiencia y seguir el siguiente procedimiento:

- Cobertura con compresas grandes el producto derramado.
- Empapado con una gasa grande con el neutralizante recomendado,
- Uso de hipoclorito sódico al 5% para los siguientes productos:

- BCG.
- Ciclofosfamida.
- Clispatino.
- Cladribina.
- Estramustina.
- Etopósido.
- Flurouracilo.
- Metrotexate.
- Pentamidina.
- Ganciclovir.
- Vinblastina.
- Vincritina.

Vindesina

• Uso de hipoclorito sódico al 10% para los siguientes productos:

- Amsacarina.
- Daunorrubicina.
- Epirrubicina
- Doxorrubicina.
- Asparra
- Idarubicina

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. BIOSEGURIDAD PARA EL PACIENTE	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería relacionados a medidas de bioseguridad y de utilización de métodos de barrera están dirigidas a minimizar al máximo el riesgo de infección en pacientes inmunodeprimidos.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Uso obligatorio de botas al entrar en la sala (no siendo necesario el cambio de botas para circular entre las diferentes habitaciones del área de aislados)
- Lavado inexcusable de manos y secado con toallas desechables antes de entrar a la habitación del enfermo (ya que las manos son las principales portadoras de microorganismos)
- Uso de mascarilla al entrar a la habitación
- Uso de bata en procedimientos que impliquen riesgos de salpicaduras, curaciones o contacto físico con el paciente se vestirá bata verde
- Uso de guantes estériles para las curaciones, manejo de catéteres.

LIMPIEZA DIARIA DE LA HABITACIÓN

- Verificación de las tareas del personal de limpieza como:
- Lavado del piso de la habitación, empleando para ello dos cubos, (uno con agua, detergente e hipoclorito y otro vacío). Se fregará el suelo intensamente escurriendo el agua en el cubo vacío, si es necesario (salpicaduras) se limpiaran también las paredes.
- Limpieza de los grifos de los cuartos de baños, agarradores de las puertas, lavamanos, baños con abundante hipoclorito.
- Limpieza del mobiliario existente en la habitación (camas, mesillas, taquillas, TV, sillones...) con un paño humedecido en agua jabonosa
- Colocado de un cubo de basura con bolsas según normas de residuos sólidos, que se retirará tantas veces como sea necesario y estará ubicado en sitios de generación de residuos
- Envío de las cortinas de las habitaciones a lavandería 1vez c/15 días mientras esté ocupada la habitación, y al alta del paciente.

LIMPIEZA DE EQUIPO Y MATERIAL CLÍNICO

- Limpieza con un paño humedecido en agua jabonosa antes de introducir en la sala cualquier equipo o material (ECG, bomba de infusión, material para control de signos vitales,...)

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. EVENTOS ADVERSOS PRODUCIDOS POR MEDICAMENTOS	I - II - III

DEFINICIÓN

Es la atención de enfermería que se brinda a toda persona afectada por un evento adverso o efecto indeseable por la administración de un fármaco.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Pregunta al paciente si ha presentado efectos adversos en la administración anterior.
- Control de signos vitales, previamente y durante toda sesión de quimioterapia.
- Registro de todo evento adverso que se evidencien en la historia clínica del paciente.
- Entrega de la documentación necesaria para su seguimiento a la consulta externa ya que el tratamiento es ambulatorio.

Los eventos calificados como adversos pueden ser:

- **Fiebre que requiere:**
  - Valoración del paciente en busca de fiebre (38ºC o más), escalofríos, etcétera.
  - Medición de signos vitales, fundamentalmente temperatura, cada hora.
  - Información al médico.
  - Aplicación de medidas antitérmicas.
- **Dolor en el sitio de inyección eritema local**
  - Valoración del paciente en busca de eritemas, dolor, hinchazón en el sitio de inyección.
  - No uso de cosméticos, perfumes, talco, lociones, ni pomadas porque enmascaran la lesión.
  - No frotamiento ni rascado del área.
  - No uso de ropas ajustadas.
  - Evitar traumatismos en la zona.
- **Vómitos**
  - Ajuste de la dieta antes y después de la administración del tratamiento (del fármaco) de acuerdo a las preferencias del paciente.
  - Evite ambiente desagradable a la vista, al olfato y al oído.
  - Administración de antieméticos prescritos según se indique.
  - Uso de técnicas de distracción y relajación después del tratamiento.
- **Dolor**
  - Valoración del dolor, sitio, características, frecuencia, duración y otros factores que puedan contribuir al dolor.
  - Administración de analgésicos para alivio óptimo dentro de los límites prescritos por el médico.
  - Valoración de las respuestas del paciente al dolor y al tratamiento.
  - Estimulación de la práctica de estrategias analgésicas que el paciente haya utilizado en experiencias anteriores con buenos resultados.
- **Cefalea**
  - Elevación de la cabecera de la cama a 30oC.
  - Oscurecimiento de la habitación.
  - Medidas de confort y bienestar (habitación agradable, oscura, limpia sin ruidos).

RECOMENDACIONES

- Alivio de la ansiedad y malestar del paciente.
- Rotación de la zona de punción para evitar inflamación y endurecimiento del área.
- En caso de sudoración excesiva comunicar al medico
- Vigilancia de la bomba de infusión

UNIDAD 5

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

Índice

1. PACIENTE PERTURBADO PROFUNDAMENTE, SEDACIÓN Y FIJACIÓN 185

2. TERAPIA ELECTROCONVULSIONANTE Ó TRATAMIENTO ELECTROCONVULSIVO 186

3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA 187

4. TRASTORNOS POR ABUSO DE ALCOHOL 188

5. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE PACIENTES CON ABUSO DE ALCOHOL 189

6. TRASTORNO BORDERLINE O LÍMITE DE PERSONALIDAD 189

7. ESQUIZOFRENIA 190

8. IDEAS DELIRANTES 191

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. PACIENTE PERTURBADO PROFUNDAMENTE, SEDACIÓN Y FIJACIÓN	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se ejecutan cuando el paciente presenta alucinaciones auditivas o delirios de amenaza o acusación, persecución, si no se actúa de inmediato, puede poner en peligro la seguridad y el bienestar de los demás y/o causarse daño.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Aislamiento del paciente (con ayuda)
- Colocación del paciente en posición decúbito dorsal
- Sujeción e inmovilización del paciente para la administración de sedante.
- Sedación endovenosa lentamente (según indicación o prescripción médica firmada)
- Vigilancia de efectos secundarios extrapiramidales de los antipsicóticos (medicamentos administrados)
- Control de signos de toxicidad: vómitos, diarrea, temblor, somnolencia (cambios comunicar al médico)
- Control de signos vitales
- Retiro de sus prendas de vestir y objetos personales (controlar bajo inventario, según norma institucional)
- Verificación del estado físico general del paciente
- Colocación de bata, pijama o camisón
- Colocación de fijadores, sujetarlos miembros superiores y miembros inferiores en forma cruzada y colocar candados en los fijadores
- Verificación de la fijación del paciente, en caso de que el paciente se retire o se quite la fijación, debe ser fijado nuevamente.
- Control y observación del paciente en forma escrita y permanente
- Control de fijadores evitando producir lesiones en la piel por compresión y falta de circulación
- Observación de los cambios de conducta y reacciones del paciente, comunicar a médico tratante.
- Registro en hoja de enfermería: fecha, hora, procedimientos realizados, sello y firma de la enfermera clara y legible.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. TERAPIA ELECTROCONVULSIONANTE O ELECTROCONVULSIVO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan durante el tratamiento electroconvulsivonante ó Terapia electroshock produciendo inconsciencia del paciente por varios minutos, luego despierta en estado confusional y al cabo de (treinta) 30 minutos se encuentra en condiciones de levantarse y caminar bajo vigilancia y cuidados de enfermería.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Explicación al paciente sobre el tratamiento que se le realizará, preparándolo psicológicamente el día anterior al procedimiento (si ésta consiente).
- Verificación de la firma del Consentimiento Informado
- Verificación que el paciente esté en ayunas desde Hrs. 21:00 hasta el momento del procedimiento.
- Verificación de la preparación del paciente para el tratamiento (no se debe bañar, ni lavar el día del tratamiento)
- Control de signos vitales, comunicando al médico tratante si hay alguna alteración de los parámetros normales.
- Conducción del paciente a sala de plexias con vestimenta holgada (bata – camisón, pijama)
- Ayuda al paciente para situarse en la mesa de examen en posición decúbito dorsal.
- Colocación de guantes descartables.
- Retiro de prótesis dental, revisar que la cavidad oral esté libre de objetos o cuerpos extraños y joyas y objetos de la cabeza.
- Colocación de la almohada pequeña en región cérvico dorsal y la almohada mediana en región lumbar.
- Humidificación de gasas dobladas en agua de cloruro de sodio y colocarlas en los electrodos izquierdo y derecho del aparato plexiador.
- Colocación del protector dental en la boca del paciente
- Asepsia de la región temporal izquierda y derecha con torundas con alcohol
- Encendido del aparato plexiador, enchufar en corriente eléctrica continua.
- Inmovilización de todo el cuerpo del paciente y protección de las articulaciones de posibles luxaciones y desarticulaciones que pudieran ocurrir.
- Sujeción de ambos miembros superiores y ambos miembros inferiores.
- Hiperextensión del cuello para evitar la luxación del maxilar inferior o la caída de la lengua
- Colaboración al médico tratante en la aplicación de los electrodos en región bitemporales con corriente eléctrica continua de 100 a 130 voltios, durante 0.1 a 4 segundos tiempo en el que se produce la electro convulsión propiamente dicha.
- Administración de oxígeno de 2 a 4 litros por minuto por mascarilla
- Movilización y lateralización de la cabeza del paciente hacia un lado derecho o izquierdo pues la respiración es estertorosa y se evita la broncoaspiración.
- Aspiración de secreciones con sonda Nelaton en forma continua.
- Retiro del protector de dientes.
- Movilización de ambos miembros superiores del paciente, en un solo movimiento para favorecer la respiración.
- Observación y vigilancia hasta que la frecuencia respiratoria se vaya normalizando.
- Traslado del paciente en camilla rodante a su unidad en sala común.
- Fijación y sujeción de ambos miembros superiores e inferiores haciendo uso de fajas, fijadores, cinturones y candados de fijación.
- Reposo en posición decúbito lateral derecho o izquierdo con apoyo de una almohada y abrigado.
- Elevación de las barras de seguridad de la cama, ya que el paciente se encuentra desorientado, confuso, somnoliento y debe reposar hasta recobrar la conciencia.
- Control de signos vitales. (No dejar solo al paciente hasta que los signos vitales viales se estabilicen).
- Retiro del equipo y material, lavado con solución hipoclorito de sodio al 5%.
- Limpieza y secado del aparato plexiador.
- Registro en la hoja de enfermería, del número de terapia electroconvulsivante o plexia realizado, nombre del médico tratante que realizó la sesión, actividades y procedimientos efectuados, aspectos relevantes durante el tratamiento, fecha, hora y firma, nombre de la enfermera.

RECOMENDACIONES

- Cumplir y hacer cumplir la preparación del paciente previo al tratamiento, (sin bañarse ni lavarse) para evitar el diferir el procedimiento con perjuicio del paciente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes que presentan trastorno de la conducta alimentaria clasificados en anorexia nerviosa bulimia nerviosa

PROCEDIMIENTOS

Prevención y promoción

PREVENCION PRIMARIA:

- Actuación sobre la causa de los problemas facilitando los aprendizajes de los comportamientos que pueden proteger la salud (factores de protección) y reduciendo los que la pueden afectar negativamente (factores de riesgo). en el consultorio externo y en el primer nivel de atención.
- Educación con información veraz sobre hábitos alimentarios, Alimentación saludable, suficiente y equilibrada. Realizar 5-6 comidas/día
- Reforzamiento de la autoestima e imagen corporal: introducción de elementos críticos del modelo estético corporal.
- Reforzamiento de la relación familiar. Disminuir la discordia familiar.
- Orientación a profesores de institutos, escuela primaria, profesionales en contacto con los grupos de riesgo:
- Educación sobre aspectos positivos del ejercicio físico.
- Desmitificación de conductas alimentarías erróneas: “dietas milagro”, dietas cetogénicas Intervención interdisciplinaria: ámbito escolar (profesores, pedagogos, psicólogos, educadores deportivos, enfermeras del programa “Salud y escuela”), ámbito familiar (padres, hermanos…) y ámbito sanitario.
- Hábitos tóxicos y conductos de riesgo: drogas, alcohol, tabaco, sexo…
- Promoción sobre reducción de daños
- Detección de grupos de riesgo: gimnastas, bailarinas, azafatas, para su incorporación en programas dirigidos a modificar conductas precursoras de trastornos del comportamiento alimentario, con contenidos cómo: adiestramiento en la toma de decisiones, control de pensamientos, desarrollo de la autoestima y de la asertividad.

PREVENCIÓN SECUNDARIA:

- Son el conjunto de acciones que pretenden detener la evolución de la enfermedad en la fase preclínica, cuando todavía los síntomas y signos no son aparentes pero existen en estado embrionario (subclínico) y por lo tanto permiten detectar precozmente el proceso patológico y poner en práctica las medidas necesarias para impedir su progresión.
- Realización actividades preventivas de detección precoz, diagnóstico precoz, derivación especializada y tratamiento especializado en el consultorio externo y en el primer nivel de atención.

PREVENCIÓN TERCIARIA:

- Prevención terciaria: facilita el aprendizaje de conductas que evitan las recaídas posteriores al tratamiento: deben ser realizadas en todos los niveles de atención
- Información respecto a los signos de alarma (características médicas, psicopatológicas y psicológicas) de los trastornos del comportamiento alimentario.
- Proporción de herramientas para el manejo integral de los pacientes a los padres, familiares o pareja.
- Información de los recursos asistenciales y sociales especializados en TCA y como coordinarlos con los familiares.
- Valoración, seguimiento y control del trastorno y de las complicaciones en los pacientes detectados.
- Acogida de la familia.
- Control de conductas de riesgo a nivel alimentario, conductual y psicológico.
- Reforzamiento del concepto de auto imagen y aumento de la autoestima.

Intervenciones

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

Primera fase

- Al ingreso el personal de enfermería le entregará al paciente el formulario con la instrucción de que lea los contratos y consentimiento informado para discutirlos posteriormente con el psiquiatra, supone haber provisto al paciente y sus familiares de información general
- Logro del incremento de conciencia de enfermedad
- Logro de la confianza en el tratamiento
- Nuevos instrumentos de afrontamiento
- Implicación a la familia en el tratamiento
- Logro de la implicación en su autocuidado
- Un tercio de la ganancia de peso establecida en el contrato como objetivo para el alta.
- Control de la alimentación oral con dieta prescrita por el endocrinólogo con suplemento proteico tres veces al día y prohibición de comidas extras
- Control del peso con el paciente de espaldas al visor de la báscula y sin que se le comunique el resultado dos veces por turno, sin previo aviso y a horario variable (excepto el de antes del desayuno)
- Restricción del acceso al cuarto de baño (que sellará el servicio de mantenimiento) excepto acompañado por el personal de enfermería (sólo en los casos en que así lo establezca el contrato)
- Control de pertenencias y de la habitación ,cuando lo considere oportuno
- Restricción absoluta de movimientos fuera de la habitación excepto para la realización de determinaciones médicas o actividades terapéuticas que así lo exijan
- Restricción absoluta de visitas (excepto sábados y domingos), cartas y llamadas telefónicas (excepto sábados y domingos)
- Entrenamiento y cuidados específicos para control de vómitos postprandiales si es preciso
- Registro de la visita diaria del endocrinólogo
- Psicoterapia diaria a pie de cama

Segunda fase

- Inicio con la consecución del segundo tercio de la ganancia establecida en el peso
- Suspensión de las restricciones referentes a correspondencia, teléfono y movimientos hasta el límite tolerado a los demás pacientes.

Tercera fase

- Duración desde el fin de la segunda hasta la consecución del peso establecido para el alta hospitalaria.
- Suspensión de las restricciones sobre cuarto de baño y visitas y se autorizan salidas de fin de semana.

RECOMENDACIONES

Habrán signos de alerta cuando:

- El aumento de peso sea inferior a 700-1000 gramos semanales durante dos semanas consecutivas
- Si hay disminución de peso por debajo del ingreso
- Si hay incumplimiento de las condiciones respecto a comidas entre horas, uso de laxantes, diuréticos o alimentos no reglamentados, trasgresión del límite máximo de aumento de peso o seguimiento de las restricciones.
- Si la paciente no colabora en la terapia en la alimentación oral en tres tomas según lo prescrito por el endocrinólogo o (si así lo determina éste) por sonda naso gástrica.
- Restricción absoluta de vistas, movimientos, comunicaciones y (si así del acceso al cuarto de baño sin vigilancia).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. TRASTORNOS POR ABUSO DE ALCOHOL	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes que presentan trastornos producidos por el abuso de la ingesta de alcohol, casi siempre ligado a la presencia de una dependencia alcohólica, produciéndose cuadros depresivos, de ansiedad, disfunciones sexuales, del sueño, delirium con presencia de ilusiones, alucinaciones y gran inquietud y finalmente deterioro psico-orgánico que pueden constituir auténticas demencias. Se debe considerar que en las primeras 48 horas de abstinencia, se pueden dar crisis comiciales de gran mal que en un alto porcentaje anteceden a un cuadro de delirium tremens. No menos importantes son las complicaciones sociales con problemas laborales, problemas familiares y problemas legales.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Admisión del paciente revisando entre sus pertenencias bebidas alcohólicas para evitar que continué bebiendo en el recinto hospitalario, en presencia de familiares
- Control de signos vitales informando si hay alteraciones
- Observación del estado de conciencia del paciente permanentemente
- Valoración d el reflejo nauseoso
- Verificación que el paciente realice ejercicios respiratorios
- Control del peso diariamente
- Observación de cambios de coloración en la piel y lechos ungueales
- Medidas de seguridad (cama con barandales, usar correas de sujeción si es necesario)
- Colocación del paciente en posición semisentada para evitar broncoaspiraciones y facilitar la ventilación.
- Ubicación del paciente en una habitación tranquila con iluminación indirecta
- Evaluación de la necesidad de higiene personal
- Ofrecimiento de líquidos a tolerancia
- Control de la ingesta dietética
- Administración medicamentos en cumplimiento de indicación médica.
- Apoyo al paciente en la identificación de sus potenciales habilidades laborales
- Orientación al paciente para que participe en terapia de Alcohólicos Anónimos (AA), informándole sobre días de sesiones y actividades de terapias de grupos y familiares.

Durante el síndrome de abstinencia

- Valoración del estado de conciencia
- Control de signos vitales cada 10 minutos hasta su estatización
- Observación de signos y síntomas de déficit de volumen de líquidos (turgencia de piel, sequedad de mucosa)
- Control estricto de ingerido y eliminados
- Valoración de la capacidad de deglución y masticación
- Medidas preventivas para evitar acciones autolíticas, eliminación de objetos peligrosos del ambiente, observación estrecha del paciente.
- Apoyo y acompañamiento al paciente en situaciones de temores, alucinaciones, confusión
- Control de crisis convulsivas por abstinencia, comunicando al médico tratante
- Registro de todas las acciones de enfermería

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES DE PACIENTES CON ABUSO DE ALCOHOL	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan apoyando la terapia de grupo, estrategia estructurada que se proporciona al paciente alcohólico para enfrentar sus problemas de beber en exceso y aprender nuevos mecanismos para enfrentar el estrés en sus vidas, mejorando habilidades cognitivas y de conducta que modifiquen el consumo de alcohol manteniendo la abstinencia.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Desarrollo de terapias breves de 8 sesiones de más o menos 60 minutos con la participación de pacientes hospitalizaos y ambulatorios
- Estructuración del desarrollo de cada sesión
- Inicio con una valoración del estado actual
- Explicación y desarrollo de un tema (pueden ser temas de desarrollo obligatorio o de elección libre
- Finalización de la sesión con el aprendizaje de habilidades mediante la escenificación de determinadas situaciones
- Registro de enfermería sobre los progresos alcanzados, etc.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
CON TRASTORNOS MENTALES Y DEL COMPORTAMIENTO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. TRASTORNO BORDERLINE O LÍMITE DE PERSONALIDAD	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con trastorno de límite de personalidad, patología situada entre la neurosis y la psicosis, se caracteriza por una extraordinaria inestabilidad emocional, estos pacientes conducen imprudentemente, abusan de sustancias, se exceden en comer, roban, se autoeliminan o intentan suicidarse.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Información al paciente sobre Normas Institucionales, sobre el horario de visitas de familiares, visita médica, horas de alimentación, etc.
- Verificación de la firma de consentimiento informado para su internación
- Ayuda al paciente para mejorar las técnicas basadas en el desempeño de las practicas
- Establecimiento claro de expectativas conductuales diarias
- Trabajo con el paciente en la definición de tareas desea realizar diariamente
- Retroalimentación con el paciente al acabar su trabajo.
- Mantenimiento del enfoque de las conductas de los pacientes
- Valoración de la conducta agresiva y manipuladora
- Fijación de límites a la conducta manipuladora
- Entrenamiento del paciente en su conducta
- Mantenimiento de una posición firme y coherente ante el paciente, evitando discusiones.
- Remisión del paciente al miembro del equipo de salud que tiene autoridad sobre la situación.
- Exploración de formas constructivas de afrontar situaciones sociales cuando usa la conducta agresiva y manipuladora
- Ayuda al paciente a participar en las distintas situaciones sociales
- Fijación de un tiempo cada día para pasar con el paciente
- Transmisión al paciente de una actitud de respeto, escuchándolo, animándolo y apoyándolo
- Ayuda al paciente a aceptar su responsabilidad sobre su conducta

RECOMENDACIONES

- Exploración de cómo esto afecta a otras personas y cómo responden a las mismas.
- Prevención para que el paciente no dañe a otros pacientes o miembros del equipo de salud

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. ESQUIZOFRENIA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con esquizofrenia que es un conjunto de trastornos que se manifiestan por alteraciones características del humor y la conducta, clasificada como simple, hebefrénica, catatónica, esquizoafectiva.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Disminución de la conducta inhibida proporcionándole una actividad estructurada dirigida a objetivos
- Atención del tiempo necesario con el paciente aun cuando este no pueda responder verbalmente o lo haga de manera incoherente dirigiendo hacia él nuestro interés y cuidado
- Compromiso con el paciente de sólo aquello que se pueda cumplir
- Oportunidad para que comprenda que sus sentimientos y sus valores no difieren mucho de los demás
- Limitación del ambiente del enfermo para aumentar sus sentimientos de seguridad
- Asignación de los miembros del equipo terapéutico que atenderá a la paciente.
- Inicio con interacciones una a una y después hacer avances para que el paciente pueda integrarse a pequeños grupos según los tolere.
- Aumento de la autoestima del paciente y los sentimientos de valía
- Apoyo al paciente en todos sus éxitos en el cumplimiento de su responsabilidad dentro del servicio (proyectos, interacciones con el equipo terapéutico y con otros pacientes.
- Ayuda al paciente para mejorar su aspecto (para que realice medidas higiénicas personales).
- Reorientación al paciente en persona, lugar y tiempo.
- Ayuda al paciente a distinguir lo real y lo que no lo es.
- Valoración de las percepciones reales del enfermo y corrección de los errores de sensopercepción en una forma que está apegada a los hechos, no argumentar con el paciente la validez de sus percepciones, ni tampoco darle apoyo en las mismas.
- Acompañamiento al paciente si tiene miedo; a veces el contacto físico puede resultar terapéutico (evaluar su eficacia en cada enfermo)
- Terapia ocupacional cuando sea necesario
- Protección al paciente de tendencias autodestructivas.
- Observación acuciosa del paciente si está tramando acciones que sean nocivas para si mismo y para los demás en respuesta a alucinaciones auditivas.
- Ayuda al paciente a superar su conducta regresiva en un intento de eliminar su ansiedad y restablecer el equilibrio y más se integre a una conducta de adulto.
- Ayuda al paciente a identificar las necesidades o sentimientos no satisfechos que producen la conducta regresiva, alentarle a expresar sus sentimientos y ayudarle a aliviar la ansiedad
- Registro de las actividades realizadas de enfermería

RECOMENDACIONES

No hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo
Hablar con el paciente de temas simples y concretos evitar las discusiones ideológicas o teóricas.
Retirar la paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. IDEAS DELIRANTES	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con ideas delirantes, creencias falsas y fijas que no tienen ninguna base en la realidad, que le sirven para llenar alguna necesidad como ser falta de autoestima, consecución de seguridad, apoyo, castigo , liberación de ansiedad asociada con sentimientos de culpa, miedo, etc.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Ayuda al paciente a sentirse seguro y aceptado en la medida de lo posible
- Comunicación asertiva con el paciente, evitando comentarios vagos y evasivos
- Explicación al paciente sobre los procedimientos que se llevarán a cabo tratando que entienda el proceso.
- Ayuda al paciente a aumentar su autoestima, con retroalimentación positiva para sus éxitos
- Reconocimiento y apoyo a los logros cumplidos en actividades, proyectos, responsabilidades cumplidas, interacciones iniciadas
- Estimulación a que participe en actividades de grupo poco a poco
- Disminución de la ansiedad y los temores del paciente ayudándolo a reconocer las ideas delirantes como percepciones del ambiente.
- Al principio no contradecir al paciente ni tratar de convencerlo de que sus ideas son falsas o irreales.
- Interacción con el paciente en base a cosas reales.
- Demostración de empatía en cuanto a sus sentimientos
- Ayuda al paciente a descubrir formas más sanas de tratar con sus sentimientos, apoyarlo en sus intentos de decir su ansiedad y sus temores y su disminución de autoestima, independiente de sus ideas delirantes.
- Registro de las acciones realizadas y resultados obtenidos de enfermería

RECOMENDACIONES

- No ser prejuicioso y hacer bromas respecto a sus creencias.
- Nunca dar a entender al paciente que se aceptan sus ideas delirantes.
- Intentar explicar las ideas delirantes como un problema en la vida del paciente.
- Sentar al paciente a la hora de las comidas junto a otros pacientes o con los miembros del equipo terapéutico, servir la comida en utensilios desechables, o alimentos envasados para evitar que el paciente piense que la comida está contaminada o envenenada es necesario ganarse la confianza del paciente puede ser útil esta terapia para aumentar su ingesta nutricional pero deben realizarse sin que de ninguna manera piense que se aprueba sus ideas delirantes.

UNIDAD 6

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

Índice

1. VALORACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO 195

2. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR 196

3. ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL 198

4. TRAUMATISMO ENCEFÁLO CRANEAL (TEC) 199

5. TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (T.R.M.) 200

6. HERNIA DE DISCO 201

7. CRISIS CONVULSIVA 202

8. TUMORES CEREBRALES 204

9. HIDROCEFALIA 204

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. VALORACIÓN DEL PACIENTE NEUROLÓGICO	I-II-III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se ejecutan para precisar la reactividad del paciente con enfermedad neurológica, identificando problemas y de esta manera coadyuvar en el diagnóstico y atender oportunamente

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

VALORACIÓN INICIAL. Se realiza en base a la **escala de Glasgow,** llevando registro de la observación neurológica de los siguientes aspectos:

Prueba	Reacción	Puntaje
Apertura Ocular	Espontánea	4
	Orden verbal	3
	Dolor	2
	Sin respuesta	1
Respuesta Motora	Obedece comando verbal	6
	Localiza estimulo doloroso	5
	Flexión para retirar	4
	Flexión anormal	3
	Extensión	2
	Sin respuesta	1
Respuesta verbal	Orientado y conversa	5
	Desorientado y conversa	4
	Palabras inadecuadas	3
	Sonidos incomprensibles	2
	Sin respuesta	1
Total		**3 a 15**

EVALUACIÓN ESTADO MENTAL CONCIENCIA Y ORIENTACIÓN. Se debe evaluar los siguientes parámetros
- Consciente o vigilia
- Obnubilado
- Soporoso
- Coma

EVALUACIÓN ESTADO MENTAL. Se evalúa**:**

Memoria:
- Pasado inmediato: repetir serie
- Pasado reciente: Detalles de Hospitalización
- Pasado remoto: donde nació.

Lenguaje:
- Afasia de Broca: sabe lo que quiere decir pero no puede. Comprende órdenes, pero no puede repetir.
- Afasia de Wernike: articula bien frases pero usa palabras en forma inadecuada. Dificultad para comprender.
- Afasia global: profundo déficit expresivo y receptivo, apenas puede comunicarse.
- Disartria: sabe lo que quiere decir, pero tiene un trastorno motor y no logra hablar con claridad.

CAMBIOS PUPILARES

Inspección periódica de las pupilas con una linterna de mano para valorar su diámetro configuración y reacción fotomotora. Se comparan ambos ojos en busca de semejanzas o diferencias (tamaño y simetría)

Pupilas normales
Pupilas eliptoideas
Pupilas Midriáticas/isocóricas se observa en lesiones de nervio óptico
Pupilas midriáticas marcadas
Pupilas Midriáticas arreflecticas /anisocóricas, se observa en lesiones de tallo cerebral.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN MOTORA:

Marcha y postura: Evaluación del ritmo y regularidad al caminar, postura equilibrio, balanceo de los brazos y todo movimiento asociado.

Tono y fuerza muscular: Valoración de hipotonía e hipertonía y/o paresia o parálisis, coordinación.

VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN SENSORIAL:)

Reflejos musculares: Valoración del dolor, parestesia para sensibilidad y vibración (diapasón)

EVALUACIÓN DEL PATRÓN RESPIRATORIO:

Se debe evaluar: -Signos de dificultad respiratoria
-Uso de ventilación asistida
-Permeabilización de la vía aérea

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. ACCIDENTE CEREBRO VASCULAR	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en paciente con accidente cerebro vascular, con pérdida repentina de la función cerebral por interrupción del aporte sanguíneo al encéfalo; la asistencia oportuna se extiende hasta la rehabilitación de pacientes con accidente cerebro vascular.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

VALORACIÓN NEUROLÓGICA

Requiere de la permanente observación, del monitoreo continuo de los signos vitales y neurológicos para el reconocimiento temprano del deterioro hemodinámica y neurológico.

- Valoración de la vía aérea, respiración y circulación. La prioridad más importante en estos pacientes es asegurar una adecuada ventilación con la consecuente llegada de oxígeno a todos los órganos.
- Evaluación del estado de conciencia, recordando los diferentes estadios de la misma: alerta, letargo, obnubilación, estupor, coma.
- Valoración la movilidad de los cuatro miembros.
- Control estricto de los signos vitales: Frecuencia cardiaca, buscando reconocer arritmias cardiacas muchas veces responsables de los trastornos neurológicos. Presión arterial, la hipertensión es un riesgo común a varias injurias cerebrales después de un Accidente Cerebro Vascular el estado hemodinámica es parte de la respuesta compensatoria. Respiración se debe poner especial interés en valorar el patrón respiratorio y el estado de la vía aérea, y Temperatura. Se debe tener presente la triada de bradicardia, hipertensión sistólica y amplia presión del pulso, como signos de deterioro neurológico
- Colocación de vía endovenosa periférica (seleccionar el miembro superior no afectado, iniciar la hidratación con solución fisiológica de cloruro de sodio).
- Coordinación de actividades con los servicios complementarios de diagnóstico.
- Observación en forma continua al paciente en busca de clonas, episodios de desorientación, cambios en la coloración de la piel, signos vitales, relajación de esfínteres, registrar e informar. Registrar todos los datos del ingreso como así también todas las intervenciones realizadas.
- Aplicación de la escala de Glasgow. Valorando la respuesta motora, verbal y la apertura de los ojos, ante los estímulos externos.
- No quitado de la ropa si no es necesario, teniendo precauciones con las pertenencias de valor y las prótesis.
- Correcto y seguro traslado del paciente a los servicios de apoyo.

POST- EJECUCION:

ACTIVIDADES A DESARROLLAR EN LAS PRIMERAS 24 A 48 HORAS DE EVOLUCIÓN

La gran bisagra en el cuidado de estos pacientes es el estado de conciencia; si estamos en presencia de un paciente no inconsciente con un ACV en evolución realizaremos las siguientes actividades.

- Control de signos vitales cada 30 minutos, cada hora, según la necesidad del paciente. El control de la temperatura tener precauciones de NO controlarla en la axila del lado afectado. En caso de fiebre, utilizar primero los medios físicos, registro de la evolución de la temperatura y la respuesta a las intervenciones. Reconocimiento de los distintos tipos de ritmos respiratorios y monitoreo de la presión arterial y del pulso.
- Control del estado de conciencia y aplicación de la escala de Glasgow. Se recomienda establecer el horario, la frecuencia, a los efectos de mantener un registro fidedigno durante las 24 horas
- Información y registro del balance hidroelectrolítico, teniendo cuidado con la administración de líquidos y electrolitos por la vía endovenosa periférica, por la vía enteral si la tuviere, el control de ingresos en cantidad y calidad, incluyendo las pérdidas insensibles.
- Es responsabilidad de la enfermera controlar la diuresis, según la evolución, en lo posible sin la necesidad de catéter. Valoración de la incontinencia para poder planear acciones para cada problema. Si hay necesidad de catéter vesical, aportar los cuidados del mantenimiento de esa técnica. Con respecto a la valoración de la eliminación intestinal, es de vital importancia conocer los hábitos del paciente, manteniendo el suministro de líquidos, como así también preservando un ambienten adecuado, realizando masajes circulares en el abdomen para estimular, propiciando en lo posible la posición ventral. Registro de las eliminaciones y sus características.
- Aplicación de medidas de confort relacionadas con su inmovilidad Es muy importante establecer y reconocer la movilidad espontánea para delinear un plan de atención.
- Evaluación de la posición y el tipo de postura del paciente, registrar.
- Medidas de seguridad como son las barandas, o medidas de sujeción en caso de necesidad, a los efectos de no agregar riesgos externos.

- Mantenimiento de un plan de cambio postural, su aceptación y tolerancia del paciente a cada decúbito seleccionado, garantizando la alineación del cuerpo, la postura anatómica, usando dispositivos si fuera necesario. LIMITAR EL DECÚBITO SOBRE EL LADO AFECTADO. Conocimiento de los patrones de descanso y sueño del paciente y el decúbito de elección para tal fin, a los efectos de que siempre que sea posible colocarlo en dicho decúbito en los horarios del descanso, respetando su individualidad y propiciando ese momento. Posteriormente se observará la piel en cada cambio de posición en busca de signos tempranos de aparición de lesiones, úlceras. Mantenimiento limpio de la piel, seca e hidratada y propiciar medidas de prevención local en prominencias óseas. Finalmente mantener la higiene corporal con el baño diario, las higienes parciales según la necesidad del paciente, la higiene bucal y la higiene ocular.
- Un ambiente tranquilo: es de suma importancia este aspecto, sin estímulo innecesario, por lo que se deben tener en cuenta algunos cuidados tales como:
- Se procederá a la disminución de los estímulos sensoriales, sobre todo las alarmas de los aparatos y en especial durante el horario de descanso y sueño. Uso adecuado de las luces, disminuyendo la iluminación general, usando las localizadas, permitiendo la entrada de iluminación natural. Mantenimiento del paciente orientado en forma permanente sobre todo con los horarios de día o noche agregando a su unidad elementos que sean de su vida habitual, respetando sus gustos, ej. : radio, música, lectura, fotografías, reloj pulsera, etc. Flexibilización del horario de visitas, teniendo presente que lo más importante es el paciente y su recuperación a una vida lo más parecida posible a la anterior al Accidente Cerebro Vascular.
- Acompañamiento en la situación de crisis del paciente y la familia reconociendo cuándo brindar la ayuda convenientemente.
- Incorporación a la familia precozmente en el cuidado del paciente y preparación desde temprano un plan de externación, evaluando las posibilidades familiares creando vínculos específicos y educativos con la familia para su posterior contacto permanente brindando el apoyo emocional.

IMPORTANTE

- La regularidad, la rutina, ya que el paciente debe poder reconocer sus patrones de hábitos y poder incluir nuevos, para lo cual necesitará de la estimulación y aprendizaje permanente
- No hacer por el paciente, ni por la familia, lo que son capaces de realizar por sí mismos, esto aumenta la autoestima, a la vez que propicia el auto cuidado y la independencia.
- En pacientes con hemiplejia, intentar el aseo corporal con el lado no afectado.
- La comunicación, el entorno, el ambiente y la actitud de los profesionales del equipo que lo asisten debe ser positiva y preactiva.
- Respuesta a sus llamadas apropiadamente, aun cuando estos sean repetitivos.
- Rodearlo en lo posible de objetos conocidos y uso de ropa personal
- Lenguaje lento y claro, las órdenes deben ser claras, esperando con tranquilidad la respuesta a las órdenes.
- Reconocimiento de la necesidad de recreación, según el hábito y la posibilidad de realización.
- Motivación en forma permanente a la independencia y autosuficiencia.
- Demostración de paciencia y seguridad en todos los procedimientos.

RECOMENDACIONES

- Cumplir y hacer cumplir la preparación del paciente previo al tratamiento, (sin bañarse ni lavarse) para evitar el diferir el procedimiento con perjuicio del paciente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. ARTERIOGRAFÍA CEREBRAL	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes durante la administración de una sustancia radio opaca dentro de la circulación cerebral con el propósito de visualizarla por medio de las placas radiográficas.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PRE EJECUCIÓN

- Día antes del examen explicar al paciente el procedimiento que se realizará y la preparación necesaria que consiste en darse un baño quitar esmalte de uñas, la administración de enema evacuante y quedar en ayunas (NPO), y la visita de anestesiología.

EJECUCIÓN

- El paciente es enviado en camilla a la unidad de imagenología, con bata que tenga abertura hacia delante para facilitar maniobras necesarias. Pasa el paciente a la mesa de examen, teniendo cuidado de colocarlo en posición dorsal con el cuello hiper extendido. La anestesia será administrado por un profesional especializado.
- La enfermera colocará el equipo de arteriografía sobre la mesa de curación juntamente a la solución fisiológica y el medio de contraste.
- El médico una vez listo, se calzara los guantes estériles procederá a la asepsia correspondiente y puncionará la arteria carótida.
- La enfermera por su parte tendrá cuidado de mantener los pocillos con solución fisiológica, esto sirve para permeabilizar las jeringas cada vez que se utilizan con el medio de con traste.
- Una vez inyectada el medio de contraste, el técnico radiólogo proseguirá con la toma de radiografías en diferentes posiciones,
- La enfermera ayudará a realizar los cambios posturales teniendo cuidado de no mover la aguja, el procedimiento de asepsia y antisepsia, aspiración de secreciones

POST EJECUCIÓN.-

- Terminado el estudio el anestesiólogo espera que el paciente recobre el conocimiento para luego ser trasladado a su unidad, donde se controlará signos vitales cada media hora hasta su estabilización, además la administración de oxigeno húmedo por mascarilla
- El tiempo del examen es de 2 a 3 horas

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. TRAUMATISMO ENCEFÁLO CRANEAL (TEC)	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes que presentan traumatismo encéfalo-craneano, caracterizado por lesiones que presentan un trauma directos o indirectos en la cabeza afectando partes blandas y óseas, generalmente relacionados con ingesta de alcohol, drogadicción, violencia de alta velocidad, imprudencia al conducir vehículos, deportes extremos.
El TEC se clasifica en:
a) TEC Leve.- preservación del estado de conciencia, compromiso es mayor y transitorio, puede existir confusión y/o amnesia.
b) TEC Moderado.- periodo de inconsciencia reversible de aparición inmediata después del trauma, incluye los casos de pacientes con estupor superficial puede asociarse con signos y síntomas neurológicos debido a lesiones focales.
c) TEC severo.- alteración profunda de la consciencia (coma), son lesiones difusas moderado o severa o con fallo cerebral.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
Pre ejecución.
- Valoración del nivel de conciencia utilizando la escala de Glasgow que considera la respuesta ocular, verbal y motora a órdenes verbales o estímulos dolorosos. Una valoración de 7 o menos indica una lesión craneal severa.
- Reflejo pupilar, su tamaño comparativo, respuesta a la luz.
- Reflejo corneal, su aplicación con una gasa humedecida con suero fisiológico, tocando el globo ocular, si parpadea estará presente.
- Movimientos oculares desviación de la mirada hacia el lado hemisferio afectado. Reflejos óculo vestibulares, rigidez de nuca por irritación meníngea cefalea diplopía fotofobia, otorragia, rinorragia, equimosis periorbitaria (significa fractura de base del cráneo); rigidez indica descerebración; pérdida de fuerzas en extremidades inferiores indica lesión medular dorsal y tetraplejia: sospecha de lesión medular cervical.
- Tomografía computarizada, radiografía de columna cervical y laboratorio: hemograma, gases arteriales

Post ejecución.
El manejo y el tratamiento van dirigidos a prevenir las lesiones secundarias las cuales son: hipotensión arterial, hipoxia e hipertensión intracraneana no controlada.

TEC leve.- El paciente puede estar un poco más dormido que lo usual, puede presentar cefalea y ocasionalmente vómitos sin embargo puede hablar claramente, abrir sus ojos y ser capaz de mover sus brazos y sus piernas.
El paciente debe estar en NPO**,** después de 8-12 horas de observación se le pueden ofrecer bebidas y si no vomita se le ofrecerá dieta normal y se da de alta, la mejoría está entre 12 a 24 Hrs.

TEC moderado.- Usualmente requiere hospitalización y manejo por personal especializado.
Estos pacientes presentan un periodo transitorio de inconsciencia seguido por letárgicas, tiene los ojos cerrados, están hipoactivos cefalea, se mejoran 2 – 4 semanas.
- Monitorización de los signos vitales.
- Vías aéreas permeables; aspiración de secreciones por requerimiento necesario de acuerdo con la condición del paciente por un tiempo no mayor de quince segundos por que produce estrés y esto contribuye a elevar la presión intracraneal.
- Mantenimiento de la cabeza y el cuello alineado y extendido si está demostrado que no hay lesión de columna cervical. Administración de oxigeno, manteniendo la hiperventilación al 40% para disminuir la presión intracraneana (PIC), mantenimiento de la cabecera a 30º y administrar manitol en la primeras horas c/4 hrs. segundo día c/6 hrs. y el tercer día c/8 hrs. y en el cuarto c/12 hrs. y el quinto día suspender.
- Administración de la medicación prescrita para reducir la presión intracraneal (diuréticos, corticoides, analgésicos, antipiréticos, sedantes relajantes musculares y barbitúricos producen la disminución de la PIC
- Colocación de la sonda Foley y control de diuresis horaria, esto evita la distensión vesical que puede causar elevación de la presión intracraneal. Control de líquidos ingeridos y eliminados, además se debe tomar muestra de sangre para dosificación de electrolitos.
- Luego se procederá a la terapia de segunda línea hiperventilación y craneotomía.

TEC severo.- El manejo es médico y quirúrgico.
- Control de temperatura, la hipotermia no controlada es perjudicial e incrementa demanda de oxígeno, generando vasoconstricción, el paciente es expuesto a la hipotermia por la temperatura ambiental, pérdida de sangre, recepción líquidos fríos endovenosos, todo esto puede producir efectos metabólicos cerebrales nocivos e injuria severa.
- De ser necesario se procede a la intubación endotraqueal y colocación de cánula de mayo.
- La sonda nasogástrica es una medida importante para manejar la distensión gástrica y prevenir riesgos de broncoaspiración.
- La terapia de segunda línea es la craneotomía, que es el procedimientos más rápido y de menos complicaciones para reducir la PIC. Luego del post operatorio se procederá al cuidado de la herida operatoria y drenajes, monitoreo hemodinámico, control hidroelectrolítico, proporcionando comodidad y seguridad al paciente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. TRAUMATISMO RAQUIMEDULAR (T.R.M.)	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en pacientes con traumatismo raqui-medular que es una lesión que se presenta sobre todo en varones, de los cuales el 75% son jóvenes, siendo las vértebras más afectadas la quinta, sexta y séptima cervical, la duodécima dorsal y primera lumbar

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Cama Circolectric.
- Collarete cervical.
- Dispositivo pericefálico en Halo (anillo de acero inoxidable)
- Tenacillas esqueléticas de Crutchified.
- Saquitos de arena.
- Chaleco con halo pericefálico.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

Pre ejecución.

- Evaluación neurológica que incluye estudios radiológicos laterales de la columna y tomografía computarizada, también buscar otras lesiones ya que suelen afectar cabeza y cuello.
- El manejo va depender de la gravedad de la lesión los pacientes en coma deben tener placa lateral, AP y columna cervical, de la misma forma es importante el collarete cervical, canalización venosa y oxigenación en trauma moderado o severo.
- Inmovilización, reducción y estabilización de la columna vertebral lo más pronto posible (restauración de la posición normal).
- En las fracturas cervicales se reducen y la espina cervical se alinea con sistema de tracción del esqueleto como tenacillas o calibradores o mediante el dispositivo peri cefálico en halo.
- La tracción se aplica a las tenacillas por medio de contrapesos que dependen de la talla del sujeto y grado de desplazamiento.
- Posición anatómica y se aumenta poco a poco añadiendo más contrapeso para que las vértebras vuelvan a la posición normal.
- La reducción suele ocurrir después de recuperar la alineación precisa.
- De preferencia las lesiones torácicas y lumbares se tratan con intervención quirúrgica seguida de inmovilización con una abrazadera a la medida.
-

Post ejecución.

- Control de signos vitales, características de la respiración y la fuerza con que tose, además de auscultar los pulmones, ya que la parálisis de los músculos abdominales y de la respiración debilita la tos y dificulta la eliminación de secreciones bronquiales y faríngeas, reduciéndose la ventilación del tórax. Debe evaluarse la administración de oxígeno.
- Para mejorar la movilidad se conserva la alineación corporal correcta, se coloca a nivel de los talones un cojín, también se aplicara rollos trocantéreos desde la cresta iliaca hasta la zona media del muslo, en ambas extremidades para impedir que la articulación de la cadera gire hacia fuera.
- Los cambios de posición en bloque del enfermo se realizan cada dos horas además de evitar las ulceras se impide la acumulación de sangre y líquido hístico en zonas de posición inferior
- Lavado de la piel con jabón neutro enjuagarla lo mejor posible y secarla con palmeadas suaves con la toalla, las zonas sensibles a la presión deben estar lubricados y suaves se emplea una crema o loción, se les da masajes suaves, con movimientos circulares.
- El individuo no percibe la disfunción y se retrasa la restauración de la función de dicho órgano, colocación de sonda Foley.
- El funcionamiento intestinal afectado por íleo paralítico, se requiere de sonda nasogástrica para aliviar la distensión y la respiración.
- Valoración del estado neurovascular de las extremidades c/2 hrs controlando pulso, color, temperatura, sensibilidad y movilidad.
- Luego se procederá a la segunda línea el manejo quirúrgico dentro de 72 hrs.
- Si la fractura es inestable o desplazada puede ser reducida mediante posición postural y periodo prolongado de inmovilización; en operaciones abiertas en fijación interna puede colocarse al paciente un vendaje de cuerpo para movilización.
- La cirugía está indicada en: 1) deformidades que no pueden ser reducidas mediante tracción; 2) inestabilidad de la espina cervical; 3) lesión localizada en la región torácica o lumbar; 4) caso que el estado del paciente se deteriore, el objetivo de la cirugía es reducir la fractura o dislocación de la espina o descomprimir la médula.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. CON HERNIA DE DISCO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con hernia de disco producida por la protrusión o ruptura del núcleo pulposo después de un traumatismo por caída, accidente o esfuerzos que producen tensión como alzar objetos, puede haber lesiones del cartílago.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PASOS

- El manejo en principio es de fisioterapia para luego definir tratamiento quirúrgico para eliminar la presión y aliviar el dolor.
- Las hernias intervertebrales cervicales requieren de inmovilización y poner en reposo la columna cervical por lo general dos semanas, mediante tracción cervical por arnés cefálico unida a una polea y contrapesos, luego administrar analgésicos antiinflamatorios y relajantes musculares para aliviar el dolor y proporcionar comodidades
- En las hernias de discos lumbares el paciente debe estar en posición semifowler, con flexión moderada en caderas y rodillas, para relajar los músculos de la espalda colocar una almohada debajo la pierna, administrar antiinflamatorias, sedantes, calor húmedo y masaje que relajan los músculos espásticos.

La segunda línea es el tratamiento quirúrgico:

- Valoración de la fuerza motora de las extremidades color y temperatura de las piernas sensibilidad de los dedos del pie, el paciente debe estar en posición ventral por lo menos dos días luego se realizara los cambios de posición en bloque; para cambiar de posición se debe colocar una almohada debajo de la cabeza y se eleva las rodillas (flexión moderada) cuya flexión relaja los músculos del dorso. Se aplicara tratamiento terapéutico, antibióticos analgésicos, relajante musculares, antiinflamatorios y cuidados de la herida operatoria.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. CRISIS CONVULSIVA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con crisis convulsiva, evento caracterizado por la descarga anárquica de un grupo de neuronas como consecuencia de una alteración de la función cerebral. Se trata de una emergencia ante la cual hay que actuar rápidamente debido al aumento de demanda de oxígeno y de flujo sanguíneo cerebral que supone y al elevado riesgo de lesión que la actividad mecánica provoca en el paciente, mantener la vías aéreas permeables, evitando lesiones.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

EJECUCIÓN

ANTES DE LA CRISIS CONVULSIVA

- Protección del paciente frente a todos los objetos potencialmente lesivos, cuando se encuentre en la cama, manteniendo las barandillas elevadas, la cama o silla de ruedas permanezcan con el freno, retiro de la manivela de la cama, reducción del mobiliario de la habitación al mínimo necesario, también se debe evitar los termómetros de cristal, si no es así, no usar nunca por vía oral o rectal, adherir la cánula de mayo del tamaño adecuado, en su envoltorio, al cabezal del paciente.
- Disposición del equipo de aspiración cercano al paciente y mantenimiento de una cánula de mayo a mano; cuando el paciente es de alto riesgo, hay que considerar la posibilidad de mantener una vía venosa permeable y advertir al paciente que debe avisar inmediatamente ante la aparición de un aura. Ejemplos de aura son: "sensación de malestar gástrico", "mal sabor de boca", "olores extraños", "hormigueos" o alteraciones visuales.
- Instrucción al paciente para que ante la aparición de signos premonitorios debe retirarse la dentadura u otros objetos de la boca, retirarse las gafas, tumbarse en el suelo o la cama y avisar a la persona más cercana. Además asegurar de que el paciente puede acceder sin problemas al timbre o sistema de aviso.

DURANTE LA CONVULSIÓN

- Evitado de caídas si la crisis ocurre con el paciente fuera de la cama, ayuda a colocarse en el suelo o la cama totalmente plana, retiro inmediato de gafas y prótesis dentaria si la hubiera no intentar abrir por la fuerza la boca o insertar la cánula ya que podría lesionar la mucosa bucal o provocar la rotura de piezas dentarias. Mantenimiento de la permeabilidad de la vía aérea mediante la instalación de una cánula. No utilizar objetos astillables, como depresores linguales de madera, bolígrafos, etc., tampoco introducir los dedos dentro de la boca del paciente. Administración de oxigenoterapia según necesidad ya que la actividad convulsiva, aumenta la demanda de oxigeno cerebral en un 60%.
- Mantenimiento de la cabeza en posición funcional, sujeción del paciente durante la crisis, control de sus movimientos para evitar lesiones. Colocación en decúbito lateral para evitar el riesgo de bronco aspiración. Si se observa la presencia de secreciones, vómitos, etc, aspiración de la cavidad bucal mediante cánula rígida y aspiradora.
- Protección de la cabeza durante la crisis, evitando que se golpeara colocando una toalla doblada bajo ella. Retiro de los objetos ambientales con los que el paciente pueda golpearse (manivelas, muebles, etc.)
- Desabrochado de las prendas ajustadas que eviten los movimientos, administración de la medicación anticonvulsiva prescrita.
- Es importante limitar la actividad convulsiva cuanto antes, ya que estados epilépticos prolongados pueden provocar hipoxia, shock cardiovascular y paro respiratorio. La prescripción más usual suele ser la de Diazepan 10 mg, 1 ampolla vía endovenosa directa. Observar donde se ha iniciado la actividad convulsiva y que progresión ha tenido, automatismos, movimientos oculares, y si ha habido incontinencia de esfínteres.
- Observación durante toda la crisis al lado del paciente: Tipo de convulsión, duración de la misma y características.

DESPUÉS DE LA CONVULSIÓN

- Valoración del estado neurológico mediante la escala de coma de Glasgow, es frecuente que el paciente se encuentre cansado, confuso o incluso en estado letárgico. Las pupilas: (tamaño, reactividad y simetría). La movilidad en las extremidades. Exploración del paciente en busca de parálisis o paresias.
- Observación de la cavidad bucal en busca de lesiones de mucosa oral, rotura de piezas dentales.
- Control de los signos vitales: FC, PA, R y T.
- Examen del paciente en busca de probables lesiones, así como extremidades, tórax y cuero cabelludo en busca de erosiones hematomas o heridas.
- Comprobación de la coloración de la orina, una orina colúrica tras una crisis convulsiva puede ser indicio de lesión muscular.
- Control de glucemia.
- Evitar estímulos excesivos. Cuando recupere el estado de conciencia, reorientarle y tranquilizarle, proporcionarle un entorno sin excesiva iluminación ni sonidos.
- Registro de la convulsión, cómo se ha presentado un comportamiento anómalo, aura y su estado neurológico.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN

	Nº	EVALUACIÓN	SI	NO
	1.	Se ha procurado la retirada de todos los objetos potencialmente lesivos del paciente?		
	2	Se ha instalado un equipo de aspiración?		
	3.	Se ha colocado una cánula de mayo en el cabezal de la cama?		
	4.	Tiene fácil acceso al timbre de llamada?		
	5.	Se ha informado al paciente de que debe avisar ante la presencia de auras?		
	6.	Durante la crisis, se ha procurado una vía aérea permeable?		
	7.	Se han retirado las prótesis?		
	8.	Se ha utilizado siempre material no astillable?		
	9.	Se ha administrado la medicación prescrita para detener la actividad convulsiva?		
	10.	El paciente ha permanecido acompañado durante todo el periodo convulsivo?		
	11.	Ha sido el paciente aspirado en caso necesario?		
	12.	Tras la crisis, se ha realizado una valoración neurológica y toma de constantes?		
	13.	Se han registrado todos los datos referentes a los tres periodos de la crisis?		
	14.	Se ha examinado al paciente en busca de lesiones?		
	15.	Se le ha proporcionado un entorno adecuado en el periodo postictal?		

RECOMENDACIONES

No hacer por el paciente lo que él pueda hacer por sí mismo
Hablar con el paciente de temas simples y concretos evitar las discusiones ideológicas o teóricas.
Retirar la paciente del grupo si su conducta se vuelve demasiado abigarrada, molesta o peligrosa para los demás

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. TUMORES CEREBRALES	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con tumores del sistema nervioso que son procesos de crecimiento anormal que se producen sobre la base de sus estructuras y cuya presencia comprometen el funcionamiento del mismo.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

EJECUCIÓN

ANTES DE LA CIRUGÍA

Explicación sobre tumores cerebrales a la familia y paciente. En caso de internación al hospital deberá tomarse medidas como: Estado de conciencia del paciente. La frecuencia de cefalea. Vómitos. Perdida de apetito. Cambios de humor y personalidad. Cambios de la capacidad de pensar y aprendizaje. Convulsiones y preparación pre-operatoria en caso de cirugía.

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA

El tumor cerebral se extirpa durante una cirugía, se lleva a cabo una biopsia en la que se extirpa parte del cráneo y se usa una aguja para extraer una muestra del tejido cerebral en caso de sospecha.

Cuando regresa de cirugía, generalmente llega con el diagnóstico de craneotomía y exéresis de T.U. y se debe tomar las siguientes medidas:

- Evaluación de la escala de Glasgow.
- Protección del paciente del medio que le rodea.
- Aspiración de secreciones en caso necesario.
- Control de drenaje operatorio, si la tuviera.
- Control de ingeridos y eliminados. Control de signos vitales.
- Vigilancia de la evolución del paciente.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA NERVIOSO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. HIDROCEFALIA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con hidrocefalia que es la acumulación anormal de LCR en los compartimientos del SNC provocando disturbios funcionales del mismo.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

ANTES DE LA CIRUGÍA: EN PRE-OPERATORIO:

Preparación del área quirúrgica, asegurando que no ingiera nada por la boca, cumplir valoración pre-anestésica, toma de exámenes de laboratorio, registro de signos vitales, cuidado de venoclisis y apoyo psicológico a la familia y paciente

DESPUÉS DE LA CIRUGÍA.- EN POST – OPERATORIO:

Cuidado de catéter o válvula intraventricular, control de líquidos ingeridos y eliminados. Control de funcionamiento de la válvula, cuidado de venoclisis, mantenimiento de la posición indicada e información a los familiares sobre los cuidados al paciente.

UNIDAD 7

ROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

Índice

1. ANGINA DE PECHO (ANGOR PECTORIS) 207

2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA 207

3. INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA 208

4. FIEBRE REUMÁTICA 208

5. MANEJO DE FÁRMACOS CARDIOVASCULARES EN EL SERVICIO 209

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. ANGINA DE PECHO	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con angina de pecho, situación en la que se produce flujo sanguíneo coronario insuficiente en forma transitoria, debido a una obstrucción o estenosis de las arterias coronarias.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Recepción del paciente, que debe contar con la historia clínica y exámenes complementarios.
- Asignación y traslado del paciente en silla de ruedas o camilla (según el estado del paciente).
- Control de signos vitales, la frecuencia de acuerdo al estado del paciente (mejor si se podría monitorizar, conéctense los electrodos del ECG).
- Reposo absoluto
- Posición semifowler
- Oxígenoterapia permanente para el alivio de la isquemia
- Comodidad y confort al paciente (apoyo emocional).
- Canalización de vía periférica
- Administración de medicaciones, especialmente analgésicos oportunamente. Se administran vasodilatadores (Ej.nitroglicerina) inmediatamente después del inicio del dolor, así como de forma profiláctica.
- Balance hídrico estricto.
- Ayuda al paciente en su higiene personal.

RECOMENDACIONES

Permanecer junto al paciente o permitir cuidador secundario

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA CIRCULATORIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTÉMICA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes que presentan hipertensión, que es una elevación persistente o intermitente de la tensión arterial, principalmente caracterizada por una elevación de la presión sistólica, diastólica o de ambas. Esto indica la elevación de las resistencias de las arterias periféricas durante la fase de reposo del latido cardíaco. En los adultos se considera sobre elevada cuando la tensión arterial sistólica es superior a los 140 mm de Hg y la diastólica superior a los 90 mm de Hg.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Admisión de paciente en sala.
- Control de signos vitales, peso y talla (registro en hoja gráfica y notas de enfermería). Según protocolos
- Asignación de la unidad al paciente.
- Reposo absoluto o relativo (según el estado que presenta el paciente).
- Cabecera a 45 grados de elevación.
- Comodidad y confort al paciente (apoyo emocional).
- Control de peso diario.
- Control de reducción de ingesta de sal.
- Balance hídrico estricto.
- Cuando se administran diuréticos, debe determinarse con frecuencia los niveles de potasio sérico.
- Cuando se administran agentes hipotensores por vía EV debe controlarse la tensión arterial en forma constante.
- Administración medicamentosa según indicación médica escrita, en dosis y horario controlados

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. INSUFICIENCIA CARDÍACA CONGESTIVA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en pacientes con insuficiencia cardíaca congestiva, situación patológica caracterizada por la incapacidad del corazón para satisfacer las necesidades de aporte sanguíneo a los tejidos.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Detección de agravamiento de la insuficiencia cardíaca congestiva. Deben auscultarse los pulmones al principio de cada turno para establecer la situación basal, la presencia de tos en forma súbita debe ser vigilada con frecuencia.
- Los diuréticos deben administrarse a primera hora del día, suele producir una gran pérdida de líquido en un corto período de tiempo, lo que origina debilidad y afecta al balance hidroelectrolítico.
- Ayuda en su movilización, la hipotensión es un signo de hipovolemia.
- Control de peso diario en la misma báscula, antes del desayuno tras haber orinado.
- Restricción de líquidos, que la enfermera debe controlar con la cantidad prescrita.
- Importante el control de potasio sérico, debiendo ser comunicado al médico, independientemente de la hora. Un trastorno de potasio puede dar lugar a arritmias cardíacas graves. Un nivel bajo de potasio puede dar lugar a toxicidad digitálica, si recibe digoxina.
- Control del perímetro abdominal con cinta métrica a nivel del ombligo, marcando el lugar donde se coloca la cinta con un rotulador indeleble.
- Control estricto de las perfusiones EV, pueden producir sobre carga de líquidos. Es un buen sistema el uso de un micro gotero o gotero pediátrico, esto asegura que si alguien acelera el goteo, el paciente recibirá una cantidad mínima. Con frecuencia se usan dispositivos heparinizados para el acceso EV, en lugar de las soluciones de mantenimiento.
- Administración de oxígeno ya que el cerebro es el órgano más susceptible a la hipoxia.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. FIEBRE REUMÁTICA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con fiebre reumática, enfermedad inmunitaria inflamatoria del tejido conectivo, producida en personas susceptibles por infecciones del estreptococo Beta Hemolítico del grupo A.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Prevención oportuna de las infecciones bucofaríngeas.
- Educación en salud en ambientes escolares militares, donde exista riesgo de hacinamiento.
- Cumplimiento de la profilaxis medicamentosa en caso de Infecciones de Fiebre Reumática aguda.
- El tratamiento se realizará después de diagnosticar y clasificar al paciente: el reposo es fundamental.

Reposo	**Absoluto**	**Relativo**
Sin carditis	2 semanas	2 semanas
Carditis leve	4 semanas	4 semanas
Carditis moderada	6 a 8 semanas	6 a 8 semanas
Carditis grave	3 a 6 meses	3 a 6 meses

- **Dieta:**
  Normal en pacientes sin insuficiencia cardíaca (IC)
  Hiposódica en pacientes con IC o que reciben corticoides.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. MANEJO DE FÁRMACOS CARDIOVASCULARES EN EL SERVICIO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes desde el momento de recibir las indicaciones médicas referentes a la farmacoterapia instaurada para pacientes cardiovasculares.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Revisión de indicaciones médicas en el expediente.
- Colocación de horarios de administración en la columna asignada a enfermería, en la misma hoja de indicaciones médicas, en UTI y en cardiología
- Transcripción a Kardex de Enfermería (en sala)
- Transcripción a tarjeta de tratamiento, nombre genérico del fármaco y el nombre comercial entre paréntesis (en Sala)
- Lavado de manos
- Preparación del medicamento cumpliendo normas de bioseguridad
- Preparación de la forma medicamentosa (ampolla, tableta, gotas, solución,) en la dosis indicada
- Comunicación al paciente del medicamento y la dosis que recibirá
- Indicación al paciente que comunique cualquier cambio que observe en su organismo posterior a la administración del medicamento
- Administración el medicamento por la vía indicada
- Búsqueda de signos y síntomas de efectos secundarios de los fármacos administrados
- Registro en la hoja de enfermería, la administración del fármaco, los efectos positivos y efectos negativos observados, las medidas tomadas para revertir y otros
- Comunicación de cambios adversos al médico tratante
- Participación en la reversión de efectos secundarios, si el caso lo requiere.

UNIDAD 8

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

Índice

1. NEUMONÍA 213

2. ASMA 214

3. DRENAJE POSTURAL 215

4. PERCUSIÓN 215

5. VIBRACIÓN 216

6. TÉCNICAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA VENTILACIÓN 216

7. EJERCICIOS RESPIRATORIOS PARA LA CAPACIDAD Y REHABILITACIÓN PULMONAR 217

8. NEBULIZACIÓN 218

9. DRENAJE PLEURAL O TORÁCICO EN NEONATOLOGÍA 219

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. NEUMONÍA	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con neumonía.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Control de signos vitales al usuario por turno o según requerimiento.
- Posición semifowler.
- Administración de oxigeno según necesidad e indicación médica.
- Ambiente húmedo y caliente para fluidificar secreciones
- Enseñanza al usuario que tosa en forma productiva.
- Valoración de las características de las secreciones bronquiales.
- Drenaje postural, percusión y vibración para desplazar las secreciones.
- Ingesta incrementada de líquido oral de 2 o 3 litros por día.
- Asistencia en la valoración del equilibrio hídrico.
- Observación de la presencia de cianosis
- Empleo de los analgésicos con cautela para evitar depresión del reflejo de la tos y de los impulsos.
- Administración los antibióticos recetados de inmediato y con los intervalos precisos.
- Colaboración al paciente en su higiene oral y baño.
- Animación al paciente para que descanse cuanto sea posible para conservar la energía.
- Ayuda al paciente para que mantenga una posición cómoda y cambiarlo de postura con frecuencia.
- Valoración del nivel de conciencia antes de administrar sedantes o tranquilizantes.

RECOMENDACIONES

- En caso de fiebre mayor o igual a 38º C, aplicar medios físicos y comunicar al médico
- Controlar que el paciente reciba una ingestión adecuada de líquidos observada en el consumo de cantidades apropiadas de líquidos y en la turgencia normal de la piel.
- Orientar al paciente que evite el tabaquismo, que conserve sus defensas naturales (reposo y nutrición adecuados, ejercicios apropiados)
- Orientar al paciente que evite la fatiga excesiva, los enfriamientos y la ingestión excesiva de alcohol, ya que disminuyen la resistencia a la neumonía.
- Educar al paciente y su familia, sobre la importancia de recibir las vacunas contra la influenza y antineumocócica en las fechas ordenadas
- Concienciar al usuario que acuda al médico en presencia de cualquier signo o síntoma de infección de las vías respiratorias.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. ASMA	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes que tienen una enfermedad obstructiva, reversible e intermitente de vías respiratorias que se caracteriza por la mayor sensibilidad de los bronquios a diversos estímulos.

MATERIAL E INSUMOS

- Monitor
- Equipo de signos vitales
- Oxígeno, máscara, bigotera
- Nebulizadores
- Medicamentos: Broncodilatadores

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Monitorización de signos vitales de acuerdo al estado del paciente.
- Posición Fowler o Semifowler.
- Administración de oxígeno según necesidad y orden médica.
- Vía periférica según indicación médica.
- Administración de broncodilatadores según indicación médica.
- Nebulizaciones valorando su eficacia.
- Drenajes posturales con percusión, vibración por la mañana y en la noche.
- Motivación al paciente a ingesta de líquidos.
- Enseñanza para que use respiraciones diafragmáticas y técnicas para toser.
- Utilización de la espirometría de incentivo prescrita.
- Medidas del flujo máximo espiratorio. (pico flujo c/6 horas).

RECOMENDACIONES

- Orientar al usuario que debe evitar los agentes que provocan esta afección como ser: Mascotas, humo del cigarrillo, polvo de la cama y almohadas, polvo del barrido, detergentes, jabones, ciertos alimentos, otro tipo de humo, pólenes, infecciones víricas.
- Ejercitar al usuario en el drenaje postural.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. DRENAJE POSTURAL	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para el drenaje postural, en pacientes con patología respiratoria, técnica que permite la salida por gravedad de las secreciones retenidas por los segmentos pulmonares hacia los bronquios y la tráquea, de tal forma que puedan ser expectoradas o aspiradas. Cada posición es específica para el drenaje de un segmento broncopulmonar determinado.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Colocación al usuario en cada una de las siguientes posiciones básicas, en el siguientes orden:
  - Posición sentado semiflower o parado.
  - Posición lateral derecha o izquierda y en Trendelemburg.
  - Posición supina y en Trendelemburg.
  - Posición prona y en Trendelemburg.
- Debe comprobarse que el paciente entiende bien el porqué de la técnica. El drenaje postural se realiza 3 a 4 veces al día y hay que procurar estar con el paciente durante la primera secuencia de posiciones para comprobar su tolerancia.
- Compruébese la aparición de signos de hipotensión postural e interrúmpase los ejercicios si se observa disnea, taquicardia o dolor torácico.
- Antes y después de la técnica, auscúltese el tórax para comprobar la efectividad de la misma.
- Antes, así como durante el tratamiento, deben comprobarse las constantes vitales.
- El paciente debe hallarse lo más cómodo posible en cada una de las posiciones. Los niños pueden ser cambiados de posición mientras se sostiene en brazos.
- Debe procurarse que el usuario tosa y tenga a mano pañuelos de papel o recipientes para el esputo. En los niños y lactantes es importante disponer de un equipo de aspiración

RECOMENDACIONES

- Auscultar ambos campos pulmonares antes realizar el procedimiento
- El programa y duración del drenaje varia según la tolerancia del paciente
- La frecuencia del drenaje también depende de la cantidad de secreciones bronquiales que tiene en cada segmento pulmonar, el tiempo que se debe dejar en dicha posición es de 20 minutos aproximadamente. Considerando las patologías y estado del usuario.
- Los cambios de posición pueden causar estrés fisiológico al sistema cardiovascular, especialmente en usuarios críticos. La posición trendelemburg puede disminuir el retorne venoso y dar lugar a un aumento de la presión intracraneána.
- **Nunca debe realizarse el drenaje postural después de las comidas.**

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. PERCUSIÓN	**III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes para facilitar la producción de ondas de aire que tienen efecto en el parénquima pulmonar.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Colocación al paciente ordenadamente en cada una de las posiciones básicas de drenaje postural.
- Explicación al paciente que esta técnica complementa el drenaje postural para mejorar la expectoración.
- Mantenimiento de las manos ahuecadas formando un cojín de aire entre la palma y el tórax, (esta compresión de aire brusca produce una ola de energía que se transmite a través de los tejidos de la pared torácica al parénquima pulmonar, esto es lo que afloja las secreciones).
- Mantenimiento de la mano con los dedos juntos y el pulgar pegado. Si aparece eritema por la técnica de la percusión, generalmente se debe al hecho de que las manos no están suficientemente ahuecadas, además colocar las toallas sobre el área a percutir.
- Uso de las manos alternadamente con la muñeca y el antebrazo relajado “NO” se necesita fuerza para aplicar esta técnica de percusión y aunque el sonido es fuerte no debe incomodar al usuario.

RECOMENDACIONES

- No debe golpearse el área de los senos, clavícula, omoplato o vértebras. La percusión debe realizarse sobre la región lisa del tórax.
- El tiempo de duración de la percusión es de 5 a 10 minutos en cada una de las posiciones básicas.
- La frecuencia de la percusión dependerá de la cantidad de secreciones que tenga el usuario y de acuerdo al plan de enfermería, (generalmente realiza 3 a 4 veces al día antes de los alimentos).

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. VIBRACIÓN	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes administrando vibraciones externas en la pared torácica posterior para facilitar la eliminación de secreciones.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- La técnica de vibración se realiza después de la percusión en cada una de las cuatro posiciones básicas de drenaje postural.
- Explique al usuario que es la tercera técnica de todo el programa de fisioterapia del tórax para mejorar la expectoración.
- La enfermera debe realizar esta técnica con las manos extendidas, los dedos juntos y las palmas planas, unidos entre sí y por los pulgares, en esta forma se aplica sobre la pared del tórax en el segmento a drenar, manteniendo los codos derechos empujando las manos ligeramente y vibrándolas desde los hombros.
- La enfermera debe estar pendiente de la inhalación y exhalación del paciente, utilizando esta técnica únicamente durante la exhalación del paciente, cada vez que el paciente inhale, las manos deben permanecer con los brazos relajados.

RECOMENDACIONES

- No debe realizarse percusión, ni vibración en usuarios con hemorragias, osteoporosis, metástasis óseas, empiema no drenado, lesiones en costillas y columna.
- El tiempo de vibraciones de 3 a 5 minutos en cada una de las cuatro posiciones básicas.
- La frecuencia es de acuerdo al plan de enfermería para cada uno de los usuarios y no olvidar que es parte complementaria el programa de fisioterapia de tórax.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES
CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA RESPIRATORIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. TÉCNICAS PARA MEJORAR LA EFICIENCIA DE LA VENTILACIÓN	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes basados en técnicas aplicadas en forma terapéutica, como parte del tratamiento en una enfermedad específica, o en forma profiláctica evitando la acumulación de secreciones para mantener una buena ventilación.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Cumplimiento del A, B y C de los procedimientos de enfermería.
- Explicación de la técnica a realizar.
- Instrucción al paciente para que permanezca en posición fowler.
- Disposición de la máquina de P.P.I para su funcionamiento.
- Disposición de la máquina de P.P.I (Presión positiva) y así estimular la tos.
- Instrucción al paciente para que tome una inspiración profunda con P.P.I (Presión positiva) y retenga dicha inspiración lo más posible. Se puede aplicar luego más vibraciones al tórax.

RECOMENDACIONES

- La estimulación de la tos con la técnica de la presión positiva produce un flujo de aire de alta velocidad a través de árbol pulmonar, muy efectivo para remover las secreciones
- La enfermera encuentra frecuentemente usuarios que no pueden toser efectivamente, ya sea porque se encuentran con una vía aérea artificial con debilidad muscular, con una enfermedad de la glotis. En estas circunstancias es efectivo hacer uso de las técnicas anteriores.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. EJERCICIOS RESPIRATORIOS PARA MEJORAR LA CAPACIDAD Y REHABILITACIÓN PULMONAR	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes para ayudar a aumentar la fuerza contráctil de los músculos de la pared abdominal, para que pueda elevar el diafragma y vaciar los pulmones.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Cumplimiento de los procedimientos A, B y C de enfermería.
- Explicación al paciente que debe prestar atención a las instrucciones.
- Colocación al paciente en posición supina para relajar la pared abdominal anterior, colocar una almohada debajo de la cabeza y la rodilla recogidas cómodamente.
- Colocación de la mano del paciente sobre el epigastrio, no para aplicar presión, sino para que el usuario concentre su atención en esta área.
- El ejercicio que comienza siempre exhalando suavemente con los labios fruncidos, al mismo tiempo el paciente será instruido para tirar hacia dentro la parte superior del abdomen con fuerza prolongando la exhalación lo que más pueda.
- Al final de ésta se pide al paciente que inspire lentamente por la nariz, dejando el abdomen superior inflado.

INHALACIÓN FORZADA
- Cumplimiento de los procedimientos A, B y C de enfermería.
- Explicación al paciente que debe prestar atención a las instrucciones.
- Colocación al paciente en posición supina con la cabeza baja a 20 grados y colocar pesas en forma gradual en el abdomen, conforme vaya tolerando. El peso abdominal hace la exhalación fácil para el paciente y pone toda su atención en reforzar su esfuerzo respiratorio, exhalando lentamente con los labios fruncidos contrayendo los músculos abdominales.
- Luego, el paciente inhalará lentamente por la nariz distendiendo el abdomen con esfuerzo suficiente para levantar el peso.

EXHALACIÓN FORZADA CAMINANDO
- Cumplimiento de los procedimientos A, B y C de enfermería.
- Explicación al paciente que debe prestar atención a las instrucciones.
- Esta técnica tiene como base establecer una relación entre los pasos al caminar y la respiración
- El paciente será instruido para moverse y respirar lentamente, dando tres pasos durante la exhalación y dos en la inhalación, esto ayuda a mantener un ritmo ventilatorio bueno, donde la exhalación toma mayor tiempo que la inhalación, asegurando un vaciamiento óptimo de los pulmones. Este procedimiento es útil en paciente que sufren enfermedades respiratorias crónicas.

MOVILIZACIÓN DE LAS COSTILLAS INFERIORES
- Cumplimiento de los procedimientos A, B y C de enfermería.
- Explicación al paciente que debe prestar atención a las instrucciones.
- Consiste en expandir y contraer las costillas dando la movilidad máxima al diafragma y aumentando la ventilación en las bases pulmonares.
- La enfermera debe colocar sus manos sobre el margen costal del usuario, mientras el usuario exhala con los labios recogidos, las manos de la enfermera siguen el movimiento, y antes del final de la exhalación se realiza una presión forzada.
- Cuando empieza la inhalación lentamente se quita la presión que se ejercía manteniendo ligera resistencia a la expansión.

RECOMENDACIONES

- La enfermera dependiendo de la patología aguda o crónica elegirá uno o dos de los anteriores ejercicios para evitar confusiones.
- Los ejercicios respiratorios se pueden realizar varias veces al día, según la tolerancia del usuario.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. NEBULIZACIÓN	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con problemas respiratorios mediante la nebulización o aerosol terapia, que puede ser definido como la suspensión de partículas de líquido en un volumen de gas en el aire inspirado por el paciente.

EQUIPO, MATERIAL E INSUMOS

- Nebulizador
- Medicamentos si están indicados
- Solución fisiológica CN

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Explicación al paciente sobre el procedimiento a realizar.
- Colocación al paciente en buena posición, para asegurar la máxima ventilación, de preferencia fowler.
- Conexión del nebulizador a la toma de oxígeno.
- Mantenimiento del recipiente del nebulizador con un nivel de agua adecuada, eso es ¾ partes del frasco.
- Instrucción al paciente para que respire por su boca en forma lenta y profunda, con una pausa inspiratoria.
- Verificación del buen funcionamiento de nebulizador constatando la salida de gas aerolizada.
- Solicitud para que realice una respiración profunda y de esta manera asegurar una máxima distribución y penetración de aerosol en los segmentos basales de los pulmones.
- El tiempo que de be permanecer con el nebulizador es 15 a 20 minutos y debe ser previo al programa de fisioterapia de tórax.
- Si hay indicación de medicamentos para la nebulización, agregar al recipiente donde se encuentra la solución a nebulizarse.
- Registro en la hoja de enfermería, el medicamento empleado el tiempo de duración del tratamiento y la reacción del usuario.

RECOMENDACIONES

- Para el uso de medicamentos existen específicamente los nebulizadores médicos, que tienen el recipiente pequeño, de tal manera que se hace uso hasta que concluya todo el medicamento del recipiente.
- La enfermera debe controlar continuamente el tiempo de duración de la nebulización y la tolerancia que tenga el usuario.
- Cuando se utilizan los nebulizadores graduados, los pacientes deben sostener la pieza bucal a unos 2.5 a 5 cm. de la boca abierta.
- Deben exhalar el aire a través de la nariz lo más profundamente posible y a continuación inhalar lenta y profundamente por la boca mientras aprietan el inhalador. Deben mantener la respiración durante breves segundos y a continuación sacar el aire lentamente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. DRENAJE PLEURAL O TORÁCICO EN NEONATOLOGÍA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes para evacuar aire y contenido de la pleura.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Ubicación al recién nacido en decúbito dorsal.
- Colaboración al médico en el procedimiento.
- Control signos vitales cada 10 minutos hasta finalizar el procedimiento.
- Administración de medicamentos, según prescripción medica.
- Control de los signos vitales cada 30 minutos después del drenaje.
- Instalación de sistema de drenaje de acuerdo al tipo a utilizar.
- Mantenimiento del sistema de drenaje por debajo del nivel torácico.
- Fijación de todas las conexiones de los tubos con esparadrapo.
- Observación de la oscilación del agua en la cámara de control del sistema.
- Mantenimiento de los tubos de drenaje sin acodamiento.
- Utilización de una pinza para tubo de drenaje
- No ordeñar los tubos de conexión.
- Observación de la oscilación y el burbujeo en la columna del sellado de agua con los movimientos respiratorios.
- Observación de cambios en el cuadro clínico y en la zona de drenaje.
- Registro de los cambios que pudieran ocurrir durante el turno en la historia clínica.
- Al instalar el frasco del sellado identificar el volumen del líquido con una cinta graduada.

UNIDAD 9

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

Índice

1. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS: ALTA Y BAJA 223
2. PANCREATITIS 224
3. COLITIS ULCEROSA 224
4. CIRROSIS HEPÁTICA 225
5. ESTUDIO DE ESÓFAGOGRAFIA 225
6. SERIE ESÓFAGO GASTRODUODENAL (S. E.G.D.) 226
7. TRÁNSITO INTESTINAL A DOBLE CONTRASTE DE INTESTINO DELGADO (T.I.) 226
8. COLON BARITADO O DOBLE CONTRASTE DE INTESTINO GRUESO (COLON POR ENEMA) 227
9. ENDOSCOPÍA ESÓFAGO GASTRO DUODENAL E.E.G.D. 228
10. PREPARACIÓN Y MEDICACIÓN DEL PACIENTE (EED) 228
11. ACCIONES DURANTE Y DESPUÉS DEL PROCESO DE ENDOSCOPÍA 229
12. ENDOSCOPÍA BAJA – RECTOSIGMOIDOSCOPÍA (R.S.C.) FLEXIBLES Y RÍGIDOS 230
13. EXAMEN DE COLONOSCOPÍA 231
14. ENDOSCOPÍA TERAPÉUTICA E.R.C.P. 232
15. COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETO HEPÁTICA (P.T.C.) 234
16. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA 234
17. DRENAJE BILIAR DESCOMPRESIVO PERCUTÁNEO (P.T.C.D.) 235
18. PH METRÍA ESOFÁGICA 235
19. MANOMETRÍA ANO RECTAL 236
20. MANOMETRÍA ESOFÁGICA 236

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. HEMORRAGIAS DIGESTIVAS: ALTA Y BAJA	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con hemorragia digestiva alta o baja, que es la pérdida de sangre que se produce en el segmento del tubo digestivo desde el esfínter esofágico superior hasta el recto.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PRIMERA FASE:

- Admisión del paciente.
- Valoración oportuna del paciente.
- Canalización de una vía venosa periférica.
- Posición Trendelemburg de acuerdo al estado del paciente.
- Control de signos vitales con frecuencia de acuerdo al estado del paciente.
- Oxígenoterapia.
- Control de estado de conciencia.
- Reposición de volemia administrando soluciones coloides, cristaloides, expansores plasmáticos y sangre, según indicación médica.
- Apoyo emocional.

SEGUNDA FASE:

- Valoración por U.T.I.
- Instalación catéter central.
- Conexión de vía para PVC.
- Instalación de sonda vesical para el control de diuresis horaria.
- Detección de signos de pre-choque
- Control de líquidos administrados y eliminados estricto.
- Control de deposiciones, reportar frecuencia y características.
- Colocación de SNG, para valorar característica del sangrado (opcional).
- Continuación del tratamiento bajo prescripción médica.
- Mantenimiento del NPO, hasta estabilización del paciente.
- Viabilización de exámenes complementarios.
- Valoración de la perfusión periférica
- Prevención de hipotermia.

RECOMENDACIONES

- En caso de fiebre mayor o igual a 38º C, aplicar medios físicos y comunicar al médico
- Controlar que el paciente reciba una ingestión adecuada de líquidos observada en el consumo de cantidades apropiadas de líquidos y en la turgencia normal de la piel.
- Orientar al paciente que evite el tabaquismo, que conserve sus defensas naturales (reposo y nutrición adecuados, ejercicios apropiados)
- Orientar al paciente que evite la fatiga excesiva, los enfriamientos y la ingestión excesiva de alcohol, ya que disminuyen la resistencia a la neumonía.
- Educar al paciente y su familia, sobre la importancia de recibir las vacunas contra la influenza y antineumocócica en las fechas ordenadas
- Concienciar al usuario que acuda al médico en presencia de cualquier signo o síntoma de infección de las vías respiratorias.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. PANCREATITIS	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con pancreatitis, que es un proceso de autodigestión enzimática que produce inflamación y necrosis del páncreas, sus efectos comprometen órganos distantes pudiendo ocasionar falla multiorgánica

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PRIMERA FASE:

- Admisión del paciente.
- Valoración del estado general del paciente.
- Mantenimiento del NPO durante el dolor e íleo.
- Indicación de reposo absoluto.
- Canalización de una vía periférica, para corregir desequilibrio hidroelectrolítico.
- Control estricto de líquidos administrados y eliminados.
- Administración de analgésicos, derivados opiáceos (meperidina), bajo prescripción médica.
- Registro estricto de signos vitales.
- Apoyo emocional al paciente y familia.
- Preparación del paciente para exámenes complementarios (ecografía, endoscopía diagnóstica y terapéutica).
- Instalación de sonda nasogástrica (si persisten náuseas y vómitos).

SEGUNDA FASE: Pancreatitis Aguda Grave:

- Debe ser tratado en U.T.I. y atendido por el equipo multidisciplinario.
- Monitoreo estricto de las constantes vitales.
- Control del soporte nutricional parenteral.
- Cumplimiento del tratamiento médico de acuerdo al factor etiológico.
- Control de diuresis horaria por sonda.
- Cumplimiento de la profilaxis de infección de la necrosis pancreática.

RECOMENDACIONES

Es necesaria la evaluación permanente y la aplicación de medidas oportunas y adecuadas para el manejo en las diferentes fases.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. COLITIS ULCEROSA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en pacientes con colitis ulcerosa, inflamación de la mucosa del colon de probable naturaleza inmunológica, se caracteriza por presentar fiebre, dolor abdominal, tenesmo, expulsión dolorosa de heces con sangre, moco, pus y frecuentemente deposiciones diarreicas. Las exacerbaciones de la colitis están relacionadas con el estrés nervioso, transgresiones alimenticias y uso de catárticos o antibióticos.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Admisión del paciente.
- Valoración al paciente.
- Reposo relativo.
- Canalización de vía venosa periférica.
- Control de signos de Godett.
- Balance hidroelectrolítico.
- Administración de soluciones bajo prescripción médica.
- Termograma (en caso de fiebre aplicar medios físicos o antipiréticos).
- Aplicación de lubricante.
- Administración de analgésicos bajo prescripción médica.
- Administración de inmunosupresores si están prescritos.
- Cumplimiento con el resto del tratamiento médico.
- Control estricto de deposiciones (registrar características y frecuencia).
- Vigilancia de la tolerancia oral.
- Profilaxis para evitar complicaciones pulmonares.
- Control estricto de diuresis.

RECOMENDACIONES

- Es necesario la evaluación permanente y la adopción de medidas oportunas y adecuadas para el manejo de los pacientes.
- Información y orientación a los familiares sobre el régimen dietético a seguir en el domicilio y su posterior control en consulta externa.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. CIRROSIS HEPÁTICA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con cirrosis, enfermedad crónica del hígado caracterizada por su atrofia y degeneración, el órgano muestra un aspecto granulado amarillento por presencia de nódulos de regeneración separados entre sí por tejido fibroso, la coloración amarillenta se debe a la acción de pigmentos biliares.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Control de signos vitales con frecuencia establecida.
- Control de reposo en semifowler.
- Movilización asistida para prevenir UPP.
- Protección física (colocar barandales).
- Control de peso diario.
- Control de perímetro abdominal.
- Control de I/E (ingeridos/eliminados).
- Control de balance hidroelectrolítico.
- Control de estado de conciencia.
- Control de náuseas y vómitos.
- Canalización de vía periférica, en pacientes críticos (vía central).
- Control de sonda nasoyeyunal (verificar permeabilidad).
- Instalación de sonda Foley (en caso de insuficiencia renal).
- Administración de enemas de limpieza intestinal (según prescripción médica).
- Control del dolor.
- Conservación de medidas de higiene personal.
- Administración de oxígeno en caso de disnea.
- Apoyo emocional al paciente y familia.
- Control de signos de sangrado.

RECOMENDACIONES

Es importante observar signos de desnutrición.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. ESTUDIO DE ESOFAGOGRAFÍA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza esofagografía, examen complementario para investigar y observar los movimientos fisiológicos del diafragma, la deglución, el peristaltismo y el reflujo gastroesofágico. Indicado en problemas de disfagia y odinofagia fundamentalmente.

MATERIAL E INSUMOS

- Contraste radio-opaco baritado en un vaso (la cantidad varía de acuerdo a requerimiento)
- No precisa de otra medicación.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:
- Explicación al paciente sobre el procedimiento
- Suspensión de cena el día anterior.
- En ayunas el día del examen
- Disponibilidad de una bata al paciente
- El paciente no precisa medicación para este procedimiento.

DURANTE EL ESTUDIO
- Administración del bario (contraste) por vía oral sorbo a sorbo
- Será valorado por fluoroscopía para ver si el contraste hizo efecto y si se pueden tomar las placas
- Una vez que el contraste muestre con buena resolución la imagen de la porción anatómica que se quiera obtener se da lugar a la toma de placas.
- Durante la toma de placas se pedirá al paciente que no se mueva y contenga el aire por unos segundos hasta que se logre obtener las placas radiográficas deseadas.

DESPUÉS DEL ESTUDIO
- Ayuda al paciente para vestirse.
- Si el paciente se encuentra internado, solicitar a la jefe de piso la administración de líquidos abundantes por vía oral
- En caso de que el paciente fuese ambulatorio indicar al mismo que ingiera bastante liquido durante las 24 horas

RECOMENDACIONES

- El bario concentrado puede producir estreñimiento y constipación en el paciente, llegando a calcificarse

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. SERIE ESÓFAGO GASTRODUODENAL (S. E. G. D.)	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza una serie esófago gastroduodenal, examen radiológico de esófago, estómago y parte inicial de intestino delgado con material de contraste (por lo general sulfato de bario). Este estudio se realiza en casos de sospecha clínica de ulcera péptica, de cáncer gástrico ó síndrome de retención gástrica.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Explicación al paciente del procedimiento.
- Suspensión de la cena el día anterior.
- En ayunas el día del procedimiento o estudio.
- Disposición de una bata al paciente recomendándole el retiro de todo objeto de metal.

DURANTE EL ESTUDIO:

a. Se administra buscapina IM
b. Se administra por vía oral Sulfato de bario al 50% 40 cc. (bariodip).
c. La técnica específica varía en cada paciente, según el problema clínico y los hallazgos radiológicos.

DESPUÉS DEL ESTUDIO:

- Concluido el examen se da al paciente 2 grageas de dulcolax v.o. con el objeto de evitar constipación provocada por la ingesta de baric.
- Recomendación de la ingesta de bastante líquido las 24 hrs. siguientes al examen.
- Si el paciente está hospitalizado deberá recibir orientación general sobre el tipo de estudio al que será sometido.
- Se deberá valorar eliminación intestinal.

RECOMENDACIONES

- La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. TRÁNSITO INTESTINAL A DOBLE CONTRASTE DE INTESTINO DELGADO (T.I.)	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza un estudio de tránsito intestinal a doble contraste de intestino delgado como examen complementario de diagnóstico.

MATERIAL E INSUMOS

• Sonda duodenal radiopaca con su guía.	• Xilocaina jalea para lubricar la sonda	• Bario al 50% 400 ml.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Ayuno de por lo menos 8 horas al examen.
- Se le proporciona una bata.
- Orientación al paciente sobre la importancia de su colaboración

DURANTE EL ESTUDIO:

- Se introduce la sonda duodenal radiopaca lubricada con xilocaina jalea por vía nasal, hasta alcanzar la cavidad gástrica.
- Bajo control fluoroscópico se introduce el alambre guía, esto para franquear el piloto y colocar el extremo distal de la sonda lo más cerca posible del ángulo de Treitz.
- Una vez que la sonda ha alcanzado la posición adecuada, se retira el alambre guía y se procede a introducir el bario esperando hasta que el mismo llegue al ileo terminal, midiéndose el tiempo de tránsito intestinal.
- Se toman placas de las diferentes porciones del intestino delgado.
- La técnica puede sufrir modificaciones de acuerdo a criterios del médico para cada caso en particular.
- A veces es difícil realizar esta técnica, entonces se procede como una serie esófago gastroduodenal y se espera que el contraste avance en todo el intestino delgado.

DESPUÉS DEL ESTUDIO:

- Se da al paciente 2 grageas de dulcolax v.o. una vez concluido el procedimiento.
- Recomendación de la ingesta de bastante líquido por 24 horas.
- Valoración de la eliminación intestinal
- Orientación sobre la importancia de la no ingesta de alimentos hasta la conclusión del estudio, ya que el paciente retorna a su unidad.

RECOMENDACIONES

- La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. COLON BARITADO O DOBLE CONTRASTE DE INTESTINO GRUESO (COLON POR ENEMA)	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza un estudio de colon baritado o doble contraste de intestino grueso, más conocido por colon por enema, está indicado en diarrea crónica, sospecha de cáncer de colon, de megacolon o de divertículos del colon.

MATERIAL E INSUMOS

- Barigraf equipo desechable para colon por enema.
- Cubeta con lubricante papel higiénico.
- Insuflador, pinzas kocher
- Guantes.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Preparación del paciente 3 días antes del estudio:

Primer Día - Dieta normal:
Hrs. 19:00 (7 de la noche) - Dulcolax, 2 grageas VO
Hrs. 20:00 (8 de la noche) - Enema 1 frasco ó enema de sal salina-(1 litro, agua tibia + 2 cucharada de sal).

Segundo día - Dieta líquida en base a té con galletas de agua.
Hrs. 12:00 (medio día) sopa de pollo con arroz , se recomienda la ingesta de 2 litros de líquido.
Desde hrs. 14:00 (2 de la tarde) tomar Manitol 100cc. cada hora hasta terminar el fresco.
Hrs. 19:00 (7 de la noche) tomar agiolax, 1 sobre.

Tercer Día - Dieta líquida:
Hrs. 10:00 (10 de la mañana, tomar sulfato de magnesia, 1 sobre (cuando la impresión diagnostica de megacolon).
Hrs. 19:00 (7 de la noche), tomar dulcolax, 2 grageas V.O.
Hrs. 20:00 (8 de la noche), enema vita, 1 frasco o enema de sal salina.

ANTES DEL ESTUDIO

- 72 horas y 48 horas antes al estudio, enema evacuante de solución salina 1 y 1/2 litro o enema vita 1 frasco.
- 24 horas antes, dieta líquida en base a te con galletas de agua, sopa y bastante liquido v. o.

DÍA DEL ESTUDIO

- El día del examen en ayunas.
- Si el paciente que va ser sometido a este examen cursa diarrea se debe suprimir o disminuir los laxantes y enemas.
- Si el paciente presenta un cuadro de estreñimiento crónico el médico tratante indica la ingesta de manitol 48 horas antes al estudio en dosis de 100 cc cada hora desde las 14 horas a veces en cantidad de 300 ó 500 cc.
- 24 horas antes dieta líquida y enema evacuante de 1.5 L de solución salina o 1 frasco de enema vita. A veces se administra laxantes.
- Previo a la realización del procedimiento se realiza valoración a través de un examen fluoroscópico de la adecuada limpieza intestinal.

PREMEDICACIÓN:

- Buscapina simple 2 ampollas I.M. 10 minutos antes del examen con el propósito de disminuir el peristaltismo intestinal.
- Si el diagnóstico clínico presuntivo es el de colon espástico, la inyección de Buscapina simple debe ser postergado hasta el minuto en que se ha terminado la introducción del bario en el colon.

DURANTE EL ESTUDIO

- Con la mesa en posición horizontal y el paciente de decúbito lateral izquierdo se coloca la sonda rectal debidamente lubricada, fijándola con tela adhesiva al glúteo del paciente.
- Se conecta la sonda a la del irrigador, que contiene el medio de contraste (bariodip) en cantidad de 200 a 300 cc. y a temperatura media, previo pinzado de ambas sondas rectales y el de irrigador.
- Indicándose la etapa radiológica donde bajo control fluoroscópica se controla la llegada del bario hasta la porción media del colon transverso, para en ese momento cambiar la sonda de bario por la de insuflación introduciendo aire lentamente hasta que el mismo, llegue al ciego e ilion terminal.
- La toma de placas se realiza de acuerdo a criterio médico.
- Al concluir la toma de placas se retira la sonda rectal y se indica al paciente que vaya al baño para eliminar el contraste.

DESPUÉS DEL ESTUDIO

- Recomendación de la ingesta de bastante líquido por 24 horas posteriores al estudio.
- Orientación que debe continuar con su dieta habitual
- Valoración de eliminación intestinal.

RECOMENDACIONES

- El manitol es un diurético osmótico, se absorbe mal en el tubo digestivo y no sufre alteraciones metabólicas.
- El efecto laxante es la excreción de una masa fecal blanda pero con forma.
- El efecto catártico implica una evacuación más fluida.
- Catárticos y laxantes son medicamentos que promueven la defecación.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. ENDOSCOPÍA ESÓFAGO GASTRO DUODENAL E.E.G.D.	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza un estudio de endoscopía esófagogastroduodenal-EEGD- que permite observar directamente la parte alta del aparato digestivo esófago, estómago y duodeno, para confirmar datos radiológicos, localizar y extraer cuerpos extraños, evaluar complicaciones después de intervenciones quirúrgica gástricas y duodenales, obtener muestras de biopsias y cepillados para examen citológico. Entre sus indicaciones están el diagnostico de patologías de esófago, estómago y duodeno, tales como: ulceras, gastritis, cáncer, etc., la visualización de la etiología en una hemorragia digestiva alta y la toma de muestras para biopsias.

MATERIAL E INSUMOS

- Recabar material de suministros: bañadores estériles, tambores de gasas, guantes estériles, frascos para biopsias.
- Recabar ropa de trabajo de lavandería: batas para personal, batas de paciente, gorras y barbijos.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Recepción del paciente y explicación del procedimiento.
- Disponibilidad de bata para el paciente.
- Preparación de la camilla con una sabanilla inferior, además de un cubrecama
- Colocación de una bandeja en la cabecera del paciente.
- Colocación de dos bañadores: uno con agua pura y otro con solución desinfectante
- Encendido de las máquinas verificando funcionamiento de: pantallas, computadora, aspiración, luz
- Elección del endoscopio a utilizar (gastroscopio) y conectarlo a la máquina, verificando permeabilidad de aspiración, fuente de luz.
- Colocación de una bandeja con gasas cuatro por cuatro, boquillas para paciente, bolsas nylon de 5 x 5, jeringas de 20cc cargadas con agua en una jarra para lavados.
- En un mesón aparte preparar frascos de biopsia con formol, mondadientes, y cintas para recolección de muestra para biopsia.

RECOMENDACIONES

- La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. PREPARACIÓN Y MEDICACIÓN DEL PACIENTE (EED)	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes que requieren preparación y medicación para un examen endoscópico.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Conocimiento de la historia clínica del paciente: datos personales y diagnóstico
- Cumplimiento de los pasos a, b y c.
- Es importante que el paciente se familiarice con el ambiente de trabajo antes de realizar el estudio, para que pierda el miedo.
- Explicación al paciente del procedimiento, la forma en que deberá colaborar, las reacciones que podría tener y cómo poder controlarlas, la medicación que se le dará y el porqué de ella.
- El paciente debe estar en ayunas
- Administración de una ampolla de antiespasmódico para relajar la musculatura gástrica por vía intramuscular 15 min. antes del examen
- Administración de 20 ml de antiflatulento por VO 15 min. antes del examen
- Colocación de la bata al paciente, quitando solo las prenda de vestir gruesa, recoger la cabellera (si la tuviera) y colocar una gorra desechable.
- Retiro de prótesis dentales si la tuviese.
- Administración de xilocaína en región faríngea con atomizador indicándole que degluta para adormecer la región.
- Acomodación del paciente en la camilla en posición decúbito lateral izquierdo, con el hombro ligeramente hacia atrás, el brazo derecho flexionado a la altura del abdomen, miembros inferiores ligeramente flexionados.
- Cobertura con el cubrecama al paciente.
- Colocación de la boquilla a la boca sujetándola por alrededor de la cabeza e indicándole al paciente que debe presionar con los dientes durante el estudio y que deberá caer la saliva hacia la bandeja.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. ACCIONES DURANTE Y DESPUÉS DEL PROCESO DE ENDOSCOPIA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza estudios de endoscopía y se basan esencialmente en el apoyo al médico durante el estudio, también se refieren a cuidados y orientación de la enfermera hacia el paciente después del estudio, para que éste vuelva a un patrón fisiológico normal.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Colocación en la cabecera del paciente y guiar al médico para que introduzca el endoscopio por la boquilla
- Con una gasa sostener el endoscopio a la altura de la boquilla evitando que no se salga con el esfuerzo que realiza el paciente.
- Pendiente de la distancia en la que se encuentra el endoscopio, en caso que el médico pregunte.
- Instrucciones al paciente de que respire y evite la regurgitación.
- Control de la respiración del paciente y valoración de presencia de cianosis.
- Limpieza con una gasa limpia los ojos del paciente si hubiera lágrimas.
- En caso de que se realice lavado, alcanzar al médico las jeringas con agua.

Una vez concluido el estudio:
- Llevado del paciente a la sala de recuperación
- Control de la respiración, buscar signos de cianosis distal, expansión torácica
- Valoración de la deglución, buscar signos de disfagia, sangrado, expectoración, estado nauseoso.
- Información al paciente sobre las molestias que podrá sentir, además de la dieta que podrá consumir, el día que volverá, y el procedimiento que seguirá para recoger resultados de patología
- Si el paciente es de consulta externa seguir el mismo procedimiento y despedirlo en la puerta.

RECOMENDACIONES

- El manitol es un diurético osmótico, se absorbe mal en el tubo digestivo y no sufre alteraciones metabólicas.
- El efecto laxante es la excreción de una masa fecal blanda pero con forma.
- El efecto catártico implica una evacuación más fluida.
- Catárticos y laxantes son medicamentos que promueven la defecación.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. ENDOSCOPÍA BAJA – RECTOSIGMOIDOSCOPÍA (R.S.C.) FLEXIBLE Y RÍGIDA	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a quienes se realizan endoscopia baja –rectosigmoidospía (r.s.c.) flexibles y rígidas , estudio que permite observar el extremo distal de colon, recto y conducto anal, está indicado en casos de torsión vólvulo del sigmoide, ante sospecha de cáncer de colon e investigar rectorragias (hematoquesia), diarreas crónicas o agudas (en algunos casos)

MATERIAL E INSUMOS

- Rectosigmoidoscopio rígido o flexible de acuerdo a indicaciones médicas. Generalmente el rígido se usa en caso de vólvulo y se prefiere el flexible para el resto de las patologías
- Fuente de luz
- Equipo de aspiración
- Pinza de biopsia
- Cubeta con xilocaína, jalea
- Gasas dobladas, papel higiénico doblado.
- Guantes quirúrgicos
- Guantes domésticos para la auxiliar de enfermería
- Sonda rectal larga en caso de distorsión de vólvulo

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Explicación al paciente del procedimiento
- Suspensión de cena el día anterior.
- En ayunas el día del examen
- Disposición de una bata al paciente

DIA ANTES DEL EXAMEN:

- Hrs. 08:00 Té con galletas
- Hrs. 11:00 Beber un vaso de agua con 1 sobre de sulfato de magnesia 30 grs + 3 vasos de agua
- Hrs. 13:00 Sopa de fideos de cabello de ángel, refresco de orejon, te con galletas, gelatina.
- Hrs. 18:00 Té con galletas.
- Hrs. 19:00 Dos vasos de agua o refresco de orejón.
- Hrs. 21.00 Tomar 2 grageas de DULCOLAX.
- Hrs. 23:00 Beber 2 vasos de agua
- Noche antes, colocarse una enema de agua (1 litro)

DIA DEL EXAMEN:

- Hrs. 07:00 Colocarse ENEMA
- En ayunas
- Presentacion en el centro hospitalario a Hrs. 10:00 en ventanilla de programación, trayendo lo siguiente:
  - 1 ampolla de buscapina compuesta o vitaespasmo
  - 1 ampolla de diazepan 10 mg. (Valium ó forum)
  - 1 jeringa de 5 cc.

DURANTE EL ESTUDIO

- El paciente debe ser colocado en la mesa en decúbito lateral izquierdo.
- El médico realiza el procedimiento con maniobras habituales.
- En caso de distorsión de vólvulo la técnica habitual es el de introducir el rectosigmoidoscopio lubricado en el recto, una vez realizada la maniobra se retira la vaina, y se introduce la sonda rectal larga, teniéndose ya conectada la bolsa en el extremo distal, se fija la sonda en el glúteo del paciente.

DESPUÉS DEL ESTUDIO

- Observación de las características de las deposiciones
- Enemas evacuantes después de 3 ó 4 hrs. de la distorsión
- Retiro de la sonda rectal
- Valoración del dolor y distensión abdominal

RECOMENDACIONES

- Si el paciente tiene diarrea no debe tomar el sobre de sulfato de magnesia.
- En algunos casos de rectorragias aguda se administra una solución de Glyss-go 1 frasco VR preVÍAS horas al estudio.
- El paciente puede tomar una taza de té azucarado el día del estudio. Proporcionar una bata al paciente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. EXAMEN DE COLONOSCOPÍA	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza un estudio de colonoscopía, técnica más compleja que la anterior pero que posee más ventajas, ya que permite localizar una hemorragia y suele dar un diagnóstico específico de la lesión causante de la misma. Está indicado en casos de hemorragias digestivas baja, sospecha clínica o diagnóstico radiológico previo de cáncer de colon, diagnóstico y seguimiento de la enfermedad inflamatoria intestinal, sospecha clínica o diagnóstico radiológico previo de pólipos intestinales.

MATERIAL E INSUMOS

- Colonoscopío T 10 que consta de un canal de biopsia y un canal de aspiración
- Rectificador
- Fuente de luz.
- Aspiración pinza de biopsia
- Bandeja conteniendo.
- cubeta con xilocaina jalea,
- Gasa doblada
- Papel higiénico doblado.
- Lazo coagulador diatérmico en caso de polipectomía.
- Unidad electro quirúrgica.
- Placa metálica o negativo con una compresa húmeda.
- Guantes quirúrgicos
- Mandil protector para el médico.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- La misma que para el colon por enema, si la colonoscopía es programada con anticipación.
- Con manitol al 20% 100 ml. v.o. cada hora por tres a cuatro dosis hasta que se obtiene deposiciones líquidas y claras, esto en caso de urgencia.
- En caso de programarse una polipectomía intestinal, el paciente debe contar con análisis actuales tiempo de protrombina, tiempo de coagulación y recuento de plaquetas.
- Disposición de una una bata al paciente.

PRE-MEDICACIÓN Y SEDACIÓN:

- Nidazolam 2 mg. IV stat, luego PRN.
- Buscapina simple 1 ó 2 ampollas E.v. de acuerdo a indicaciones médicas durante el estudio (operativo).
- El propósito es evitar espasmos intestinales.

DURANTE EL EXAMEN

- El médico toma el colonoscopio lubricado con el rectificador insertado y antes de introducirlo realiza aun tacto rectal, y va introduciendo lentamente por el recto hasta llegar a nivel de curvatura esplénica, entonces introducir el rectificador para alisar las flexuras del intestino, esto para progresar el instrumento al recto de colon.
- De acuerdo a hallazgos el médico solicitará pinzas de biopsia o lazo de coagulador
- Las muestras obtenidas son enviadas a patología para el examen histopatológico con la respectiva solicitud escrita e identificación.
- Concluido el procedimiento se deja descansar al paciente valorando su estado de conciencia antes que abandone la sección
- Si el paciente es internado se debe trasladar al paciente hasta su unidad.

DESPUÉS DEL EXAMEN

- Reposo hasta que el paciente este totalmente despierto
- Control de rectorragias.

LIMPIEZA DEL MATERIAL

- Se realiza aspirando continuamente solución desinfectante y realizando en forma continua y externamente con movimientos rotatorios de arriba hacia abajo secar para otro uso tratando al área de limpieza y desinfección.

RECOMENDACIONES

- La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
14. ENDOSCOPIA TERAPÉUTICA E.R.C.P.	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza un estudio de endoscopía de colangio pancreatografía retrógrada- ERCP (por sus siglas en inglés) para tratar y diagnosticar problemas en el hígado, vesícula biliar, ductos biliares y en el páncreas. La ERCP utiliza una combinación de endoscopia (uso de cámara flexible de fibra óptica para observar el interior de sus sistema digestivo) y de rayos X.

MATERIAL E INSUMOS

- Pinzas de Biopsia Fenestrada – Ovalada
- Pinzas de Cuerpo Extraño - Mordaza de Cocodrilo
- Set de Gastrostomia tipo PEG y PULL.
- Tubos de Alimentación Enterales.
- Tubos Nasointestinales via Endoscopica.
- Tubos de Alimentación via Yeyunostomia.
- Bombas de Alimentacion Enteral.
- Bolsas de Alimentación
- Papilotomos Standard de Doble Lumen.
- Catéteres ERCP.
- Prótesis biliares tipo Amsterdam y Standard.
- Drenajes Naso-Biliares.
- Balones dilatadores.
- Catéteres dilatadores.
- Balones extractores de Cálculos.
- Extractores de cálculos tipo Canastilla.
- Pinzas de Biopsia.
- Pinzas de Agarre y Cuerpo Extraño.
- Inyectores de Várices.
- Asas de Polipectomía, Reusables y Descartables Cepillos de Citología.
- Cepillos de Limpieza.
- Alambre Guía Teflonizado, Siliconado.
- Preparar la camilla con una sabanilla inferior, además de un cubrecama
- Dos bañadores: uno con agua pura y otro con solución desinfectante
- Máquinas encendidas verificando funcionamiento de: pantallas, computadora, aspiración, luz
- Ropa adecuada para trabajar: bata, gorra, barbijo y guantes
- Elección del endoscopio utilizar (duodenodcopio) y conectarlo a la maquina, verificando permeabilidad de aspiración, fuente de luz.
- Bandeja con gasas cuatro por cuatro, boquillas para paciente, bolsas nylon de 5 x 5 , jeringas de 20cc cargadas con agua en una jarra para lavados.
- Mesa mayo con accesorios a usar: papilótomo, canastilla y guiador.
- Permeabilización del catéter con una jeringa de urografina al 20% y dejar listo para alcanzar al medico

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas

PREPARACIÓN DE MATERIAL Y AMBIENTE

- Verificación del material de suministros: bañadores estériles, tambores de gasas, guantes, campos estériles
- Verificación de ropa de trabajo de lavandería: batas para personal, batas de paciente, gorras y barbijos.
- Acomodación del material de acuerdo al requerimiento, dejar la ropa del médico a un lado para que sea de fácil accesibilidad para el mismo, así también la ropa del paciente
- Verificación de las órdenes para saber cuántos pacientes, qué tipo de estudios se realizarán y el registro de los mismos, además de consentimiento firmado del paciente y familiar.

PREPARACIÓN Y MEDICACIÓN DEL PACIENTE

- Conocimiento de la historia clínica del paciente: datos personales y diagnóstico
- Saludo y presentación al paciente dándole la confianza y seguridad que necesita, es importante que el paciente se familiarice con el ambiente de trabajo antes de realizar el estudio para que pierda el miedo.
- Explicación al paciente del procedimiento, la forma en que deberá colaborar, las reacciones que podría tener y cómo poder controlarlas, la medicación que se le dará y el porqué de ella.
- Indicación al paciente que no coma por 8-12 horas antes del procedimiento.
- Canalización de una vía periférica preferentemente en brazo izquierdo
- Si el paciente tiene diabetes, discuta sus medicamentos con su médico.
- Si está bajo medicamentos adelgazadores de la sangre, coméntelos con su médico.
- Disponibilidad de la camilla
- Si es paciente es de consulta externa, conseguir transporte después del procedimiento (el usuario no deberá manejar por 24 horas después del procedimiento).

• Información al médico si ha tenido reacciones alérgicas preVÍAS a los materiales de contraste
• Administración de una ampolla de vita espasmo para relajar la musculatura gástrica por vía intramuscular 15 min. antes del examen
• Administración de 20 ml de antiflatulento por VO 15 min. antes del examen
• Colocación de la bata al paciente, quitando solo las prendas de vestir, recoger la cabellera (si la tuviera) y colocar una gorra desechable.
• Retiro de prótesis dentales si la tuviese
• Acomodación al paciente en la camilla en posición decúbito prono, miembros inferiores ligeramente flexionados.
• Cobertura con el cubrecama al paciente.
• Colocación de la boquilla a la boca sujetándola por el rededor de la cabeza e indicándole al paciente que debe presionar con los dientes durante el estudio y que deberá caer la saliva hacia la bandeja.

ANESTESIA

• Se administrará xilocaina a región faríngea.
• Se administrará diazepan por vía EV.
• Disposición oxigeno por si se requiera
• Si el médico cree que su ERCP tomará más tiempo, puede recomendarle anestesia general para su procedimiento.

DURANTE LA ENDOSCOPÍA

• La enfermera estará presente para control de signos vitales
• El médico colocará un endoscopio (una cámara flexible de fibra óptica) dentro de su boca y lentamente lo pasará a través de la garganta y hacia su esófago, estómago y/o intestino delgado.
• A medida que el médico inserte el endoscopio, se observará las imágenes en un monitor de video.

PASOS DESPUÉS DEL PROCEDIMIENTO

• Observación al paciente en área de recuperación por lo menos una hora después de su procedimiento y antes de ser enviado a casa, o trasladado a sala
• Administración de oxigeno por mascarilla a 3 lt./min, valorando su estado de conciencia
• Administración de analgésico en caso de dolor
• Mantenimiento en reposo absoluto.
• Búsqueda de signos de posibles complicaciones

CONTROL DE POSIBLES COMPLICACIONES

• Perforación (punción del esófago, estómago, intestino delgado o de los ductos biliares)
• Pancreatitis (inflamación del páncreas)
• Infección
• Sangrado
• Muerte (rara vez)

ORIENTAR AL PACIENTE EN CUANTO A

• No conduzca por lo menos en 24 horas.
• Descanse el resto del día.
• Reanude su dieta normal, siempre que el médico no indique lo contrario.
• Reanude sus medicamentos, bajo indicación médica.

RECOMENDACIONES

LLAME AL MÉDICO AL OBSERVAR CUALQUIER SÍNTOMA

• Náusea
• Dolor abdominal severo
• Fiebre
• Vomita sangre
• Elimina heces fecales negras y como alquitrán

FACTORES DE RIESGO PARA COMPLICACIONES DURANTE EL PROCEDIMIENTO

• Hemograma con parámetros anormales
• Edad hasta 13 años
• Sexo femenino
• Historia de ERCP relacionada a la pancreatitis
• Disfunción en el esfínter de Oddi
• Embarazo
• Problemas pulmonares o cardíacos

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
15. COLANGIOGRAFÍA TRANSPARIETO HEPÁTICA (P.T.C.)	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza una colangiografía transparietohepática, mediante la inyección directa del agente de contraste en las vías biliares en caso de ictericia obstructiva, se lleva a cabo introduciendo la aguja a través de la piel y el hígado hasta el sistema biliar.

MATERIAL E INSUMOS

- Estuche con aguja de punción Chiba que es de mas o menos 15 cms. de bisel no cortante, con su respectivo mandril, esterilizado al seco.
- Paquete preparado con campos, poncho, mandiles.
- Guantes Quirúrgicos.
- Bandeja de P.T.C. con jeringa para anestesia local, pocillos para el contraste, jeringa de 50 cc.
- Regla de 50 cms.
- Escuadra (espesómetro).

MEDICAMENTOS:

- Sosegon ó vitamidona 1 ampolla, 10 minutos antes.
- Valium, 10 mgrs. 1 ampolla de acuerdo a indicaciones médicas.
- Urografina al 76% 1 a 2 ampollas
- Agua bidestilada 20 cc., 2 ampollas.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Se requieren exámenes de laboratorio actualizados: hemograma, tiempo de protrombina, tiempo de coagulación, plaquetas.
- Administración de agentes coagulantes antes y después del estudio de acuerdo a indicaciones médicas.
- Administración de infusiones intravenosas antes y después del procedimiento, según prescripción y requerimientos.
- El paciente necesariamente debe estar internado y en ayunas de 12 horas, o por lo menos 6 horas antes del estudio.

CUIDADOS POST EXAMEN:

- Reposo absoluto por 24 horas las tres primeras horas en decúbito lateral derecho.
- NPO por 6 horas luego dieta líquida.
- Control de signos vitales cada 15 minutos por una hora, luego cada hora por 12 horas.
- Infusiones intravenosas hasta 6 horas, posteriores al examen.
- Vitamina K de acuerdo a indicaciones médicas, así como antibióticos.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
16. GASTROSTOMÍA ENDOSCÓPICA PERCUTÁNEA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza una gastrostomía endoscópica percutánea, estudio que se realiza para colocar una sonda para alimentación, medicación y desopresión, en pacientes que tienen dificultad para deglutir y necesitan incrementar su alimentación (necesidad de nutrición adicional, disfagia, trastornos neurológicos, descompresión gástrica, esclerosis múltiple, problemas respiratorios severos).

MATERIAL E INSUMOS

- Gastroscopio/fuente de luz, botella para el agua, boquilla, lubricante, gasas, vasija con agua destilada.
- Guantes, bata estéril, compresas estériles y mascara
- Jeringas, agujas de distintos calibres, oído
- Xilocaína
- Ansa de polipectomía
- Set de gastrostomía a preferencia del médico (Pull o Push)
- Aspirador para la boca del paciente.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

PREPARACIÓN DEL PACIENTE:

- Ayuno de 6 - 8 horas
- Higiene bucal
- Vía endovenosa para la sedación.
- Consentimiento informado firmado por el paciente o el familiar
- Anestesia orofaríngea
- Oxígeno y monitoreo
- Nota de enfermería
- Signos vitales
- Paciente boca arriba con la cabecera elevada.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
17. DRENAJE BILIAR DESCOMPRESIVO PERCUTANEO (P.T.C.D.)	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza drenaje biliar descompresivo percutáneo -P.T.C.D.- examen completo terapéutico con normas bien establecidas e indicaciones precisas. Se realiza en todos aquellos casos de ictericia obstructiva donde no es posible efectuar una prótesis endoscópica o tratamiento quirúrgico. Las preparaciones y medicación para este procedimiento es la misma que para la P.T.C.

MATERIAL E INSUMOS

• Trocar metálico de 15 cms. por 2.2 mm. de • Catéter de drenaje es de material plástico, muy flexible de 30 cms. de longitud.	• Catéter guía es de plástico

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

Cuidados inmediatos:

• Reposo absoluto por 24 horas.
• N.P.O. hasta indicación médica.
• Control de signos vitales cada 15 minutos por una hora, luego cada hora por 12 horas.
• Infusiones intravenosas, coagulantes y antibióticos de acuerdo a indicación médica.

Cuidados mediatos:

• Lavado de catéter de drenaje con suero fisiológico de 30 a 40 cc. de acuerdo a indicaciones médicas.
• La cantidad de drenaje de bilis deberá ser regulada en cada caso en particular mediante la abertura o cierre del catéter de drenaje, de acuerdo a valoración realizada por su médico.
• La enfermera llevará un registro de características y cantidad de bilis drenada en 24 horas.
• Durante los primeros días de drenaje el control debe ser riguroso por parte del personal de enfermería, llevando la hoja de balance hídrico ya que el médico tratante se basa en este registro para solicitar control de electrolitos.
• La dieta es líquida hipograsa durante los primeros días, para continuar con una dieta blanda hipograsa.
• El apoyo moral que se le brinda al paciente es muy importante para cuando sea dado de alta, además de la enseñanza que debe impartirle para los cuidados de su drenaje, este se hace extensivo a los familiares.

RECOMENDACIONES

• La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES MÉDICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
18. PH METRIA ESOFÁGICA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza pHmetría esofágica, prueba diagnóstica que permite la medición de PH (grado de acidez del esófago) durante 24 horas y valorar la existencia de reflujo gastroesofágico.

MATERIAL E INSUMOS

• Computadora • Equipo de baño María • Buffers	• Digitraper • Catéter de Phmetria • Agua destilada	• Gasas • Regla de 50 cm. • Marcador	• Adhesivos nasales • Tela adhesiva • Gel fijador para el sensor cutáneo

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

Pre estudio

▪ Preparación psicológica y física del paciente para el estudio (posición sentada)

Durante el estudio

▪ Preparación del baño maría y colocación del Buffer en la misma.
▪ Colaboración al médico durante la calibración, instalación y fijación del catéter de Phmetría
▪ Aplicación previa de lubricante del sensor cutáneo
▪ Orientación al paciente del cuidado del digitraper y registro en la hoja.

Post estudio

▪ Retiro del catéter a las 24 hrs.
▪ Comunicación de complicaciones o molestias.

RECOMENDACIONES

• La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
19. MANOMETRÍA ANO RECTAL	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza manometría anorrectal, técnica que permite valorar los movimientos de la región ano-rectal, mediante el registro de las presiones intrarrectales y del canal anal..

MATERIAL E INSUMOS

- Computadora
- Bomba de infusión
- Balón de oxigeno
- Catéter de manometría anorrectal de 4 canales
- Jeringa de 50 cc.
- Un equipo con cubeta, 2 campos y gasas
- Xilocaína viscosa

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

Pre estudio

• Preparación física (posición de cubito lateral izquierdo)
• Preparación psicológica del paciente para dicho estudio.

Durante el estudio

• La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.
• Conexión del catéter a la bomba de infusión previa apertura del balón de oxígeno a 7litros.
• Comprobación del globo del catéter con jeringa de 50 CC.
• Permeabilización del catéter de manometría
• Introducción del catéter con globo lubricado al recto del paciente (previo tacto rectal del médico).

RECOMENDACIONES

• No realizar el estudio cuando el paciente está mal preparado.
• La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
20. MANOMETRÍA ESOFÁGICA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes a los que se realiza manometría esofágica, prueba diagnóstica que permite valorar la motilidad del esófago, de esfínteres superior e inferior y sincronismo, mediante el registro de variaciones de presión que se producen en el interior del esófago.

MATERIAL E INSUMOS

- Computadora
- Bomba de infusión
- Balón de oxigeno
- Catéter de manometría esofágica de 4 canales
- Jeringas de 20 cc. Y 5 cc.
- Un equipo con cubeta, 2 campos y gasas
- Xilocaína viscosa
- Agua embotellada sin gas 600 cc.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

Pre estudio

• Preparación física (posición sentado y decúbito dorsal derecho)
• Preparación psicológica del paciente para dicho estudio

Durante el estudio

• La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.
• Conexión del catéter a la bomba de infusión previa apertura del balón de oxigeno a 7litros.
• Permeabilización del catéter
• Colaboración al médico en la calibración
• Instalación de xilocaina viscosa 3 cc. Con la jeringa de 5 cc.
• Introducción del catéter lubricado en la fosa nasal del paciente hasta 60 cm.
• Indicación al paciente para colocarse en posición de cubito lateral derecho.
• Colaboración durante el estudio bajo instrucción del médico.

Post estudio.

• Desinfección y esterilización de alto nivel del catéter para su nuevo uso.

RECOMENDACIONES

• La enfermera que asiste el estudio debe tomar medidas de bioseguridad como ser: mandil quirúrgico, gorro barbijo, guantes y botas.

UNIDAD 10

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

Índice

1. APENDICITIS AGUDA 239

2. BALANCE HIDROELECTROLÍTICO 239

3. CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO 240

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. APENDICITIS AGUDA	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes con APENDICITIS AGUDA, proceso inflamatorio del apéndice cecal, generalmente de inicio súbito, acompañado de una reacción peritoneal de intensidad variable, que es causa principal de un abdomen agudo quirúrgico

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Admisión del paciente.
- Mantenimiento en N.P.O.
- Control de signos vitales, temperatura diferencial (oral y rectal).
- Mantenimiento en reposo absoluto.
- Canalización una vía periférica.
- Identificación de necesidades sentidas.
- Control de náuseas y vómitos (frecuencia y cantidad).
- Vigilancia del equilibrio hidroelectrolítico (en presencia de diarrea y oliguria).
- Valoración constante.
- Control de dolor, luego de establecido el diagnóstico.
- Apoyo emocional al paciente y familia.
- Viabilización exámenes complementarios de emergencia.
- Preparación adecuada al paciente para cirugía de emergencia.

RECOMENDACIONES

- No administrar por ningún motivo un enema evacuante, por posibles complicaciones.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES QUIRÚRGICAS DEL SISTEMA DIGESTIVO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. BALANCE HIDROELECTROLÍTICO	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para cuantificar y registrar el aporte y la eliminación total de líquidos a lo largo de un periodo de 24 horas, por ello se debe valorar líquidos ingeridos y eliminados, determinar los patrones de vaciamiento y función urinaria.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Información al paciente.
- Medición y registro de todas las entradas de líquido: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, I. V., hemoderivados, NE, NPT en el formulario de balance hídrico
- Medición y registro de todas las salidas, orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica en recipiente graduado
- Peso del paciente para valorar pérdidas insensibles, si su estado lo permite cada 24 horas.
- Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

RECOMENDACIONES

- Valorar el estado de piel y mucosas, color de la orina, y valorar la aparición de edemas
- Como norma general, el balance se hará en un tiempo de 24 horas, salvo criterio del médico
- El registro de las soluciones infundidas por vía parenteral debe contemplar la cantidad administrada durante el turno en concordancia con la cantidad y goteo indicado.
- El balance hídrico debe ser de control estricto en pacientes cardiacos, renales y en estado crítico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. CUIDADOS DEL PACIENTE CON COLOSTOMÍA	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes colostomizados, para ello es importante conocer el tipo de derivación y su localización en el abdomen.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Lavado de manos
- Preparación del material y traslado al lado del paciente (bolsas para drenaje de ostomía, salea de hule y tela, gasas, guantes estériles y no estériles, jabón neutro, cubeta, equipo de curación, tijeras, tela adhesiva antialérgica solución fisiológica)
- Preservación de la intimidad e información al paciente.
- Colocación al paciente en decúbito supino con el abdomen descubierto.
- Colocación de los guantes.
- Protección de la ropa de la cama con la salea de tela y hule.
- Retiro suave de la bolsa usada (evitando tracciones de la piel), desde la parte superior a la inferior (para evitar derrames).
- Retiro de los restos de heces con una gasa humedecida en agua destilada o solución fisiológica
- Limpieza de la estoma y la zona circundante con agua templada y si es necesario utilizar un jabón neutro suave.
- Secado de la estoma y la piel circundante.
- Observación del aspecto de la estoma y la zona de alrededor. Éste debe estar sonrosado y húmedo.
- Selección de la bolsa apropiada a las características de la ostomía (abiertas, cerradas, de dos piezas).
- Cálculo de 2 o 3 mm. entre la barra de la estoma y la bolsa.
- Pegado de la bolsa con el adhesivo desde la parte inferior a la superior.
- Retiro de los guantes.
- Acomodación del paciente en posición adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retiro del material.
- Registros: cantidad, aspecto, textura, color de las heces y aspecto de la estoma.

RECOMENDACIONES

- Cuando la bolsa haya que cambiarla frecuentemente se aconseja utilizar sistemas de doble pieza (placa aro – bolsa colectora o un dispositivo de una pieza abierta con pinza) para evitar dermatitis de la piel circundante.
- En la ileostomía se tendrá especial cuidado de la piel circundante. Se podrá utilizar pomada protectora.
- Las bolsas se cambiaran cuantas veces sea necesario cuando presenten fugas.
- Evite el uso de alcohol y agua oxigenada en la zona que rodea el estoma
- El sangrado excesivo, color anormal debe ser comunicado al médico.

UNIDAD 11

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, TEJIDO CONJUNTIVO Y OSTEO-MUSCULAR

Índice

1. PÉNFIGO VULGAR 243

2. COMPLEJO VÁSCULO CUTÁNEO 243

3. FRACTURA 244

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, TEJIDO CONJUNTIVO Y OSTEO-MUSCULAR

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. PÉNFIGO VULGAR	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes con pénfigo vulgar, severa enfermedad cutánea con compromiso mucoso de carácter autoinmune que se manifiesta por presentar ampollas que suelen aparecer antes en la boca que en el resto de la piel, las mismas que al reventar tienden a dejar erosiones que aumentan en tamaño, curan sin cicatriz y cursan con dolor y prurito. Presentan el signo de Niklosky positivo (desprendimiento de la piel al ejercer una presión).

MATERIAL E INSUMOS

- Barigraf equipo desechable para colon por enema.
- Cubeta con lubricante papel higiénico.
- Insuflador, pinzas kocher
- Guantes.

PROCEDIMIENTOS

- Admisión del paciente en ambiente adecuado.
- Utilización de barreras de protección (bata, botas, gorro, barbijo y guantes) para evitar que el paciente por las bajas defensas que presenta se sobre infecte
- Control de signos vitales, control de peso y talla, es de importancia sobre todo el peso ya que en base a ello se calculara el tratamiento con corticoides.
- Baño de ducha al ingreso y diariamente para proceder al descostrado de las lesiones. Posteriormente realizar las curaciones y también para evitar la diseminación de la infección.
- Las curaciones se realizarán con permanganato de potasio, antiséptico utilizado en la unidad de dermatología, luego se procede a la aplicación de gasa vaselinada y un antibiótico de uso tópico (de acuerdo a cultivo y antibiograma).
- Orientación al paciente y familia sobre los cuidados que deben tener mientras este hospitalizado y cuando retorne a su domicilio.
- Apoyo psicológico al paciente, pues la mayoría de estos pacientes entran en depresión por la gravedad de la enfermedad.
- El tratamiento debe ser administrado en horario y dosis estricta (corticoide y bola de ciclofosfamida).
- Administración de un analgésico

RECOMENDACIONES

- El pénfigo es una enfermedad grave y de evolución crónica. Los pacientes deben ser controlados en forma periódica hasta conseguir la remisión de las lesiones, de esta manera se bajara la dosis de los corticoides.
- Se solicitará la presencia de un familiar para que colabore durante el baño de ducha y brinde apoyo psicológico durante la curación ya que las curaciones duran aproximadamente 3 horas.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DE LA PIEL, TEJIDO CELULAR SUBCUTÁNEO, TEJIDO CONJUNTIVO Y OSTEO-MUSCULAR

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. COMPLEJO VÁSCULO CUTÁNEO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes que tienen un complejo vásculo-cutáneo o úlcera en la región de la pierna secundaria a alteraciones del sistema microvascular. Existen dos clases de complejo vásculo-cutáneo, completo originada por varices externas y/o internas con angiodermitis, ocre purpúrea, epidermitis microbiana, edema y ulcera (úlcera de las ies = izquierda, inferior e interna de la pierna), incompleta cuando le falta uno de estos componentes.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Admisión del paciente en la unidad previo control de signos vitales, control de peso y talla.
- Baño de ducha para hábitos de higiene
- Pediluvios con permanganato de potasio, regenerador de tejido (antiséptico), diariamente.
- Curación plana con permanganato de potasio y aplicación de antibiótico de uso tópico (previo cultivo y antibiograma).
- Colocación del paciente en posición trendelemburg, para facilitar el retorno venoso.
- Vendaje de miembros inferiores diariamente de las 08:00 a. m., a las 20:00 p. m.
- Administrar tratamiento según indicación médica; así como analgésicos según requiera el paciente.

RECOMENDACIONES

- Es muy importante la enseñanza al paciente y su familia con esta patología especialmente sobre el cuidado de los pies, la prevención de várices y el control de peso.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. FRACTURAS	III

DEFINICIÓN

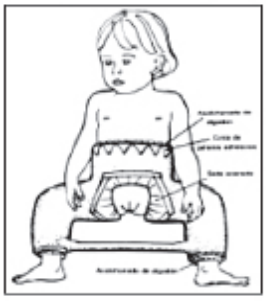
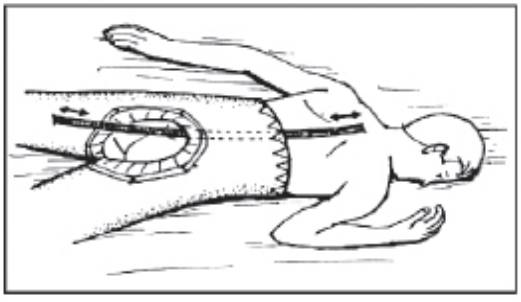
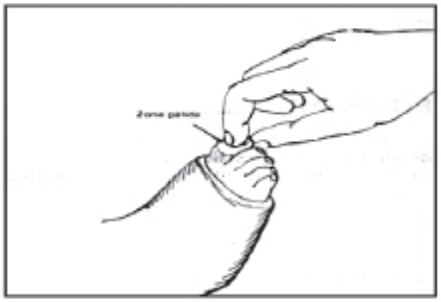
Son procedimientos de enfermería para pacientes con fractura que requieren de férula de yeso para evitar complicaciones

PROCEDIMIENTOS

Prevención y promoción	Intervenciones
• El aparato de yeso así como las férulas rígidas se utilizan para inmovilizar y mantener la alineación de un hueso o una articulación, así como para mantener reducida una fractura, corregir y evitar deformaciones. • Los recién nacidos y los niños pequeños son incapaces de explicar sus molestias, por ello la enfermera deberá observar atentamente y valorar las respuestas del niño al tratamiento.	Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas Cuando el paciente tiene una férula de yeso debe observar lo siguiente: • Vigilancia hasta 48 Hrs. después de colocado la férula • Vigilancia del calor, color, sensibilidad y movimientos. • Control del llenado capilar • Vigilancia de la presencia evidente de edema • Los signos de afección neurovascular debidas a la presencia de edema por debajo del yeso son: dolor que no cede al tratamiento, palidez, parestesias o parálisis, y ausencia de pulso • Cualquiera de dichos síntomas debe comunicarse inmediatamente al médico. • No conviene administrar analgésicos hasta que no se aclare el origen del dolor • Puede ser necesario cambiar el yeso, abrir longitudinalmente o incluso retirar • Comprobación de la presencia de hemorragias: revisión de la zona externa en busca de cualquier mancha sospechosa de sangrado, anotar la hora • Búsqueda en la parte baja del yeso, ya que la sangre tiende a acumularse en la zonas declives • La presencia de zonas calientes o malolientes indica la posibilidad de maceración cutánea • Vigilancia de zonas de presión sobre el tendón de Aquiles • Vigilancia de la aparición de síntomas de complicaciones (neumonía, estreñimiento, litiasis renal y problemas neurovasculares)

RECOMENDACIONES

• La piel que se cubre con el yeso debe estar limpia, seca y en buenas condiciones
• Informar al niño o a los padres que mientras seca el yeso desprende calor durante unos 20 minutos, posteriormente se enfría, seca y se hace más liviano
• La colocación del yeso puede posponerse hasta que disminuya el edema de la extremidad, mientras manipular la extremidad con cuidado y administrar analgésicos
• La extremidad afectada debe elevarse para favorecer la reducción el edema
• Los yesos convencionales necesitan de 24 a 48 horas para secar
• Para favorecer el secado del yeso, dejar la extremidad al aire, no es recomendable acelerar el secado, si el ambiente es frío tapar al niño
• En caso de niños con yesos extensos que abarquen gran parte del cuerpo, cambiar de posición cada 2 o 3 horas, para lo que conviene movilizarlo en bloque con la ayuda de dos o tres personas, evitando lesionar las zonas afectadas. - Colocar el miembro afectado hacia arriba
• Cuando el niño lleva yeso que abarca gran parte del cuerpo, mejor colocarlo en una cama con colchón duro, poniendo una tabla debajo del colchón
• En caso de que se abra una ventana en el yeso, guardar el trozo, ya que posteriormente debe ser repuesto.
• El extremo proximal el yeso puede protegerse con tela adhesiva
• Si los bordes del yeso son ásperos limar el borde
• Los yesos convencionales se pueden limpiar con un paño húmedo, procurando no mojarlo
• Los yesos pelvi-pédicos, deben protegerse la zona perineal con plástico para evitar que se moje con orina o heces.

UNIDAD 12

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

Índice

1. ATENCIÓN PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS 247

2. PREPARACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA MAQUINA PARA HEMODIÁLISIS 247

3. CANALIZACIÓN DEL ACCESO VASCULAR 248

4. MANEJO DE CATÉTER DE DOBLE LUMEN 248

5. PACIENTE DURANTE LA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS..... 249

6. PACIENTE A LA CONCLUSIÓN DE LA HEMODIÁLISIS..... 249

7. LAVADO Y ESTERILIZACIÓN DE FILTROS Y LÍNEAS 250

8. LIMPIEZA DE INSTRUMENTAL..... 250

9. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD 251

10. DESINFECCIÓN QUÍMICA DE RIÑÓN ARTIFICIAL CON HIPOCLORITO DE SODIO..... 251

11. COMPLICACIONES AGUDAS EN UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS I:
FIEBRE, SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO, HEMORRAGIAS. 252

12. COMPLICACIONES AGUDAS UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS II:
DOLOR PRECORDIAL, HIPOTENSIÓN ARTERIAL, SÍNDROME DEL PRIMER USO 253

13. DIÁLISIS PERITONEAL..... 254

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GENITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. PACIENTE EN LA UNIDAD DE HEMODIÁLISIS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes que requieren hemodiálisis, consisten en dar la bienvenida al servicio, ya que su estancia varía en días o meses, se brindará al paciente un ambiente agradable y cordial que le permita una mejor adaptación, proporcionándole confianza y seguridad.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Preparación psicológica del paciente.
- Control de resultados laboratoriales de HIV, HEPATITIS Y CITOMEGALO VIRUS.
- Control de peso, es necesario para establecer el peso seco y programar la ultrafiltración evaluando la diferencia de peso.
- Control de signos vitales: presión arterial, pulso, respiración, se debe controlar con exactitud sobre todo para ver la reacción al primer uso o tolerancia del paciente, el control será cada hora durante la sesión y cada 15 minutos después de la sesión
- Asignación de la máquina, día y hora de la sesión de hemodiálisis
- Información sobre normas de rutina, materiales que requerirá para cada sesión.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. PREPARACIÓN Y PROGRAMACIÓN DE LA MÁQUINA PARA HEMODIÁLISIS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la preparación y programación de la máquina de hemodiálisis, aparato digital que tiene la finalidad de suplir la función renal, a través de un dializador que extraen sustancias toxicas del organismo. Los objetivos son extraer por medio del riñón artificial sustancias tóxicas y el agua del torrente sanguíneo y proporcionar al paciente la depuración artificial de sustancias toxicas a través de un dializador de alta biocompatibilidad.

EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Máquinas de hemodiálisis
- Instrumentos para la toma de signos vitales
- Filtro
- Líneas arteriovenosas
- Agujas para la fístula arteriovenosa
- Soluciones de acetato y bicarbonato

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Apertura de las llaves de agua
- Encendido de la máquina
- Conexión de los tubos de sección en la solución de concentrado (Acetato o Bicarbonato + ácido)
- Inicio del cebado
- Montado en el sistema el dializador y las líneas (A - V)
- Conexión de los Hansen en el Dializador
- Encendido de la bomba de sangre al dializador y realizar el cebado con solución fisiológica, si es un dializador nuevo cebar con un litro de agua solución salina y si es un dializador rehusado se utilizara dos litros de solución.
- Programación de la máquina, horas, bomba de heparina, flujo de sangre y ultra filtración
- Heparinización de los filtros y líneas con heparina 2,500,000 U I de heparina sódica en circuito cerrado. Identificación del filtro nuevo.
- Una vez realizada las conexiones correspondientes programación de la sesión
- Programación de la bomba de heparina
- Programación de la ultra filtración de acuerdo a peso seco de cada paciente
- Programación de perfiles de sodio (NA) y (UF)
- Establecimiento del flujo de sangre a más de 300 ml / min

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. CANALIZACIÓN DEL ACCESO VASCULAR	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para la canalización del acceso vascular para pacientes en hemodiálisis que consiste en la introducción de una aguja de grueso calibre (Nº 16) al torrente sanguíneo, atravesando la piel y llegando al vaso que puede ser fístula arterio venosa o implante vascular (gorotex) para facilitar el tratamiento de hemodiálisis.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Lavado con agua y jabón del brazo a canalizar
- Colocación del campo estéril por debajo del brazo
- Asepsia y antisepsia de la fístula
- Cebación con solución fisiológica heparinizada las agujas arteria venosas
- Canalización de la fístula arterial con el ala de la aguja dirigida hacia abajo, y la fístula venosa con el ala de la aguja dirigida hacia arriba.
- Verificación de la permeabilidad en ambas canulaciones.
- Fijación de la cánula con tela adhesiva
- En caso de obstrucción del acceso vascular comunicar al médico.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. MANEJO DE CATÉTER DE DOBLE LUMEN	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para el paciente en hemodiálisis, el manejo del catéter de doble lumen y consiste en el cuidado aséptico de este acceso vascular temporal, su uso debe ser inmediato, para evitar la coagulación de la sangre en su interior y por ende la formación de trombos, evitando la contaminación del orificio de inserción y detectando precozmente signos y síntomas de complicación.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Procedimientos al inicio y finalización de la sesión.
- Preparación psicológica del paciente.
- Descubrimiento de la zona donde se encuentra implantado el catéter.
- Colocación de un campo fenestrado estéril, para este procedimiento requerimos de :
  - Guantes Estériles,
  - Jeringas de 20cc y 5cc. .
- Con la jeringa a presión negativa extraer el contenido de heparina y algunos coágulos que se hubiera formado en cada lumen del catéter.
- Verificación de la permeabilidad de ambos, de no existir permeabilidad lavar con solución fisiológica ambos lúmenes e invertir (A -V) (V-A).
- A la conclusión de la sesión, realizar e! siguiente procedimiento
  - Desconexión de las líneas arteriovenosas del catéter.
  - Permeabilización de cada lumen del catéter con 30 cc. de solución fisiológica.
  - Preparación para cada lumen heparina pura que estará indicada para el tipo de lumen
  - Curación del sitio de implantación del catéter. - Cobertura y protección de ambas germinaciones del catéter fijar con tela adhesiva, viendo la posición del catéter y comodidad del paciente (Mantener estética).
- En caso de retiro accidental del catéter comunicar al médico.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. PACIENTE EN EL PERÍODO TRANS HEMODIÁLISIS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en el paciente durante la hemodiálisis, desde su inicio hasta su finalización, se debe proporcionar alta eficiencia de diálisis, manteniendo un flujo sanguíneo no menor a 300ml, con buen priming del dializador, control de la estabilidad de los signos vitales cada hora para evitar complicaciones así como controlar permanentemente el buen funcionamiento de la máquina para evitar complicaciones técnicas.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Registro del control de signos vitales cada 30 minutos según el estado del paciente.
- Identificación de las complicaciones técnicas relacionadas al funcionamiento de la máquina.
- Tratamiento de las complicaciones
- Control de sangrado
- Control de fenómeno de desequilibrio
- Control de la temperatura
- Control de la ultra filtración
- Control de alarmas.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. PACIENTE A LA CONCLUSIÓN DE LA HEMODIÁLISIS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a la finalización de la sesión de hemodiálisis, consiste en desconectar al paciente de la máquina, para ello es necesario una atención integral tomando en cuenta las necesidades biológicas, psicológicas y sociales, para su pronta rehabilitación.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Detención de la bomba de sangre
- Retiro de la línea arterial, previo clampeado de la aguja arterial.
- Devolución completa de la sangre con solución salina al 09%
- Desconexión de la vía venosa y las líneas del paciente.
- Retiro de las agujas arterio venosas.
- Compresión del sitio de la punción con gasas estériles.
- Control de signos Vitales (Deben mantener valores normales)
- Egreso del paciente
- Cita para la próxima sesión
- Desconexión de los Hansen del dializador
- Retiro del dializador y líneas
- Traslado del dializador y líneas para lavado

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. LAVADO Y ESTERILIZACIÓN DE FILTROS Y LÍNEAS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para la eliminación de los restos sanguíneos del dializador y de las líneas arteriovenosas, a través de un sistema de agua tratada con presión positiva y la aplicación de desinfectante de alto nivel para conseguir la destrucción de microorganismos incluyendo esporas, quedando apto para un nuevo uso.

MATERIALES E INSUMOS

- Agua tratada a presión de 25ml de Hg
- Soluciones esterilizantes hipoclorito de sodio, puresteril.
- Indumentaria adecuada bata, turbante, barbijo y lentes.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- En circuito cerrado traslado del dializador y las líneas a la sala de lavado.
- Conexión del Hansen de lavado a las conexiones laterales del dializador con presión de agua tratada no mayor a 25 mm Hg.
- Verificación de que exista libre permeabilidad en los orificios de salida , hasta lograr la remoción completa del residuo de sangre .
- Cierre de la entrada de agua de los orificios laterales.
- Sacado de los Hansen
- Medición del volumen residual y registrar en hoja de sesión.
- Llenado con solución esterilizante el dializador y las líneas arterias venosas hasta la eliminación completa de burbujas de aire.
- Protección con material estéril, guardado en lugar fresco y seco (conservadora) debe transcurrir un tiempo de 12 horas hasta su próxima utilización.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON ENFERMEDADES DEL SISTEMA GÉNITOURINARIO

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. LIMPIEZA DE INSTRUMENTAL	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para la limpieza del instrumental, proceso mediante el cual se remueve físicamente materiales extensos visibles, para prevención de infecciones cruzadas y eliminación de microorganismos patógenos del material usado.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Colocación de turbante, barbijo, bata, lentes y guantes.
- En el recipiente de plástico, colocación del agua disuelta con el detergente (ACE)
- Introducción de tijeras y pinzas utilizadas en la solución con la ayuda del cepillo retire las partículas sucias y enjuague.
- Secado y envío de las pinzas a esterilización

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. MEDIDAS DE BIOSEGURIDAD	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en base a un conjunto de medidas o precauciones universales que se deben tomar para reducir al mínimo todo riesgo de lesión y contaminación que se pueda producir al personal de salud. Todo trabajador en salud debe utilizar rutinariamente los métodos de barrera apropiadas, cuando deban intervenir en maniobras que los pongan en contacto directo con la sangre o fluidos corporales que afecten las mucosas de los ojos boca y nariz.

MATERIALES E INSUMOS

- Batas quirúrgicas, delantales
- Turbante
- Barbijo
- Guantes estériles
- Protector ocular

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Colocación del turbante y barbijo
- Lavado y secado de las manos con técnica adecuada
- Colocación de la bata con técnica aséptica
- Calzado de guantes con la técnica correspondiente
- Una vez vestida correctamente proceder a la atención del paciente

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. DESINFECCIÓN QUÍMICA DE RIÑÓN ARTIFICIAL CON HIPOCLORITO DE SODIO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en base a la desinfección química del riñon articial con hipoclorito de sodio para la eliminación de microorganismos, incluyendo esporas y restos de fluidos a través de esta sustancia química de acción inmediata aplicada al sistema interno de la máquina de hemodiálisis.

MATERIALES E INSUMOS

- Bata, turbante, barbijo, guantes y lentes oculares
- Solución de hipoclorito al 10 % 300cc
- Riñón artificial máquina de hemodiálisis.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Verificación si los Hansen y tubos de succión están conectados a la máquina
- Presión de la tecla de desinfección química con hipoclorito de sodio por 3 minutos.
- Conexión de la pipeta a la solución de desinfección
- Luego de 8 min. se accionará la alarma, conectar nuevamente el tubo de succión a la máquina.
- Su enjuague se programa automáticamente en 37 min. Cuando se termina todo el proceso, la máquina se apagará automáticamente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. COMPLICACIONES AGUDAS EN UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS I: FIEBRE - SÍNDROME DE DESEQUILIBRIO – HEMORRAGIAS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para el manejo de las complicaciones agudas que se pueden presentar en una sesión de hemodiálisis

Fiebre	Síndrome de desequilibrio	Hemorragias
Es la elevación de la temperatura corporal por encima de los 37.5ºC debido a una reacción pirógena originada por la solución de diálisis, también por otras posibles causas (infecciones respiratorias, urinarias, endocarditis). Una vez identificada la causa se debe brindar atención inmediata empezando con la aplicación de medios físicos.	Es el conjunto de signos y síntomas que se presentan al inicio de una sesión con cefalea inquietud fatiga, náuseas, vómitos, edema cerebral, desorientación, visión borrosa, convulsiones y coma. La enfermera debe mantener un control estricto, en busca de signos y síntomas de desequilibrio.	La anticoagulación usada en la hemodiálisis comporta un mayor riesgo de fenómenos hemorrágicos, tales como la alteración plaquetaría, que puede desencadenar hemorragias sistémicas generalmente, gastro-intestinales, peri-cárdicas, pleurales, retro peritoneales, hematomas subdurales, dando lugar a un cuadro de anemia aguda (hipotensión, taquicardia, palidez de mucosas y piel, colapso y shock). Por ello la dosificación de los anticoagulantes debe ser por kilogramo peso, identificando cuadros hemorrágicos antes de iniciar la sesión de hemodiálisis

MATERIALES E INSUMOS

• Termómetro oral • Medicamentos antipiréticos • Jeringas de 10cc • Bolsas de hielo. • Historia Clínica, cuadro térmico para registro de hora y fecha de la fiebre.	• Solución de Manitol 20% 500cc. • Ampollas de bicarbonato de sodio • Jeringas de diferentes calibres. • Frasco con torundas en alcohol	• Heparina • Jeringas de diferentes calibres. • Frasco con torundas en alcohol

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

• Comunicación al médico. • Control de signos vitales temperatura, pulso, respiración , presión arterial • Aplicación de medios físicos fríos sobre el paciente o bien recurrir al uso de medicación antipirética, que no conlleve a disminuir la presión arterial.	• Programación de la primera sesión de hemodiálisis de 2 horas, para las demás sesiones incrementar media hora, hasta llegar a las 4 horas. • Uso de dializadores de bajo flujo sanguíneo con bomba entre 180 a 200ml por minuto. • Administración, según indicación médica Manitol al 20% 100cc cada hora (bicarbonato de sodio 10cc cada hora. (en caso de utilizar acetato)	• La dosis de heparina debe ser mínima e individualizada. • Mantener el sistema y el dializador limpios de restos hemáticos. • En paciente ancianos con patologías vasculares e hipertensos, restringir la dosificación de la heparina. • Mantener vigilancia permanente durante la sesión. • Ante el riesgo hemorrágico recurrir a coagulantes parenterales y comunicar al médico.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. COMPLICACIONES AGUDAS EN UNA SESIÓN DE HEMODIÁLISIS II: DOLOR PRECORDIAL- -HIPOTENSIÓN ARTERIAL – SÍNDROME DEL PRIMER USO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan para el manejo de las complicaciones agudas que se pueden presentar en una sesión de hemodiálisis

Dolor precordial	Hipotensión arterial	Síndrome del primer uso
Es frecuente que el paciente con insuficiencia renal crónica sufra también de alteraciones de la función cardíaca relacionada a la reducción del volumen sanguíneo y aumento del gasto cardíaco al igual que a la ultra filtración excesiva o al alto nivel de potasio por lo tanto la enfermera debe controlar y detectar signos y síntomas del paciente cuando se usa dializador nuevo, también se debe controlar los niveles de hemoglobina, hematocrito, potasio en el líquido dializador además del control de volumen (peso seco).	Disfunción diastólica, la hipertrofia cardíaca hace que el ventrículo disminuya la presión de llenado durante la diástole y reduzca el volumen expulsado durante la sístole, originando la disminución de la presión arterial. La enfermera debe prevenir el descenso súbito de la presión arterial y proporcionar estabilidad de los signos vitales.	Son signos y síntomas que presenta el paciente al inicio de la sesión de hemodiálisis, cuando la sangre entra en contacto con la membrana de un dializador nuevo, por ello es importante controlar y detectar disnea, dolor precordial ,escalos fríos , fiebre.

MATERIALES E INSUMOS

• Solución fisiológica de 1000cc • Un balón de oxígeno con respectivo manómetro, conectores y mascarillas • Medicación vaso dilatadora	• Tensiómetro, fonendoscopio • Solución fisiológica 0.9% 1000 cc	• Un balón de oxígeno con respectivo manómetro, conectores y mascarillas • Termómetro oral • Medicamentos antipiréticos • Jeringas de 10cc • Bolsas de hielo. • Historia Clínica, cuadro térmico para registro de hora y fecha de la fiebre.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

• Control de la frecuencia cardiaca y signos vitales • Disminución de la ultra filtración, reducción momentánea del flujo sanguíneo • Administración de solución fisiológica carga de 200 cc a 300cc • Administración de oxígeno por máscara • Administración de medicamentos de acuerdo a prescripción medica • Restablecimiento de la sesión de hemodiálisis o modificación de los parámetros de la sesión, control de laboratorio, hemograma, hematocrito, potasio.	• Control de la presión arterial según estado del paciente • Oxigenación del paciente, poner en posición de Trendelemburg • Infusión de solución fisiológica 200 cc hasta su estabilización. • Modificación de la ultra filtración hasta lograr la estabilidad de la presión arterial. • Control de presión arterial hasta culminar la sesión.	• Verificación antes de conectar al paciente, si el dializador y líneas ha sido cebado según metodología y cantidad de solución fisiológica aconsejado para cada tipo de dializador. • Disminución del flujo sanguíneo, si la sintomatología no es controlada , desconexión al paciente de la máquina desechando todo el circuito. • Tratamiento de la sintomatología • Investigación de la causa de la reacción alérgica • Una vez solucionado la causa se reiniciará la sesión de hemodiálisis, tranquilizando al paciente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. PACIENTES CON DIÁLISIS PERITONEAL	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en pacientes sometidos a diálisis peritoneal, medida terapéutica utilizada en niños, lactantes y niños mayores con insuficiencia renal aguda, se utiliza para suplir la función de los riñones en caso de insuficiencia renal aguda o crónica, para corregir trastornos electrolíticos y del equilibrio ácido base, así como extraer sustancias tóxicas y eliminar el exceso de líquidos corporales cuando los diuréticos no son efectivos. El proceso de diálisis se basa en la ósmosis: filtración y difusión de soluciones a través de membranas semipermeables. La solución de diálisis se perfunde en la cavidad peritoneal a través de una sonda, la membrana peritoneal sirve como membrana semipermeable entre los vasos sanguíneos y el líquido de diálisis.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

PREPARACIÓN PREOPERATORIA

- Control del peso y los signos vitales antes de realizar el procedimiento
- Lavado de la región abdominal con agua y jabón (preparación preoperatoria)
- Asepsia de la zona con solución antiséptica.
- Cobertura de la región abdominal con un campo estéril.
- Ayuda al médico mientras coloca los campos.
- Disposición de la jeringa de 1 ml. y paso del anestésico.
- Mantenimiento del estado de alerta mientras el médico realiza la perforación del peritoneo e introduce el trocar y asegura el mismo con un punto.
- Posteriormente se vuelve a realizar la asepsia y se cubre con la ayuda de gasas y apósitos el área de incisión e instalación del catéter para diálisis.
- Añadido de heparina al líquido de diálisis para evitar se formen coágulos de fibrina en los tubos.

2. POSTOPERATORIO

- Una vez que el paciente pasa a UCIP, el personal de enfermería se coloca gorro y barbijo.
- Preparación de todo el material necesario sobre el carrito de curaciones (paquete de diálisis, tijera, equipo de curaciones, hilo seda 0, jeringas, alcohol yodado, yodopovidona y los peritos)
- Lavado de manos con técnica quirúrgica.
- Apertura del paquete de diálisis, retiro del mandil, colocación con la ayuda de la circulante y calzado de los guantes.
- La circulante coloca los peritos en dos cajas vacías los cuales servirán de apoyo y apertura del cobertor de plástico de los peritos y las remangas poniendo al descubierto el cabezal de la solución a infundir.
- La enfermera, previa desinfección de los envases de los medicamentos, agrega carga en las jeringas.
- Con la ayuda de la pinza anatómica agarra el cabezal y con la pinza kelly o mosquito realiza la desinfección en tres oportunidades, corta el cabezal y agrega los medicamentos previamente indicados por el médico e inserta el equipo en Y a los dos frascos de peritos con cuidado manteniendo siempre la asepsia, luego se empapa cuatro gasas en alcohol yodado y se va cubriendo la conexión hecha con ayuda de las pinzas y se sujeta con los hilos seda 0, se pasa a la circulante ambos frascos quien colgará al trípode; la enfermera abre la llave para sacar el aire del equipo.
- Se descubre el área abdominal y realiza la asepsia del área con alcohol yodado y limpia el catéter de Tenckhoff con yodopovidona para evitar que se tape.
- Apertura de la tapa del catéter y conexión al equipo, luego se cubre el área peritoneal y el catéter con gasas y se sella con tela adhesiva de los cuatro lados, no se debe ver de ninguna manera el catéter de tenckoff.
- El volumen a infundir dependerá según la edad, pero debe ser a razón de 30 a 50 l/Kg., los cuales deben ser calentados previamente en la estufa para evitar disminuir la temperatura del paciente.
- Se abre la llave de uno de los frascos y empieza la infusión que debe ser continuo con la llave totalmente abierta en el lapso de 10 a 15 minutos, si el paciente siente molestias se puede disminuir el goteo; una vez terminado la primera infusión se cierra la llave.
- Solución en cavidad abdominal durante el tiempo especificado por el médico (30 a 45 minutos), si es menor a este tiempo no justifica el gasto porque no se cumple con el proceso de ósmosis y difusión, los tiempos largos pueden dar lugar a una captación del líquido dializado (glucosa).
- El tiempo de drenaje debe ser completado en unos 20 minutos, si es mayor debe sospecharse de obstrucción del catéter, recuperada la solución infundida, se procede a continuar con el próximo recambio. Entre el primer y segundo baño puede que no se logre recuperar el líquido administrado; ésto se recupera en los recambios posteriores.

3. PRÓXIMOS RECAMBIOS

- Para los próximos recambios de preferencia se debe utilizar un nuevo equipo para cada diálisis a fin de reducir el peligro de infección. Una vez concluido con los recambios se vuelve a vestir como se menciona en el paso 2.
- Se realiza la asepsia y la circulante pasa la tapa del catéter y se desconecta el equipo en Y se tapa el catéter, se vuelve a realizar la asepsia, se envuelve con gasas empapadas con yodopovidona y se cubre todo el catéter con las gasas y tela adhesiva ocluyendo los cuatro extremos para evitar infecciones posteriores.
- Colocación de los frascos vacíos junto a la cama del niño.
- Mantenimiento de la cabecera de la cama ligeramente elevada para evitar dificultad respiratoria por aumento de la presión intraabdominal.
- Inmovilización al niño a fin de evitar que tire del catéter de diálisis.
- Control y registro frecuente de los signos vitales, observación del estado general del niño.
- Observación y registro con exactitud el estado de conciencia del niño.
- Este procedimiento se repite durante 12 a 36 horas según la indicación del médico.

RECOMENDACIONES

Durante el procedimiento deberán vigilarse permanentemente lo siguiente:

- Las soluciones deben estar a la misma temperatura del cuerpo.
- Debe registrarse el tiempo exacto de la administración y drenaje de la solución.
- El vendaje abdominal debe permanecer limpio y seco durante todo el procedimiento, si nota que escapa liquido debe comunicar inmediatamente al médico.
- Vigilancia de cualquier señal de hemorragia en el niño.
- Vigilancia y registro de los signos vitales frecuentemente e informar inmediatamente ante cualquier alteración.
- Registro por hora de la producción de orina e información de cualquier cambio en el volumen.
- Vigilancia de cualquier síntoma de deshidratación o intoxicación por agua.
- El drenaje del líquido de diálisis debe efectuarse con rapidez.
- Si la corriente de retorno se ve reducida a goteo, comunicar al médico.
- La cantidad del líquido extraído de la cavidad peritoneal debe ser igual o exceder a la cantidad aplicada.

Durante el drenaje del líquido se debe cambiar de posición al niño y estimularle a que tosa.

- Registro de fecha y hora del procedimiento.
- Se debe tomar muestra para cito químico antes y después de la diálisis peritoneal.
- Registro de la cantidad y las características del líquido que drena después da cada recambio y realizar el respectivo balance.
- Si el equipo es tenckhoff se debe guardar la tapa en frasco estéril en solución de yodopovidona y entregar a la mano de la profesional que seguirá con los recambios.
- Se debe pesar al niño antes de iniciar los recambios y al concluir la misma

UNIDAD 13

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AFECCIONES PERINATALES

Índice

1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR 259
2. DRENAJE PLEURAL O TORÁCICO EN NEONATOLOGÍA 260
3. MANEJO DEL RECIÉN NACIDO SÉPTICO 260
4. TRASLADO DE UN NEONATO CRÍTICO 261
5. ADMISIÓN DEL PACIENTE EN UCIN 262
6. USO DEL MONITOR MULTIPARAMÉTRICO EN NEONATOLOGÍA 263
7. ADMINISTRACIÓN DE OXIGENO POR CPAP 264
8. MANEJO SISTEMA CPAP DE BURBUJAS 265
9. INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL 266
10. VENTILACIÓN MECÁNICA 268
11. ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE ALVEOLAR 270
12. ASISTENCIA EN LA ONFALOCLISIS 271
13. OBTENCIÓN MUESTRAS DE ORINA EN NIÑOS 271
14. EXSANGUINEOTRANSFUSIÓN 272
15. LUMINOTERAPIA 273
16. MANEJO DE INCUBADORA 274
17. LIMPIEZA TERMINAL DE LA INCUBADORA 276
18. BAÑO DEL RECIÉN NACIDO EN INCUBADORA 276
19. MANIPULACIÓN MÍNIMA EN PACIENTE DE EXTREMO BAJO PESO 271
20. VALORACIÓN DE SILVERMAN – ANDERSEN 278
21. INTOXICACIÓN POR ORGANOFOSFORADOS 279
22. RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO 279
23. ATRESIA DE ESÓFAGO 280
24. ANO IMPERFORADO 280
25. LABIO LEPORINO 281
26. GASTROSQUISIS 281
27. ONFALOCELE 282
28. ATRESIA INTESTINAL 282
29. HERNIA DIAFRAGMÁTICA 283

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. REANIMACIÓN CARDIOPULMONAR	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para pacientes en edad perinatal, mediante los cuales se regresa a la normalidad los signos vitales alterados, potencialmente letales, basados en evaluaciones y conductas motoras secuenciales destinadas a sostener o restablecer la ventilación y la circulación efectivas del niño en paro respiratorio y cardiorrespiratorio



EQUIPO, MATERIALES E INSUMOS

- Carro de paro con todo el material necesario para una reanimación.
- Electrocardiógrafo o monitor de signos vitales.
- Medicamentos necesarios
- Desfibrilador.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas

A. Vía aérea permeable
B. Respiración
C. Circulación
D. Administración de drogas.
E. Desfibrilación eléctrica
F. Cuidados postreanimación

- Preparación del ambiente a una temperatura adecuada (mayor a 24° C)
- Iluminación adecuada
- Ubicación de la mesa de reanimación de tal manera que permita operar de ambos lados
- Disposición de dos personas debidamente capacitados
- Aspiración de secreciones de las fosas nasales, boca y faringe con la pera de goma
- Limpieza de las secreciones de la cara, boca y nariz con los dedos envueltos en gasa
- Colocación de una almohadita o toalla enrollada por detrás y debajo del cuello, hasta modificar levemente el ángulo de la cabeza con el tórax (extensión leve de la cabeza)
- Auscultación de la frecuencia cardíaca con la ayuda de otra persona
- Aplicación de la máscara y ambú sobre la boca y nariz del bebé adaptando la superficie de ambos y no dejando espacios libres por donde puede escapar el aire. Si la frecuencia cardiaca está por encima de 60 latidos por minuto, realización de la respiración efectiva con máscara durante un minuto, hasta que la misma suba por encima de 100 por minuto y los movimientos respiratorios sean espontáneos.
- Si la frecuencia cardíaca es menor a 60 en el primer minuto (Apgar 0)
- Rodeo del tórax del bebé con ambas manos
- Colocación de los pulgares en la parte media del esternón
- Masaje cardíaco continuo a una velocidad de aproximadamente 100 masajes por minuto
- Realización de la ventilación coordinada con ambú y la ayuda de otra persona (1 ventilación cada 4 a 5 masajes), si la actividad cardíaca aumenta progresivamente continúe hasta que los latidos sean por lo menos 100 por minuto; si se auscultan más de 100 latidos deje de hacer masaje cardíaco, continuando con la ventilación por mascarilla hasta que el bebé realice movimientos toráxicos de ventilación pulmonar espontánea
- Comprobación del tono muscular y color de la piel, si aún se encuentra poco activo, hipotónico y cianótico, colocación del bebé bajo un casco cefálico con 4 o 5 litros por minuto de oxígeno ó 50 a 70 %

RECOMENDACIONES

- Las complicaciones inmediatas y las más frecuentes son neumotórax, quemadura de la piel por el desfibrilador, necrosis tubular aguda y el daño cortical permanente son complicaciones nefastas, se presentan por un retraso o falla en las medidas terapéuticas.
- Si la depresión respiratoria persiste, el bebé debe ser intubado de inmediato
- La auscultación de la frecuencia cardiaca es la que indica el éxito de la reanimación
- Una mala adaptación y coaptación de la máscara en la cara del bebé pueden hacer fracasar el procedimiento y poner en duda la efectividad del método
- Si el cuello del bebé se encuentra en hiperextensión lo más probable es que el oxígeno ingrese al estómago y no a los pulmones
- Antes de realizar las maniobras correctivas, de auscultación, movilización y otras, es importante ventilar al bebé con máscara 4 a 5 veces
- La intubación endotraqueal es un procedimiento difícil que sólo debe ser realizado por personal calificado.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN PACIENTES CON AFECCIONES PERINATALES

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. DRENAJE PLEURAL O TORÁXICO EN NEONATOLOGÍA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan a pacientes en edad perinatal para evacuar aire y contenido de la pleura.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Ubicación al recién nacido en decúbito dorsal.
- Colaboración al médico en el procedimiento.
- Control de signos vitales cada 10 minutos hasta finalizar el procedimiento.
- Administración de medicamentos, según prescripción medica.
- Control de los signos vitales cada 30 minutos después del drenaje.
- Instalación del sistema de drenaje de acuerdo del tipo a utilizar.
- Mantenimiento del sistema de drenaje por debajo del nivel torácico.
- Fijación de todas las conexiones de los tubos con esparadrapo.
- Observación de la oscilación del agua en la cámara de control del sistema.
- Mantenimiento de los tubos de drenaje sin acodamiento.
- Uso de una pinza para tubo de drenaje
- No ordeñar los tubos de conexión.
- Observación de la oscilación y el burbujeo en la columna del sellado de agua con los movimientos respiratorios.
- Observación de cambios en el cuadro clínico y en la zona de drenaje.
- Registro de los cambios que pudieran ocurrir durante el turno en la historia clínica.
- Al instalar el frasco sellado identificación del volumen del líquido con una cinta graduada.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AFECCIONES PERINATALES

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. MANEJO DEL RECIÉN NACIDO SÉPTICO	II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería basados en una serie de medidas o barreras que se practican para brindar atención sin riesgo de exponer al recién nacido a las infecciones cruzadas.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

Uso bata de protección
- Cuando se utilizan batas de protección, se debe utilizar una bata para la atención de cada bebé

Uso de mascarilla ó barbijo
- La mascarilla debe cubrir nariz y boca, el uso de éste no debe ser por más de treinta minutos y desechar inmediatamente después de su uso

Eliminación de desechos
- En el servicio deben disponer mínimo de tres recipientes con bolsas roja y negra y para punzo-cortantes
- Todo equipo susceptible de ser usado nuevamente, debe ser descontaminado, envuelto y etiquetado con la palabra “aislamiento” y volver a esterilizar para posterior uso

Almacenamiento y cuidado ropa de cama
- Toda la ropa de cama después de usada debe ser colocada en bolsa roja con el rótulo de “contaminada”
- Los pañales deben ser sumergidos en un recipiente con lavandina al 0,5 % antes de enviar a lavandería

Protección y mantenimiento de equipos limpios en áreas contaminadas
- La camilla debe estar protegida cubriendo la superficie con una sábana para envolver al bebé
- Para control de la presión arterial, el manguito deberá forrarse con papel o colocarse sobre la manga de la bata
- Las mesas deben protegerse con papel para colocar los equipos limpios
- Utilización de toallas de papel para manipular equipos y/o sus partes y no contaminar áreas de uso común
- Lavado de las manos, desecho de todo el material contaminado en los recipientes con bolsa roja

RECOMENDACIONES

- La limpieza es importante en la prevención de enfermedades infecciosas
- La técnica aséptica sólo tiene éxito cuando todas las personas que están en contacto con el bebé la cumplen

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4.TRASLADO DE UN NEONATO CRÍTICO	II y III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes que requieren transporte de referencia a un nivel de mayor complejidad para recibir atención de especialidad.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Solicitud de admisión en el centro de referencia.
- Confirmación de la misma.
- Valoración del RN.
- Disposición de calor radiante durante las permanencias.
- Permeabilización de vías aéreas.
- Administración de oxígeno por AMBU y/o mascarilla.
- Control de signos vitales.
- Estabilización del neonato.
- Canalización de vía periférica, ónfaloclisis, o percutánea.
- Colocación de sonda oro gástrico.
- Administración de medicamentos prescritos previa verificación de historia clínica.
- Instalación del RN en incubadora de transporte 34ºC. a 36ºC o medio disponible.
- Información a sus padres sobre su traslado.
- Observación durante el traslado: color de la piel, signos vitales, y estado general del neonato.
- Registro en formulario de derivación.
- Verificación de datos de identificación, nacimiento, diagnóstico, tratamiento a seguir fecha y hora de traslado, signos vitales, condiciones de traslado y persona responsable, quien refiere al neonato.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. ADMISIÓN DEL PACIENTE EN UCIN	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes en UCIN, con un montaje de cabecera bien organizado, lo cual ayudara a asegurar un ingreso oportuno, efectivo y eficaz de un paciente pediátrico.

EQUIPO, MATERIAL E INSUMOS

- Desfibrilador con dos paletas con un elemento pulsador para transmitir la corriente desde el condensador al tórax del niño, una de las palas también lleva un dispositivo para almacenar previamente la corriente eléctrica.
- Gel conductor, parches o compresas con suero.
- Electrodos, monitor, papel para electrocardiógrafo.
- Medicación.
- Carro de reanimación
- Oxígeno suplementario,
- Oxímetro de pulso

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- La enfermera debe actuar como coordinadora de la asistencia del paciente durante todo el proceso de admisión.
- Inicio de monitorización
- Administración de oxigenoterapia.
- Observación de la piel.
- Evaluación de la permeabilidad de las vías endovenosas.
- Aspiración de vías aéreas
- Intubación endotraqueal y conexión a ventilación mecánica.
- Instalación de sonda nasal u oro gástrica.
- Administración de medicamentos.
- Información de resultados de laboratorio, valorando los mismos.
- Inmovilización y medidas de seguridad de pacientes.
- Autorización escrita de los familiares para la ejecución de procedimientos invasivos y no invasivos.

RECOMENDACIONES

- Todo el equipo y material debe estar en perfectas condiciones de funcionamiento.
- El equipamiento y montaje debe contar con un mínimo de 15 minutos de anticipación al ingreso del paciente.
- Debe distribuir funciones a cada enfermera para la admisión del paciente.
- Durante todo el proceso de ingreso es esencial no dejar de evaluar todos los sistemas orgánicos, por si existieran cambios.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. USO DEL MONITOR MULTIPARAMÉTRICO EN NEONATOLOGÍA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención de pacientes con monitor multiparamétrico que proporciona valores fidedignos, de saturación de oxigeno, presión arterial, temperatura, frecuencia cardíaca, saturación de oxígeno.



PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Inspección del sensor si está en buen estado de funcionamiento.
- Acomodación del monitor en una mesita estable.
- Verificación que los enchufes estén en buen funcionamiento.
- Conexión de los cables del monitor al enchufe.
- Conexión del cable del sensor al monitor.
- Encendido del monitor.
- Programación, en los tres rangos, rango de saturación, SPO2, de 0%, al 100%, rango, de respiración, rango de electrocardiograma, en diseños para múltiples aplicaciones, con tres niveles de alarma, visual y sonora, memoria de los signos vitales, de las últimas veinte y cuatro horas, con tendencias, gráficas y numéricas, por lo que se considera un sistema de gran precisión.
- Verificación si el funcionamiento es correcto.
- Acomodación al neonato en posición adecuada.
- Aplicación del sensor al neonato previa desinfección de los mismos, sin presionar en la zona adaptada.
- Mantenimiento del estado de alerta a los indicadores de tono de alarma y silenciador.
- En neonatos menores de tres kg. aplicación del sensor en la mano o pie, sensor descartable neonatal o sensor de envoltura neonatal reusable.
- Comprobación de inmediato el estado del neonato.
- Cambio periódico de la zona de aplicación del sensor.
- Comprobación de la integridad de la piel, y la irrigación sanguínea circulatoria, cada cuatro horas.

RECOMENDACIONES

- Retirar el sensor del neonato, cuando el estado general del paciente así lo amerite.
- Desconectar el monitor multiparamétrico, limpiar, desinfectar y guardar para su próximo uso.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO POR CPAP	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes perinatales con dificultad respiratoria; es una modalidad de ventilación no invasiva que proporción una presión positiva continua en la vía aérea facilitando la mecánica respiratoria del paciente; aumenta la ventilación alveolar sin requerir la creación de una vía artificial.

EQUIPO, MATERIAL E INSUMOS

- Respirador convencional modo CPAP
- Cánula CPAP (olivas o gafas nasales) de 6 F
- Tubuladuras (corrugados espiratoria e inspiratoria)
- Conectores de oxígeno.
- Generador de presión exclusivo (frasco de vidrio o plástico).
- Humidificadores
- Suero fisiológico o agua destilada
- Esparadrapo o microporee
- Tijeras

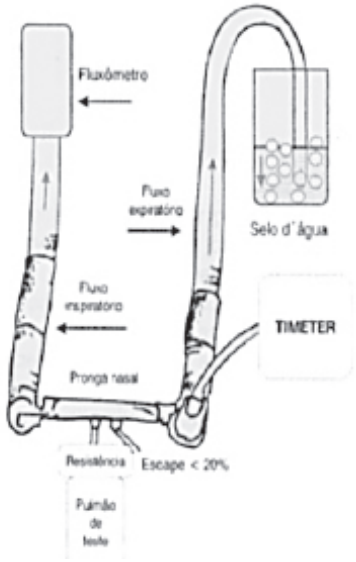
INTERVENCIONES

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas
- Introducción de las prolongaciones nasales, no más de 1 cm.
- Fijación de las olivas nasales con el micropor más ancho al tabique y micropor más delgado al labio superior
- Administración de un flujo de oxígeno por una de las tubuladuras entre 5 a 10 litros para lograr la PEEP deseada.
- Colocación del otro extremo tubular al frasco de agua a una presión de 3-8cm de agua, según los resultados de laboratorio.

RECOMENDACIONES

PRECAUCIONES:
- Verificación de la temperatura del gas.
- Realización del cambio de circuito y cánula nasal cada 7 días
- Verificación de la permeabilidad de la cánula nasal en cada atención
- Retiro de la cánula para aspirar secreciones.
- Cuidado de la piel evitando lesiones por decúbito
- Identificación y notificación de la presencia de erosiones nasales y/o rinorrea purulenta o hemorrágica
- Instalación de la SOG a caída libre.
- Verificación de que el frasco de agua esté burbujeando y mantener la presión indicada.

COMPLICACIONES
- Lesiones de la nariz y la cara por la pieza y sus fijaciones
- Sobre distensión pulmonar con disminución del volumen corriente
- Retención de CO2
- Trastornos cardiovasculares
- Pérdida de presión y flujo de O2 por apertura permanente de la boca
- Ineficaz ventilación por fuga de aire.



NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. MANEJO SISTEMA CPAP DE BURBUJAS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para apoyar la atención pacientes con problemas respiratorios mediante el uso de presión continua, que ayuda a disminuir el trabajo respiratorio del recién nacido/a proporcionando una vía alternativa para el intercambio gaseoso a través del principio de la difusión facilitada.

EQUIPOS, MATERIALES Y SUMINISTROS

- Equipo de CPAP y accesorios.
- Narinas de diferentes números.
- Gorros de diferentes números.
- Red de oxigeno y aire comprimido.
- Red de aspiración.
- Tubuladuras para conectar al aspirador.
- Frasco de vidrio graduado.
- Sonda con vacío para aspirar fauces.
- Frasco de vidrio con agua destilada.
- Incubadora.
- Multípara métrico.
- Tela adhesiva antialérgica para fijar el censor.
- Enchufes eléctricos.
- Neonato internado en UCIN.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA. TRANS EJECUCIÓN:

- Verificación del correcto armado y equipado del CPAP conectando los tubos de presión máxima de oxígeno y aire comprimido a la red central, los otros extremos, conectar al sistema de CPAP.
- Llenado de agua destilada el sachet, posteriormente colgar al pedestal del sistema de CPAP. El borde inferior debe ser conectado al humidificador, el líquido se deslizará automáticamente.
- Instalación del humidificador al pedestal del sistema de CPAP, conectado a este humidificador, por la parte inferior se encuentra un envase graduado, que debe contener agua destilada, el cual muestra la presión de oxígeno, mediante las burbujas de agua.
- Encendido del humidificador, la temperatura del mismo no debe exceder de 38 ºC.
- Conexión del circuito inspiratorio verificando que éste contenga en su interior el cable, teniendo la precaución que un borde debe ser conectado a las narinas del neonato, el otro extremo conectar al humidificador. El circuito espiratorio debe ser conectado a las narinas del neonato, yendo el otro extremo al envase de agua que determina la presión de oxígeno, que debe recibir el neonato el cual no debe ser mayor de 5 – 6 l/min.
- Graduar el flujo de oxígeno que no debe superar de 5 a 6 l/min.
- El FIO2 debe ser graduado de acuerdo a requerimiento, yendo los parámetros de cero al 100%.
- Clasificación de las narinas de acuerdo a la numeración, utilizando la regla del equipo de CPAP.
- Clasificación del gorro acorde al tamaño y número correspondiente, previo haber tomado el perímetro cefálico.
- Posición en decúbito dorsal al neonato.
- Colocación del gorro seleccionado, con el scrach por la parte anterior.
- Colocación de las narinas previamente seleccionadas, teniendo cuidado que la curvatura de la narina se deslice directo a las fosas nasales del neonato, teniendo la precaución de no presionar para no causar daños como la necrosis por presión excesiva del tabique nasal, asegurando con las cintas de la parte posterior del gorro, hacia la parte anterior enganchando con precisión en los ganchos de plástico. Este procedimiento se debe realizar en un solo tiempo utilizando ambas manos.
- Dejar en posición correcta al neonato, como ser:
  - Posición ventral con la cabeza lateralizada, dorsal con la cabeza lateralizada, o lateral.
  - Verificación de cambios en el neonato si los hubiera, basados en el multipara métrico.

POST EJECUCIÓN:

- Una vez estable los parámetros de respiración del neonato, desconexión del sistema CPAP de burbujas, verificando siempre la indicación médica firmada y sellada en la historia clínica.
- Lavado, armado y traslado al lugar correspondiente listo para su nuevo uso.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. INTUBACIÓN ENDOTRAQUEAL	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención de pacientes que requieren intubación endotraqueal, que consiste en la introducción de una sonda o tubo flexible provisto de un globo de seguridad desechable que ingresa hasta la tráquea, por boca o fosas nasales (naso traqueal) para asegurar una vía permeable. De preferencia se usa la vía oro traqueal por que es de mayor facilidad para su acceso y menos traumática y permite el uso de tubos de distintos calibres



MATERIAL E INSUMOS

- Laringoscopio (con pilas y hojas de distintos tamaños)
- Pinza Maguil
- Guía o estilete (se debe insertar al tubo asegurando que este no sobrepase el tubo del extremo proximal al paciente) opcional
- Campo estéril
- Guantes estériles
- Cubre boca
- Tubos endotraqueales del tamaño adecuado según edad y calibre desde 2. a 7.5 mm.
- Lubricante anestésico hidrosoluble
- Jeringa de 5 ml.
- Sonda de aspiración de tamaño adecuado estéril
- Medicación: analgesia, anestésica y relajantes musculares (midazolam, fentanyl, atracurio y en caso de paro adrenalina, atropina)
- Tubos de Guedel o cánula de Mayo
- Sistema de oxígeno con humidificación.
- Sistema de fijación (gasa acintada o tela adhesiva para fijar el T.E.T.)
- Ambu con mascarilla conectado a fuente de oxígeno
- Equipo de aspiración
- Almohada pequeña
- Dos frascos estériles con solución fisiológica o en lo posible agua estéril
- Estetoscopio
- Reanimador manual y mascara
- Oxímetro de pulso, capnógrafo
- SNG para evacuar contenido gástrico.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Colocación al paciente en decúbito supino o rossier.
  - En RN y lactantes la colocación de una almohadilla debajo de los hombros que permitirá la extensión de la cabeza y cuello.
  - En niños mayores y adolescentes en posición supino con la cabeza elevada y extendida
- Aspiración de las secreciones bucofaríngeas
- Administración de la medicación prescrita
- Hiperventilación al paciente con oxígeno al 100%.
- Apertura amplia de la mandíbula del paciente utilizando la técnica de los dedos cruzados con la mano derecha y con la otra rociar anestésico tópico.
- Con la mano izquierda introducción del laringoscopio a lo largo del lado derecho de la boca avanzar y desplazar la lengua hacia la izquierda.

• Mantenimiento de la muñeca rígida, levantar el laringoscopio hacia arriba y delante en un ángulo de 45 grados evitar el movimiento de palanca para visualizar la laringe
• Visualización de la glotis e introducción del tubo hasta la tráquea .Si es posible utilizar la pinza Maguil para ayudar la inserción cuando se emplea la vía nasal.
• Preparación si es necesario presionar el cartílago Cricoides y aumentar la exposición de la laringe.
• Conexión inmediata de la bolsa de reanimación y ventilar manualmente
• Comprobación de la posición correcta del tubo mediante la auscultación en ambos campos pulmonares.
  - Comprobación de ausencia de ruidos respiratorios en estómago
  - Comprobación de movimientos de la pared torácica al ventilarlo
  - RX de tórax urgente para comprobar que el extremo del tubo está por encima de la carina.
• Marcado de la parte proximal de la entrada del tubo ya sea por nariz o boca
• Aspiración del tubo endotraqueal con técnica aséptica.
• Fijación con tela adhesiva o gasas acintadas en el número calculado.
• Ventilación manual con la bolsa de reanimación mientras se programan los parámetros del ventilador mecánico
• Conexión al ventilador mecánico
• Observación de los signos vitales sobre todo la saturación de oxígeno.
• Gasometría arterial de control.

RECOMENDACIONES

COMPLICACIONES
• Hipoxemia por apnea prolongada
• Disritmias cardíacas
• Traumatismo laríngeo.

PRECAUCIONES
• Compruebe el correcto funcionamiento del tubo endotraqueal
• Compruebe el buen funcionamiento del laringoscopio
• Asegurar una toma de oxígeno
• Evitar traumatismos de boca, faringe, laringe y esófago ya que pueden producir lesiones como desgarros durante la intubación, separar labios y dientes de la hoja del laringoscopio.
• Informarse sobre lesiones cervicales para evitar lesiones de médula
• Si la intubación no es posible en un periodo de 30 segundos se debe evitar hipoxia interrumpiendo el procedimiento y administrar oxígeno al 100%

OBSERVACIONES
• Vigilar los desplazamientos del tubo
• Vigilar la constante permeabilidad del tubo endotraqueal
• Evite el roce del tubo y cintas de fijación
• Movilizar el tubo y cinta lo necesario
• Realizar higiene bucal con antiséptico

TAMAÑO RECOMENDADO PARA ELEGIR TUBO ENDOTRAQUEAL, LARINGOSCOPIO

EDAD DEL PACIENTE	TAMAÑO DE LA HOJA DEL LARINGOSCOPIO	TAMAÑO DEL TUBO ENDOTRAQUEAL (mm)
0 – 6 meses	Miller 0 - 1	3.5 – 4.0 sin globo
1 años	Miller 1	4.0 – 4.5 sin globo
2 años	Miller 2	4.5 – 5.0 sin globo
4 años		5.0 – 5.5 sin globo
6 años		5.5 sin globo
8 años	Macintosh 3	6.0 con o sin globo
10 años		6.5 con o sin globo
12 años	Macintosh 3	7.0 con o sin globo
Adolecentes	Macintosh 3 Miller 3	7.0 - 7.5 con o sin globo

TAMAÑO RECOMENDADO PARA ELEGIR EL TUBO ENDOTRAQUEAL EN NEONATOLOGÍA

PESO DEL RN EN (g)	EG (semanas)	DIÁMETRO TET (cm)
1.200	30	2,5 sin globo
1200 a 2000	31 a 35	3 sin globo
Más de 2000	36 a 40	3,5 sin globo
Más de 3700	Más de 41	4 sin globo

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. VENTILACIÓN MECÁNICA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes que requieren ventilación mecánica, que es conjunto de medidas empleadas para aplicar presión (positiva o negativa) a las vías respiratorias para disminuir o sustituir el trabajo de la respiración.



MATERIAL E INSUMOS

- Ventilador mecánico
- Agua destilada

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas
- Conocimiento de la edad y patología del paciente.
- Preparación del ventilador y cargar el humidificador con agua estéril
- Revisión previa del correcto armado del ventilador
- Acoplamiento del pulmón a la conexión del ventilador que está cubierto con gasa estéril
- Conexión de los cables eléctricos, la fuente de oxígeno y aire comprimido
- Prendido del ventilador
- Programación de la modalidad y las presiones según edad y peso del paciente
- Una vez preparado el ventilador se conecta al paciente que ya se encuentra intubado



Fig.10 Ventilador Beybi Log



Fig. 11 Ventilador Servo i

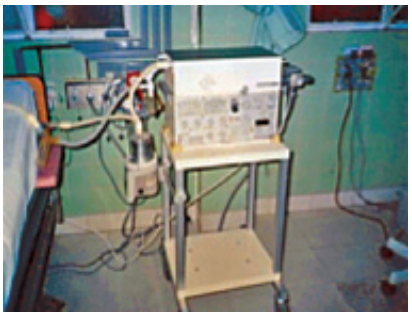


Fig. 9 Ventilador

CONOCIMIENTOS PREVIOS.-

A) **Respiradores ciclados por presión.-**
- Su mecanismo de acción es insuflar el pulmón a una determinada presión entre 35 a 40 cm de H2O, luego el pulmón se vacía espontáneamente.
- El volumen corriente dependerá depende de la presión inspiratoria máxima y del tiempo inspirado. La indicación de estos ventiladores son: pacientes que cursan con padecimientos que alteren la mecánica ventilatoria, depresión del estado de conciencia, neuropatías, donde no se espera que haya cambios en la resistencia ni en la distensibilidad.
- La mayoría de ellos vienen calibrados en cm de H_2O, para establecer la duración de la fase inspiratoria se utiliza el control de flujo inspiratorio el cual viene regulado en litros/minuto.

B) Ventiladores ciclados por volumen.-
- En los ventiladores ciclados por volumen se conoce el volumen corriente y la presión que se genera para entregarlo. El límite de presión es de 10 a 20 cm de H2O por arriba de la presión que se generada para proporcionar el volumen deseado (10 a 20ml/Kg. de peso) con objeto de asegurar la entrega del mismo a pesar de aumentos de la resistencia o reducción de la distensibilidad y evitar que se genere una presión intratorácica excesiva.
- La principal ventaja es que permiten mantener relativamente constante el volumen corriente a pesar de los cambios mencionados en la resistencia o distensibilidad y son usados para pacientes con enfermedad respiratoria.

TIPOS DE PRESIÓN

- Presión positiva intermitente (PPI) genera presión por arriba de la presión atmosférica, durante la fase inspiratoria para introducir la mezcla de gases a los pulmones, durante la espiración la presión regresa a la basal.
- Presión positiva continua (CPAP). El paciente respira de manera espontánea conectado al ventilador con una presión que puede variar de 2 a 14 cm de H2O, el ventilador no da disparos y puede funcionar con flujo continuo.
- Presión positiva al final de la espiración es una forma de proporcionar presión positiva continua. La presión que se genera durante la inspiración ya no inicia de 0, sino por arriba del mismo. Durante la espiración regresa a la presión basal inicial.

MODALIDADES DE APOYO VENTILATORIO

Controlada: Es el modo de ventilación mecánica en el cual el paciente no tiene un papel activo en el ciclo ventilatorio. La maquina inicia la inspiración, proporciona la energía para ésta y determina la frecuencia de ventilación y el volumen total. La ventaja de este método es la de conocer la magnitud de la asistencia proporcionada al paciente. Es particularmente útil en pacientes críticamente enfermos, que no disponen de la capacidad de iniciar espontáneamente la respiración.

***Asistida*:** Es el modo de ventilación mecánica en el cual el ventilador comienza la inspiración en respuesta de un esfuerzo inspiratorio iniciado por el paciente; en este método de ventilación es importantísimo, el mando de control de "sensibilidad inspiratoria" o TRIGGER; no recomendándose niveles de sensibilidad no muy altos, ya que ocasionan angustia al paciente por un aumento del trabajo inspiratorio con el consiguiente incremento en el consumo de oxígeno del paciente.

Asistida-Controlada: Es el modo de ventilación mecánica en el cual el paciente recibe un número indispensable de respiraciones, a un volumen, presión y frecuencia determinados, pudiendo iniciar intermitentemente su propio esfuerzo inspiratorio y recibir el volumen o presión establecidos.

Ventilación mandatoria intermitente IMV: En la cual el paciente respira por sí mismo y a intervalos determinados se le proporciona una respiración forzada mediante el respirador, esta respiración es completamente independiente del patrón ventilatorio del paciente y puede ser determinado por un límite preestablecido de presión o de volumen.

CPAP: El paciente respira por sí mismo, con una fracción de oxígeno inspirado preestablecido y con posibilidad de mantener una presión positiva intratorácica permanente.

PARÁMETROS DE VENTILACIÓN MECÁNICA

- Tiempo inspiratorio: en los ventiladores de presión se indica en base a la edad del paciente. En los volumétricos resulta de la frecuencia de ciclado del flujo inspiratorio máximo y de las características de resistencia y distensibilidad del aparato respiratorio del paciente.
- Flujo inspiratorio máximo: se calcula multiplicando el volumen corriente por la frecuencia de ciclado con los que se obtiene el volumen minuto este resultado se multiplica por tres y resulta el flujo máximo con el que se puede iniciar la ventilación mecánica.
- Frecuencia de ciclado: depende de las condiciones clínicas del niño yen base a la PaCO2.
- Volumen corriente: se usa cuando es volumétrico y se calcula de 10 a 15ml/Kg. de peso, también se valora la PaCO2, cuando se desea hiperventilar se puede usar 15ml/Kg. de peso.
- Presión máxima o límite: se valora con la expansión torácica adecuada, teniendo en cuenta el calibre de las vías aéreas, presencia de secreciones y la PaCO2.
- Fracción inspiratoria de oxígeno (FiO2) se puede iniciar con 30 a 50% excepto en paro cardiorrespiratorio, se inicia con 100%. Los incrementos se hacen de 10 en 10% y los descensos de 5 en 5% 15 a 30 minutos después de cada cambio, se efectúa gasometría arterial. Se debe tratar de usar hasta el 60% para evitar efectos tóxicos sobre el pulmón si acaso aumentar la presión positiva al final de la espiración. Si persiste la hipoxemia se puede subir por encima de 60%.
- Sensibilidad: se debe ajustar el ventilador para que detecte el esfuerzo inspiratorio del paciente y lo apoye con la aplicación de presión.
- Suspiros: el volumen se calcula 50% mayor al volumen corriente, cuando un paciente está ventilado por períodos largos se desarrollan microatelectasias que no se visualizan a los Rx pero se manifiesta con aumento de requerimiento de oxígeno. Esto se evita o disminuye programando suspiros con una frecuencia de cuatro por hora.
- Cuando se utiliza volumen corriente de 15ml/Kg. o apoyo de presión no hay necesidad de emplear suspiros.

RECOMENDACIONES

COMPLICACIONES

- Efectos tóxicos locales sobre el epitelio respiratorio, se lesiona los neumocitos tipo II.
- Disminuye la producción de sustancia tensoactiva
- Irritación de la mucosa respiratoria y deshidrata las secreciones.
- Inhibe el movimiento ciliar
- Baro traumas
- Neumonías

PARAMETROS PARA LA VENTILACIÓN MECANICA

Cuadro Clínico	PIM	PEEP	TI	TE	FR	FiO2
Síndrome de distrés respiratorio	20-30	4-6	0.5	1:1	40-60	Variable
Síndrome de aspiración meconial	25-40	2-4	0.7	1:1	40-60	Variable
Asfixia peri natal	20-25	3-5	0.3-0.5	1:1	15-20	Variable

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE ALVEOLAR	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes que requieren surfactante, agente tensioactivo alveolar





EQUIPO, MATERIALES E INSUMOS

- Respirador
- Tubo de oxígeno
- Jeringa de 5 ml.
- Torunda de algodón estéril.
- Tubo endotraqueal adecuada.
- Ampolla de Surfactante Alveolar

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

ADMINISTRACIÓN DE SURFACTANTE ALVEOLAR.

Verificación de la indicación médica en la historia clínica, firmada y sellada, de acuerdo a estándares, en lo que respecta, a mg./Kg./dosis.

PASOS

- Buena posición del tubo Endo Traqueal.
- En neonatos muy pequeños usar adaptador endo traqueal, para evitar retirar el tubo, observando siempre la saturación de oxígeno.
- En < de 1000 g. proporcionar el surfactante en de cúbito dorsal haciendo girar el tórax cada 30".
- En > de 1000g. efectuar, una suave rotación sólo de la cabeza.
- La velocidad de infusión debe ser no menor de 3'-4' en ocasiones hasta 30', para evitar bloqueo espiratorio, descenso súbito del flujo sanguíneo cerebral, o riesgo de una hemorragia intraventricular; para evitar lo mencionado se debe vigilar los signos vitales.
- La dosis del agente tensio activa alveolar es de 100 mg./Kg./dosis.
- La dosis de refuerzo no debe ser mayor de dos a tres veces
- Retiro de la ampolla de surfactante, del lugar de almacenamiento, constatando la fecha de expiración.
- Cargado de la jeringa con la solución, teniendo el sumo cuidado de no contaminar el procedimiento.
- Administración del agente, de acuerdo a los anteriores acápites.

POST- ADMINISTRACIÓN DEL SURFACTANTE ALVEOLAR.

- Retiro de todo el material utilizado, teniendo la precaución de no contaminar al neonato.
- Monitorización al neonato verificando los cambios de signos vitales si los hubiera.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. ASISTENCIA EN LA ÓNFALOCLISIS	II y III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes que requieren ónfaloclisis, técnica que consiste en la inserción de un catéter en la vena umbilical.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Preparación del material estéril y ubicación de la fuente de luz.
- Asistencia al médico durante el procedimiento
- Valoración de la condición clínica del recién nacido y advertir al medico sobre cualquier alteración.
- Administración de la solución parenteral indicada.
- Fijación del catéter utilizando la inmovilización en puente.
- Retiro del material utilizado.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
CON AFECCIONES PERINATALES

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. OBTENCIÓN MUESTRAS DE ORINA EN NIÑOS	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes que requieren la técnica de recolección de una muestra de orina en óptimas condiciones para diferentes exámenes de laboratorio y con fines diagnósticos



PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas
- Doblado de las cubiertas en forma de acordeón a los pies de la cama
- Calzado de los guantes
- Colocación del equipo a los pies de la cama para facilitar el trabajo
- Colocación del niño en decúbito dorsal y colocación de la chata protegida con papel
- Aseo de los genitales, lavado y secado bien
- Recolección de la orina a chorro medio directamente en el frasco o aplique el colector de orina, fijando bien en los genitales para que no se desprenda y no se contamine con heces
- Retiro y lavado del equipo
- Observación al niño hasta obtener la muestra
- Retiro del colector de orina, si desea el contenido puede vaciar al frasco estéril, caso contrario mantener en el colector
- Identificación del recipiente
- Arreglo de la unidad del niño
- Envío de la muestra a laboratorio junto a la papeleta de solicitud
- Registro del procedimiento realizado, cantidad y características de la muestra obtenida.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
14. EXANGUINOTRANSFUSIÓN	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes que requieren exanguinotransfusión que consiste en introducir un catéter de polietileno en la vena umbilical, para realizar recambio de sangre del 75 al 85 % de circulante, extrayendo repetidamente en pequeñas cantidades y reemplazando en cantidades equivalentes de sangre del donante.



PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Preparación y llevado el equipo al lugar destinado para realizar el procedimiento
- Preparación de la mesa o superficie donde se realizará colocando la frazadita doblada y sobre ella las bolsa de agua caliente y pañales a manera de colchoncito
- Acostado al bebé en posición prona o decúbito dorsal
- Inmovilización de las cuatro extremidades al borde de la mesa
- Abrigo al bebé mientras inicia el procedimiento
- Aplicación del chupete de distracción en la boca del bebé, para evitar el llanto mientras dura el procedimiento
- Colocación del fonendoscopio en la región precordial, fijando con tela adhesiva
- Apertura del paquete de ropa estéril
- Ayuda al médico a vestirse la bata y calzarse los guantes
- Apertura de la caja de exanguinotransfusión
- Descubrir el abdomen, realizar la asepsia de la región umbilical y periumbilical
- Ayuda para colocar los campos estériles y luego el campo fenestrado
- Proporcionar el catéter de polietileno
- Pocillo estéril con cantidad suficiente de solución fisiológica y la heparina para purgar el catéter, jeringas y llaves de tres vías
- Conexión del equipo de transfusión en la bolsa de sangre y el equipo de venoclisis conectar sobre el frasco colector de la sangre extraída
- Agitación de la bolsa de sangre de cuando en cuando en forma suave
- Revisión periódica de las extremidades inmovilizadas aflojando las mismas si fueras necesario
- Recojo del material y equipo utilizado una vez concluido el procedimiento
- Traslado del bebé a su unidad, evitando su enfriamiento
- Observar permanentemente al bebé ante la posibilidad de presentar sangrado de la región umbilical
- Observación del estado general del bebé
- Lavado, preparado y devolución del equipo para posterior uso
- Registro del procedimiento realizado, duración, medicamentos administrados, reacción del bebé

RECOMENDACIONES

- Durante el procedimiento evitar el enfriamiento, además una persona debe responsabilizarse del monitoreo cardiorespiratorio y del estado general del bebé
- La sangre a utilizar debe estar a 37° C
- Registrar en la planilla diseñada para el efecto los recambios sanguíneos: anotando hora cantidad extraída y repuesta
- Para la realización del procedimiento debe mantenerse tres horas antes en ayuno
- Vigilar signos de insuficiencia cardiaca, taquicardia, taquipnea y distensión abdominal
- Si el bebé se encuentra estabilizado, alimentar al bebé después de 2 a 4 horas de la exanguinotransfusión.

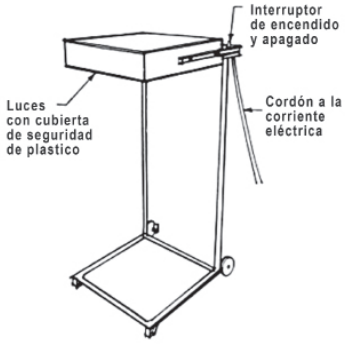
NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
15. LUMINOTERAPIA	II – III

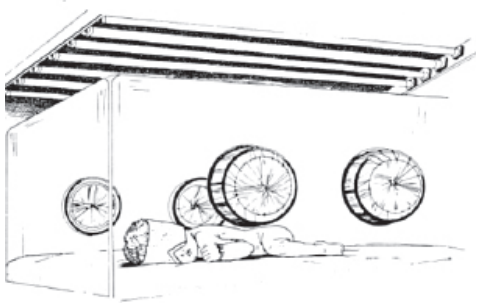
DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención de pacientes que requieren luminoterapia, método que produce la isomerización reversible de la bilirrubina no conjugada en la piel, produciendo ictericia neonatal.

EQUIPOS

Luminoterapia





MATERIALES E INSUMOS

- Protector ocular

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Verificación del correcto funcionamiento de los tubos fluorescentes.
- Explicación a los familiares el procedimiento a realizar.
- Preparación de la unidad del paciente.
- Desvestido del bebé para obtener una exposición adecuada de la piel.
- Cobertura de los ojos con el apósito estéril opaco y sujete con el lente ocular, asegurándose que los ojos estén cerrados.
- Colocación al recién nacido desnudo a una distancia de 40 a 60 cm. de la luz.
- Protección de los testículos con un pequeño pañal doblado.
- Cambio de posición cada 3 horas, para exponer todas las áreas corporales a la luz.
- Aseo ocular cada 3 horas en el recién nacido.
- Evite el enfriamiento si el bebé está siendo sometido a este procedimiento en una cuna normal.
- Mantenimiento de la lactancia materna a libre demanda, retirando previamente el protector ocular para favorecer la interacción afectiva madre- niño.

RECOMENDACIONES

- El protector ocular debe ser de tamaño apropiado y no ocluir las vías respiratorias.
- No usar lubricante o soluciones aceitosas sobre la piel para que no aumente el bronceado.
- Asegurar que los tubos fluorescentes funcionan adecuadamente. La vida media de los tubos de luz es de aproximadamente 2000 horas u 80 días de uso continuo.
- Suspender la luminoterapia cuando se comprueba descenso de los niveles de bilirrubina en 4 – 5 mg/dL y por debajo de 14 – 15 mg/dL.
- Para valorar al bebé se debe apagar la luminoterapia.
- Los neonatos que reciben fototerapia requieren hasta un 25% extra de volumen de líquidos para compensar las pérdidas insensibles e intestinales de líquidos.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
16. MANEJO DE INCUBADORA	**II – III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para el manejo de una incubadora, equipo electromecánico que sirve para mantener la termo regulación, humedad, oxígeno y aislamiento necesarios para proteger al recién nacido.

EQUIPO , MATERIAL E INSUMOS



- Incubadora
- Algodón
- Tela adhesiva
- Agua destilada estéril
- Nitrato de plata
- Porta suero
- Balón de oxígeno
- Formularios de registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

Encendido de la incubadora

- Encendido de la incubadora si tiene palanca o interruptor de encendido
- Conexión al enchufe en el sistema eléctrico, luego de la cual se encenderá la luz en el panel de control, el mismo que señala que la incubadora se encuentra funcionando y el aire circulando
- Giro de la perilla de control de temperatura en sentido horario, hasta conseguir la temperatura deseada e indicada. La luz del calefactor se enciende cuando al unidad de calentamiento está elevando la temperatura y se apaga automáticamente una vez que alcanza la temperatura deseada
- Lograda la temperatura deseada en el termómetro, girar la perilla en sentido contrario a las manecillas del reloj hasta que la flecha del medidor quede al medio o ½. La luz indicadora de control del calefactor permanecerá encendida

NOTA

- Vigilancia continua y permanente de la temperatura observando el termómetro de la incubadora antes de realizar cualquier ajuste a la perilla del calefactor
- La alarma de “temperatura alta” es un dispositivo de seguridad que se enciende sólo cuando la incubadora se sobrecalienta
- El ambiente térmico neutral es aquel en que la temperatura del bebé se conserva al nivel en que su metabolismo necesita menor consumo de oxígeno (generalmente se encuentra entre 36,5 y 37° C)
- Para niños con peso inferior a 1500 g la incubadora debe precalentarse a una temperatura de 34 a 36,1° C y para los bebés con peso superior a 1500 g entre 33,9 y 35° C
- La incubadora controla temperatura, humedad y concentración de oxígeno, al mismo tiempo que permite un alto grado de aislamiento mediante la ligera presión positiva que conserva el sistema de circulación de aire
- Los cambios bruscos en la temperatura de la incubadora pueden provocar reacciones metabólicas desfavorables provocando apnea en el recién nacido

Manera de introducir al bebé dentro la incubadora

- Apertura de la cúpula transparente hacia arriba, hasta sentir que el dispositivo de seguridad esté enganchado y evitar que ésta se cierre accidentalmente
- Colocación al bebé sobre la colchoneta en la posición indicada o requerida
- Presión de la palanca de seguridad para cerrar la cúpula
- Bajado de la cúpula lentamente sobre el empaque que se encuentra sobre la base

Control de temperatura de la piel del bebé

- Colocación de la sonda del termómetro en contacto con la piel del abdomen del bebé
- Cobertura de la sonda con un trozo de algodón para aislar el termómetro de la temperatura ambiental dentro de la incubadora
- Fijación con una tira de tela adhesiva para conseguir u buen contacto de la sonda del termómetro con la piel del abdomen

Uso del oxígeno

- Conexión de la manguera que viene del regulador de oxígeno en el pitón de entrada al humidificador
- Ajustado del regulador de manera tal que la aguja del manómetro del humidificador llegue al sector verde de la escala (8 litros/minuto = concentración aproximada de 35 %)

NOTA

- Cuando se usa altas concentraciones de oxígeno se corre el riesgo de producir la fibroplasia retrolental al bebé
- El oxígeno sólo debe ser usado bajo indicación médica
- Cuando administre oxígeno en altas concentraciones comunicar al médico y registrar el motivo
- El oxígeno a altas concentraciones es inflamable, esta prohibido fumar en ese ambiente
- Los balones de oxígeno deben mantenerse fuera de la unidad de neonatología y lejos de las incubadoras

Empleo del humidificador

- Apertura de la tapa del humidificador, llenar hasta la marca con agua destilada estéril
- Colocación del dispositivo de humedad en la posición máxima

Control de humedad

- Oprimir el botón de control de humedad
- Presión del botón hasta que el brazo inferior enganche en la aleta de la válvula de regulación de la humedad hasta conseguir la humedad deseada

NOTA

- Para evitar el desarrollo de microorganismos en el recipiente del humidificador adicionar nitrato de plata al agua destilada 0,5 m por litro de agua, dilución 1/10.000
- El agua debe vaciarse y cambiarse cada día hasta el nivel que señala
- Para drenado y secado del agua del humidificador, girar la cámara hacia la izquierda
- Si el control de humedad se encuentra al máximo y la temperatura de la incubadora es más alta que la temperatura ambiente de la sala el vapor puede condensarse dentro la incubadora.

Uso de la cámara de hielo para enfriar la temperatura interna de la incubadora

- Llenado de la cámara con hielo molido o picado, agregar un litro de agua destilada fría en el recipiente
- Giro de la perilla de control de humedad a la posición mínima, debiendo revisar luego en forma frecuente la temperatura de la incubadora.

NOTA

- Cada carga de hielo puede durar hasta tres horas
- Para vaciar, colocar un recipiente colector, abrir la válvula de la parte inferior de la cámara de hielo.

Uso de las portezuela y mangas de plástico

- Apertura de la portezuela ejerciendo presión con los codos sobre los botones de cierre, manteniendo las manos limpias levantadas hacia arriba
- Introducción de los brazos a través de las mangas.

NOTA

- Cuando se usa la incubadora que no necesita abrirse para proporcionar atención sistemática al bebé las condiciones atmosféricas del interior se mantienen constantes
- Todas las manipulaciones y cuidados del bebé se efectúan a través de cualquiera de las cuatro portezuelas de entrada
- La incubadora siempre debe estar ubicada de modo que pueda observarse la cara del bebé a través de la cubierta de plástico.

Manera de pesar al bebé dentro la incubadora.

- En la parte superior de la cúpula se encuentra un orificio a través del cuál se introduce el gancho de la balanza y poder colocar al bebé sobre la hamaca destinada para ello.

Cubierta de plexiglás

- Es la portezuela con bisagra a través de la que puede extraerse de la incubadora la ropa sucia o contaminada y otros artículos, la misma que se encuentra ubicada en la base la incubadora lo que nos permite poner en práctica los principios de microbiología que permite la prevención de la contaminación de los espacios limpios.

Palancas para movilización de bandeja

- Están situadas en la cabecera y al pie de la incubadora, sirven para sostener la bandeja donde apoya el colchón y permite realizar movimientos para colocar al bebé en posición de Fowler o de Trendelemburg.

Gabinete de almacenaje

- La base o soporte de la incubadora proporciona espacio para almacenar ropa blanca y otros artículos, pudiendo guardarse también la balanza bebé.

RECOMENDACIONES

- Cumplir las recomendaciones de fábrica de la incubadora.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
17. LIMPIEZA TERMINAL DE LA INCUBADORA	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la aplicación de métodos de limpieza de la incubadora, incluyendo sus accesorios para eliminar los microorganismos, previniendo de esta manera infecciones intra hospitalarias en Neonatos internados en UCIN.

MATERIALES E INSUMOS

PRE EJECUCIÓN

- Dos bañadores grandes.
- Detergente.
- Esponja.
- Guantes domésticos.
- Dos compresas suaves de aseo.
- Dos repasadores de algodón para el secado.
- Aplicadores o hisopos pequeño y grande.
- Agua, delantal de hule.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Colocado del delantal y guantes domésticos.
- Desarmado de la incubadora y sus accesorios.
- Sumergir todos los accesorios en un recipiente que contenga , agua con detergente
- Inicio del lavado prolijo.
- Lavado de la Cúpula o cámara de plástico por dentro y por fuera, las porta manguitas.
- Lavado de la parte metálica de la cámara, teniendo la precaución de lavar con el hisopo pequeño el orificio que conecta el depósito de agua.
- Lavado del estante metálico por dentro y por fuera, cordones eléctricos y ruedas; secar en el mismo orden.
- Los elementos que se dejaron remojando se lavan con detergente, enjuagar y secar con repasador de tela de algodón.
- Armado de la incubadora teniendo la precaución de colocar adecuadamente las empaquetaduras y bandejas.
- Traslado a su respectivo lugar.
- Si no se va a ocupar cubrir con porta incubadora de tela limpia.

RECOMENDACIONES

- Cumplir con las recomendaciones de fábrica.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
18. BAÑO DEL RECIÉN NACIDO EN INCUBADORA	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes que requieren aseo general realizado en la unidad del recién nacido, sin riesgos de exposición. Cuidado diario de la piel del recién nacido.

EQUIPOS, MATERIALES E INSUMOS

- Dos toallas pequeñas
- Toalla para baño
- Cubeta o riñonera.
- Recipiente con agua tibia
- Jaboncillo
- Pañales, Sabanillas.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Comienzo del baño por la cara, cabeza y las partes del cuerpo consideradas limpias con movimientos suaves
- Continuación con el resto del cuerpo terminado en los genitales, poniendo énfasis en los pliegues de la piel
- Colocación del bebé boca abajo para lavar la espalda
- Envolver en la toalla para baño y proceder a secar con movimientos suaves
- Vestir al bebé colocando solo un pañal
- La ropa sucia debe retirarse comenzando por la cabecera hasta llegar a los pies
- Cambio de las sabanillas del colchoncito colocando de tal manera que éste quede bien protegido de arriba hacia abajo
- Retiro de la ropa sucia a través de la puerta de plexiglás situada al pie de la incubadora
- Los artículos sucios no deben retirarse por la zonas limpias menos tocar la cara del bebé
- Verificación que la sabanita esté bien metida debajo del colchón a fin de evitar que los orificios por donde circula el aire se obstruyan.
- Registro del procedimiento realizado y las reacciones observadas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
19. MANIPULACIÓN MÍNIMA EN PACIENTE DE EXTREMO BAJO PESO	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes mejorando la calidad de los cuidados, detectando anomalías que requieran medidas de urgencia, disminuyendo iatrogenias e infecciones nosocomiales, favoreciendo el desarrollo físico emocional

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
- Preparación de la unidad con todo el material y equipos necesarios
- Traslado del prematuro
- Instalación de los monitores
- Conexión a IMV u otra modalidad de oxigenación.
- Canalización y toma de muestras
- Inicio de tratamiento.
- Comunicación a los padres.
- MANIPULACIÓN MÍNIMA

Los procedimientos, exploraciones, intervenciones y cuidados se los debe agrupar para brindar atención cada cuatro horas, la manipulación será más frecuente durante el día, menos por la noche.
- Concentración de los procedimientos para horas señaladas y el resto del tiempo sólo observación.
- Control de temperatura.
- Ambiente térmico neutro.
- Evitar pérdidas insensibles.
- Incubadora de doble pared
- Control de humedad: Mantener humedad alta en los primeros días, cerca del 80 %
- Posturas: Uso de posturas en flexión, cambios posturales, usar nidos
- Control de peso: cada 12 o 24 horas de preferencia por la mañana, con fuente de calor adecuada o dentro de la incubadora
- Cuidado de la piel:
  - Baño de esponja durante dos semanas luego puede ser el de inmersión
  - Uso de telas adhesivas pequeñas
  - Observación de zonas de irritación de la piel
  - No lubricantes
- Cuidados con la luz : disminución de la intensidad de la luz y cubrir la incubadora sobre todo por la noche
- Cuidados con el ruido: disminución de los ruidos bruscos
- Lavado de catéteres intraarteriales o intravenosos: No lavar las líneas arteriales ni venosas, sobre todo si contiene soluciones vasoactivas
- Compresión vesical: Instalación de sonda vesical de pequeño calibre si no hubiera la diuresis adecuada, pero no realizar compresiones.
- Intubación endotraqueal: Aseguramiento de la posición del TET.
- Oxígenoterapia: Monitorización de la saturación.
- Ventilación asistida: Control de los parámetros del ventilador
- Aspiración de la vía aérea: Aspiración en presencia de secreciones
- Kinesioterapía respiratoria: La vibración es más suave y efectiva
- Manejo de las apneas: Estimulación suave de las apneas
- Acceso vascular: Minimización de las punciones por los riesgo de infecciones
- Muestras de laboratorio: Realización de exámenes de laboratorio esenciales
- Sepsis: Ante sospecha, hemocultivo
- Transfusiones: Transfusión en dos a tres horas
- Hipotensión: No uso de expansores plasmáticos
- Administración de medicamentos: Uso de Bombas de Infusión Continuas
- Ictericia: Uso de fototerapia
- Exanguíneotransfusiones: Hacerlo, mediante un catéter.
- Rayos X: No abandonarlo durante la toma de su placa
- Contacto con los padres: Favorecer el apego de los padres

HORARIOS DE MANIPULACIÓN
- En cada hora de manipulación: Control de signos vitales., diuresis y deposiciones. Realizar cambios posturales Valoración gástrica y pulmonar - Cuidados con la piel.
- Horario:

  Primera manipulación a horas 9.
  Segunda manipulación a horas 12
  Tercera Manipulación a horas 15
  Cuarta manipulación a horas 19
  Quinta manipulación a horas 24
  Sexta manipulación a horas 6

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
20. VALORACIÓN DE SILVERMAN – ANDERSEN	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con cierto grado de dificultad respiratoria mediante el uso de un método objetivo para valorar la función respiratoria que permite determinar el grado de dificultad respiratoria, planificar el tipo de atención que se va brindar, evitar complicaciones y agravar la situación del paciente

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas

- Para el manejo adecuado de método de Silvermann – Andersen, la enfermera debe tener los conocimientos suficientes de los parámetros a valorar.

VALORACIÓN DE DIFICULTAD RESPIRATORIA
SILVERMANN - ANDERSEN

SIGNO	0	1	2
Disociación Tóraco-abdominal	Rítmico y regular	Tórax inmóvil – Abdomen en movimiento	Tórax y abdomen sube y baja
Retracción Intercostal	NO	Discreto	Intenso y constante
Retracción Xifoidea	NO	Discreta	Notable
Aleteo Nasal	NO	Discreto	Muy intenso
Quejido Espiratorio	NO	Leve o inconstante	Constante e intenso

INTERPRETACIÓN:

Puntuación es 0, la respiración es normal
Puntuación 1 – 3, la dificultad respiratoria es leve
Puntuación 4 – 5, la dificultad respiratoria es moderada
Puntuación 6 – 10, la dificultad respiratoria es severa

Si la puntuación es menor a 3, la dificultad respiratoria es leve y puede mejorar con administración de oxígeno a bajas concentraciones
Si la puntuación fluctúa entre 4 a 5, la dificultad es más evidente pero probablemente mejore con CPAP.
Si la puntuación es de 6 o más, es candidato a la Ventilación mecánica por el alto riesgo de mortalidad.

RECOMENDACIONES

- Valorar frecuentemente, si el recién nacido tiene antecedentes para desencadenar dificultad respiratoria
- Registrar en la hoja de enfermería
- Comunicar si se evidencia empeoramiento

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
21. INTOXICACIÓN POR ÓRGANO FOSFORADOS	II – III

DEFINICIÓN

Son los procedimientos enfermería a neonatos intoxicados por órgano fosforados (parathion, malathion), sustancias que afectan la acetil colinesterasa, produciendo signo sintomatología neurológica que pone en peligro la vida del paciente.

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.
Fundamental conocer:
- Nombre del toxico y cantidad ingerida.
- Tiempo transcurrido desde su administración.
- Vía de entrada.
- Medición de constantes vitales.
- Valoración de la función cardiorrespiratoria.
- Permeabilidad de la vía aérea
- Valoración neurológica.
    - Nivel de conciencia.
    - Tamaño y actividad de la pupila.

RECOMENDACIONES

- Monitorizar al paciente
- Controlar signos vitales según protocolo del servicio.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
CON AFECCIONES PERINATALES

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
22. RETARDO DEL CRECIMIENTO INTRAUTERINO	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con crecimiento deficiente de un recién nacido/a mientras está en el útero, específicamente, hace referencia a un feto cuyo peso está por debajo del percentil 10 para su edad gestacional.

EQUIPOS

- Incubadora
- Bomba de infusión
- Monitor

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Pañal desechable
- Toallas húmedas
- Leche materna
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Lavado de manos
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica
- Cumplimiento de la medicación prescrita
- Lavado de manos
- Registro de enfermería

RECOMENDACIONES

- Monitorizar al paciente
- Controlar signos vitales según protocolo del servicio.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
23. ATRESIA DE ESÓFAGO	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con atresia del esófago, que es un trastorno congénito caracterizado por una falta de continuidad de la luz del esófago, pudiendo asociarse a una comunicación con las vías aéreas superiores. En caso de existir una comunicación con la tráquea, se la denomina fístula traqueo esofágica.

EQUIPOS

- Incubadora
- Monitor
- Bomba de infusión

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles
- Guantes de procedimientos
- Gasas estériles
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70%
- Bránula número 24
- Tapón heparinizado
- Jeringas
- Agua estériles
- Pañal desechable
- Toallas húmedas
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Lavado de manos
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica
- Cumplimiento de la medicación prescrita
- Lavado de manos
- Registro de enfermería
- Traslado al recién nacido a quirófano en incubadora de transporte

RECOMENDACIONES

- Monitorizar al paciente
- Controlar signos vitales según protocolo del servicio
- Cuidar la sonda oro gástrica que no se salga
- En el caso que se salga en forma accidental no colocar, comunicar al cirujano inmediatamente.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES
CON AFECCIONES PERINATALES

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
24. ANO IMPERFORADO	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con ano imperforado.

EQUIPOS

- Incubadora
- Monitor
- Bomba de infusión

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles
- Guantes de procedimientos
- Gasas estériles
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70%
- Bránula número 24
- Tapón heparinizado
- Jeringas
- Bolsa para colostomía
- Agua estériles
- Pañal desechable
- Toallas húmedas
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Lavado de manos
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica
- Cumplimiento de la medicación prescrita por el médico
- Traslado del recién nacido a quirófano
- Monitorización del paciente
- Lavado de manos
- Registro de enfermería

RECOMENDACIONES

- Controlar signos vitales según protocolo del servicio
- Cuidar la bolsa de colostomía y limpiar caso necesario
- Cuidar la piel del recién nacido.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
25. LABIO LEPORINO	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención de pacientes con labio leporino, defecto congénito de las estructuras que forman la boca.

EQUIPOS

- Incubadora
- Monitor
- Bomba de infusión

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles
- Guantes de procedimientos
- Gasas estériles
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70%
- Bránula número 24
- Tapón heparinizado
- Jeringas
- Leche
- Agua estériles
- Pañal desechable
- Toallas húmedas
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Lavado de manos
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica
- Cumplimiento de la medicación prescrita
- Traslado del recién nacido a quirófano
- Monitorización del paciente
- Lavado de manos
- Registro de enfermería
- Alimentación al niño posición semi sentado evitando broncoaspiración

RECOMENDACIONES

- Monitorizar al paciente
- Controlar signos vitales según protocolo del servicio.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
26. GASTROSQUISIS	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con gastrosquisis.

EQUIPOS

- Incubadora
- Bomba de infusión
- Monitor

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles
- Guantes de procedimientos
- Gasas estériles
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70%
- Catéter epicutáneo
- Bránula número 24
- Tapón heparinizado
- Jeringas
- Bolsa de transferencia
- Agua estériles
- Pañal desechable
- Toallas húmedas
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Lavado de manos
- Colocación en incubadora
- Monitorización del recién nacido
- Colocación de bolsa plástica transparente al defecto
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica y/o central.
- Cumplimiento de la medicación prescrita por el médico
- Traslado del recién nacido a quirófano
- Lavado de manos
- Registro de enfermería

RECOMENDACIONES

- Controlar signos vitales según protocolo del servicio
- Cuidar la bolsa plástica del defecto posicionar al RECIÉN nacido y limpiar en caso necesario
- Cuidar la piel del recién nacido.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AFECCIONES PERINATALES

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
27. ONFALOCELE	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con ónfalocele.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Incubadora
- Bomba de infusión
- Monitor Guantes estériles
- Guantes
- Gasas estériles
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70%
- Catéter epicutáneo
- Bránula número 24
- Tapón heparinizado
- Jeringas
- Bolsa de transferencia
- Agua estériles
- Pañal desechable
- Toallas húmedas
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Lavado de manos
- Colocación en incubadora
- Monitorización al recién nacido
- Colocación de bolsa plástica transparente al defecto
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica y/o central.
- Cumplimiento de la medicación prescrita por el médico
- Traslado al RN a quirófano
- Lavado de manos
- Registro de enfermería

RECOMENDACIONES

- Controlar signos vitales según protocolo del servicio
- Cuidar la bolsa plástica del defecto posicionar al RN y limpiar en caso necesario
- Cuidar la piel del recién nacido.

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON AFECCIONES PERINATALES

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
28. ATRESIA INTESTINAL	II – III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con atresia intestinal, que es la falta de formación completa de una porción del conducto intestinal, más frecuentemente en el íleon, también puede ocurrir en el duodeno el yeyuno o en el colon.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Bomba de infusión
- Incubadora
- Monitor
- Guantes estériles
- Guantes
- Gasas estériles
- Sonda orogástrica
- Bolsa para colostomía
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70%
- Catéter epicutáneo
- Bránula número 24Tapón heparinizado
- Jeringa
- Agua estériles
- Pañal desechable Toallas húmedas
- Champo
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Lavado de manos
- Colocación en incubadora
- Monitorización del RECIÉN nacido
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica y/o central.
- Cumplimiento de la medicación prescrita por el médico
- Traslado del recién nacido a quirófano
- Vaciado de heces fecales de la bolsa
- Cuidado de la piel de la zona colostomizada
- Lavado de manos
- Registro de enfermería

RECOMENDACIONES

- Controlar signos vitales según protocolo del servicio
- posicionar al recién nacido
- Cuidar la piel del recién nacido.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
29. HERNIA DIAFRAGMÁTICA	**II – III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la atención pacientes con hernia diafragmática, que es una anomalía congénita consistente en una abertura anormal en el diafragma, que permite el paso de los órganos abdominales (estómago, bazo, hígado e intestinos) a la cavidad torácica.

EQUIPOS

- Bomba de infusión
- Incubadora
- Monitor

MATERIALES E INSUMOS

- Guantes estériles
- Guantes de procedimientos
- Gasas estériles
- Equipo de ropa estéril (mandil,campos)
- Torundas de algodón
- Alcohol al 70%
- Bránula número 24
- Jeringas
- Suero
- Agua estériles
- Pañal desechable
- Toallas húmedas
- Medicación prescrita por el médico
- Registro

PROCEDIMIENTO

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
- Lavado de manos
- Colocación en incubadora
- Monitorización del recién nacido
- Colocación de sonda oro gástrica
- Información al familiar sobre la atención que va a recibir el recién nacido
- Canalización de vía periférica y/o central
- Cumplimiento de la medicación prescrita por el médico
- Lavado de manos
- Registro de enfermería

RECOMENDACIONES

- Monitorizar al paciente
- Controlar signos vitales según protocolo del servicio
- Cuidar la piel del paciente.

UNIDAD 14

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON EMBARAZO PARTO Y PUERPERIO

Índice

1. CONTROL PRENATAL 287

2. CONTROL PRENATAL EN DOMICILIO O EN LA COMUNIDAD 289

3.EMBARAZO EN ADOLESCENTES 290

4. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL CONTROL PRENATAL I: MEDICIÓN PESO Y TALLA DE LA GESTANTE, CONTROL FRECUENCIA CARDÍACA FETAL Y ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO 291

5. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL CONTROL PRENATAL II: MANIOBRAS DE LEOPOLD ... 292

6. HIPEREMESIS GRAVÍDICA 293

7. ANEMIA, ANEMIA CRÓNICA 294

8. ATENCIÓN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO) 295

9. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (H.I.E.) PREECLAMPSIA. 296

10. A. ECLAMPSIA 298

B. ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO (MÉTODO DE ZUSPAN) 299

11. HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO I: AMENAZA DE ABORTO, ABORTO INEVITABLE 300

12. HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO II: ABORTO INCOMPLETO, ABORTO SÉPTICO 301

13. TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: PROSTAGLANDINAS SUPLEMENTARIAS, AMEU, LIU 302

14. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO I 303

15. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO II: CUIDADOS, PLACENTA PREVIA, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA, RUPTURA UTERINA 304

16. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO I: AMENAZA DE PARTO PREMATURO 305

17. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO II: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS 306

18. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO III: INFECCIONES URINARIAS 307

19. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO IV: INFLUENZA H1N1, VIH/SIDA 308

20. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO V: DIABETES GESTACIONAL, CARDIOPATÍA GESTACIONAL 309

21. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO VI: TRAUMATISMOS, INTOXICACIONES 310

22. DISTORSIONES DEL EMBARAZO: MOLA HIDATIFORME, EMBARAZO ECTÓPICO 311

23. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PARTO 312

24. ATENCIÓN DEL PARTO EN DOMICILIO POR PERSONAL DE SALUD 314

25. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJO DE PARTO I: ADMISIÓN, ATENCIÓN PREPARTO, RELAJACIÓN Y RESPIRACIÓN, CONTROL DE CONTRACCIONES UTERINAS 315

26. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJO DE PARTO: TACTO VAGINAL, AMNIOTOMÍA, PROCIDENCIA DE CORDÓN 316

27. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL RECIÉN NACIDO 317

28. ATENCIÓN DEL PARTO PODÁLICO 318

29. ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO 319

30. ATENCIÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA 320

31. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO: HEMORRAGIA POST PARTO RETENCIÓN DE PLACENTA 321

32. SEPSIS PUERPERAL 322

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. CONTROL PRENATAL	**I - II**

DEFINICIÓN

Es el apoyo del personal de enfermería al proceso de Control Prenatal, conjunto de actividades periódicas y sistematizadas, dirigidas a vigilar el proceso de la gestación, con la finalidad de prevenir factores de riesgo, detección, tratamiento y, en su caso referencia oportuna de complicaciones, actividades que son realizadas por el médico o personal de enfermería en aquellos establecimientos de salud bajo su responsabilidad.

EQUIPOS E INSUMOS

- Termómetro
- Tensiómetro y fonendoscopio
- Doppler /o estetoscopio de Pinard
- Balanza de pie con tallímetro.
- Mesa obstétrica con dos sabanillas y almohada.
- Gradilla.
- Biombo.
- Bata
- Espéculos de diferentes tamaños estériles
- Espátula de Ayre, Isopo, Lamina de Vidrio y Registros para toma de PAP
- Equipo de toma de muestra de secreciones vaginales (en caso necesario).
- Cubeta con solución para descontaminar materiales.
- Mesa auxiliar con: tensiómetro, fonendoscopio, y/o doppler, cinta métrica, guantes estériles.

MATERIALES

- Historia Clínica Perinatal Base. Anexo 1.
- Carnet Perinatal. Anexo 2.
- Partograma modificado de la OMS. Anexo 3.
- Afiches informativos.
- Cuadro de evaluación nutricional de la embarazada según el IMC Anexo 4.

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención

- Orientación a la mujer embarazada sobre:
  - Importancia del Control Prenatal
  - El Bono Juana Azurduy.
  - El seguro universal materno infantil SUMI.
  - Procedimientos durante el control Prenatal explicando su utilidad, y respetando sus usos y costumbres.
- De acuerdo a la evaluación nutricional realizar la orientación respectiva.
- Educación sobre:
  - Signos y síntomas normales del embarazo.
  - Uso de ropa adecuada.
  - Higiene y reposo.
  - Mejor nutrición con alimentos disponibles en la región.
  - Evitar prácticas de riesgo.
  - ITS-VIH/SIDA
- Llenado conjunto del Formulario “Planeando mi Parto” que se encuentra incorporado en el Carnet Peri natal, es necesario para mejorar el acceso de las mujeres embarazadas a la atención de salud.
- Información e invitación a la gestante a los grupos de apoyo como “el Club de Gestantes”
- Control Prenatal de seguimiento
- Reiteración de la orientación de la primera o anterior visita.

Atención

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

Primer control prenatal:

- Explicación a la gestante los procedimientos a realizar durante el control Prenatal y su utilidad.
- Apertura del Carnet Peri natal y la Historia Clínica Perinatal, el formulario PLANEANDO MI PARTO y registro completo de los datos obtenidos
- Examen clínico general:
  - Medición y registro de la Presión arterial, peso y talla
  - Valoración de la gestación (altura uterina y diagnostico de situación fetal).
  - Examen ginecológico, toma de muestra de Papanicolaou prenatal.
  - Examen de mamas.
  - Detección de signos clínicos de anemia.
  - Con los datos obtenidos (peso y talla) sacar el Índice de Masa Corporal (IMC) para evaluar el estado nutricional de la madre.
  - Referencia para examen odontológico
- Orientación sobre las pruebas de laboratorio y exámenes
  - Si hay disponibilidad de laboratorio o uso de tiras reactivas:
  - Determinación del grupo sanguíneo y factor Rh
  - Detección de sífilis
  - Detección de proteínas en orina
  - En zonas endémicas de malaria realizar la prueba.
- Administración de toxoide tetánico según esquema de vacunación y si corresponde.
- Indicación de sulfato ferroso 90 tabletas durante el embarazo.
- Orientación de la planificación de su parto en base al formulario PLANEANDO MI PARTO
- Referencia ante la presencia de alguna señal de alarma al médico o al segundo nivel de atención.
- Preparación para el parto: reconocimiento de signos y síntomas de inicio y donde acudir según su riesgo o circunstancias.

• Durante el 2° y 3° trimestre enfatizar lo siguiente: - Importancia del cumplimiento de las indicaciones y el tratamiento. - Preparación para la lactancia: o Reforzando o enseñando posición y agarre correctos. o Beneficios de la lactancia materna inmediata y exclusiva durante los primeros 6 meses. o Señales de alerta o complicaciones frecuentes en este periodo y sobre lo que se debe hacer. - Preparación para el parto, indicaciones de cómo se inicia cuando y donde acudir según su riesgo o circunstancias. - Enfoque integral: nutricional, lactancia y anticoncepción y el espaciamiento intergestacional, planificación familiar. - La importancia del control de puerperio. - La importancia del control de crecimiento y desarrollo del recién nacido. • Visitas domiciliarias de seguimiento a los embarazos de riesgo, ausencia o rechazo a los controles prenatales. • Registros completos, la Historia Clínica, las gráficas del Carnet Perinatal y Planeando mi Parto.	• Integración de la familia en todo el proceso del embarazo respetando su interculturalidad. • Registro de la fecha del próximo control en el Carnet y el Expediente Clínico. **Controles subsiguientes**: • Obtención de información sobre antecedentes personales, los cambios desde la primera visita, la ingesta de alimentos y nutrientes, antecedentes obstétricos, embarazo actual. • Examen físico: • Control y registro de la presión arterial. • Control de la altura uterina, registro en la gráfica del Carnet Peri natal. • Cálculo y registro de la edad gestacional. • Búsqueda de signos de alarma de enfermedad (edema). • Tacto vaginal si no se realizó en la primera visita. • Determinación de la situación (longitudinal, transversal) y posición fetal (cefálica podálica) mediante las maniobras de Leopold. • Cuantificación y registro de la frecuencia cardíaca fetal usando el doppler manual. • Revisión y registro de los resultados de laboratorio. • Indicación de las siguientes pruebas de laboratorio si el caso amerita: - Examen de orina para detectar infección urinaria, si todavía persiste la infección urinaria después de ser tratada en la primera visita derivar a un nivel de mayor complejidad. - Repetición del examen de detección de proteínas sólo si la embarazada es primigesta o si tiene antecedentes de hipertensión, preeclampsia o eclampsia en un embarazo previo. - Repetición de la prueba de hemoglobina, si en la primera visita estaba baja ó si se detectan signos de persistencia de la anemia pese a la indicación de sulfato ferroso. • En áreas endémicas de malaria y chagas con sospecha de haber estado expuesta a la enfermedad se debe realizar exámenes de laboratorio para detectar la enfermedad, caso contrario referir. • Referencia a un nivel de mayor complejidad si: Ante presencia de síntomas inesperados: - La hemoglobina continúa baja. - Hay sangrado o pérdida del producto. - Hay evidencia de datos de preeclampsia, hipertensión y/o proteinuria. - Se sospecha retardo de crecimiento fetal (altura uterina por debajo del percentil 10 en el gráfico del Carnet). - La mujer no percibe movimientos fetales (usar doppler manual para la detección de la FCF, si es negativo referir). • Control del cumplimiento de la indicación sobre el sulfato ferroso. • Monitoreo de la ganancia de peso materno, con el Índice de Masa Corporal IMC. • Información y orientación a la gestante y su familia sobre: - Identificación de signos de peligro durante el embarazo. - Fomento de los cuidados de higiene. - Cuidados durante el embarazo - Enfoque integral: nutricional, lactancia, preparación para el parto y los cuidados del recién nacido y las opciones anticonceptivas - La importancia de la ganancia de peso y su nutrición - Toma de medicamentos prescritos, Ej.la ingesta de la tableta de sulfato ferroso después de las comidas, preferentemente con jugos cítricos porque mejora la absorción y no así el té o café que disminuyen su absorción. - La importancia de acudir a los controles prenatales. • Esta orientación tiene como objetivo que la embarazada, el esposo y los familiares estén bien informados sobre todo lo relativo a su quehacer y su participación en la salud durante el embarazo. • Registro de la fecha del próximo control en el Carnet e Historia Clínica Perinatal. • Despedirse de la gestante hasta un nuevo control. • Ordenado del consultorio y reemplazo del material o desechado

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. CONTROL PRENATAL EN DOMICILIO O EN LA COMUNIDAD	I

DEFINICIÓN

Es la atención que brinda la enfermera a la mujer embarazada, en domicilio y en comunidades poco accesibles al Establecimiento de Salud respetando sus usos y costumbres con adecuación intercultural

EQUIPOS E INSUMOS

- Estetoscopio de Pinard
- Cinta métrica.
- Termómetro
- Termómetro
- Reloj
- Tensiómetro y fonendoscopio

MATERIALES

- Historia clínica perinatal
- Formularios de solicitud de exámenes
- Cuadernos de Registro

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Orientación a la mujer embarazada sobre el seguro universal materno infantil SUMI. • Explicación a la gestante de los procedimientos a realizar durante el control prenatal. • Orientación a la gestante de acuerdo al período de embarazo, logrando que la embarazada, el esposo y los familiares estén bien informados sobre qué hacer y su participación en la salud durante el embarazo, parto y puerperio y en el buen cuidado del recién nacido. • Referencia a laboratorio para exámenes complementarios, según norma y disponibilidad. • Vacunación con toxoide tetánico según esquema si corresponde. • Referencia para examen odontológico. • Educación sobre: - Importancia del CPN. - Uso de ropa adecuada. - Nutrición higiene y reposo. - Evitar prácticas de riesgo. • Información e invitación a la gestante a los grupos de apoyo como “el Club de Gestantes” • Orientación sobre el llenado del Formulario “Planeando mi Parto” que se encuentra incorporado en el Carnet Perinatal.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Apertura del Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal (si es la primera consulta) • Medición y registro de la Presión arterial: • Ubicación de un lugar donde la embarazada pueda colocarse en posición decúbito dorsal (puede ser la cama). • Solicitud de que se descubra el abdomen. • Examen clínico general en ausencia del médico. • Valoración de la gestación (altura uterina y diagnostico de situación fetal). • Determinación de signos clínicos de anemia. • Solicitud de exámenes de laboratorio si hay la disponibilidad del mismo. • Como medida preventiva indicar a toda mujer embarazada 1 comprimido de sulfato ferroso en forma diaria por vía oral durante 90 días en el embarazo. • Se debe referir ante la presencia de alguna señal de alarma. • Registro de la fecha del próximo control en el Carnet y la Historia Clínica.W• Recojo del material utilizado. • Orientación sobre la importancia del CPN en el Establecimiento de Salud. • Indicación cómo identificar signos de peligro durante el embarazo. • Fomento de los cuidados de higiene. • Prescripción de medicamentos y administrar según corresponda. • Orientación a la gestante y su familia sobre: - Cuidados durante el embarazo. - Acudir a los CPN.

RECOMENDACIONES

• La enfermera (o) debe respetar sus usos y costumbres y atender con adecuación intercultural

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. EMBARAZO EN ADOLESCENTES	I -II

DEFINICIÓN

Es el procedimiento de enfermería para la atención de la gestación que ocurre en la adolescencia (10 a 19 años) en forma inoportuna y no intencionada.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Material audiovisual

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
• Promoción de medidas preventivas que se ofrecen al adolescente en las instituciones de salud.
• Desarrollo de programas de educación dirigido a grupos organizados de adolescentes, maestros y/o padres y madres: sobre:
- Crecimiento y desarrollo del y la adolescente.
- Desarrollo psicosocial.
- Autoestima y fomento de valores.
- Salud sexual y reproductiva.
- Género.
- Alimentación y nutrición.
- Higiene personal

• Investigación en cada adolescente su estado de vacunas para iniciar y/o continuar esquema.
• Orientación a toda adolescente a realizarle el auto examen de mamas y axilas, y citología si procede.
• Al adolescente varón orientarlo sobre la importancia de realizarse auto examen de testículos.
• Detección oportuna grupos de riesgo.
- Toda embarazada adolescente se remitirá con el médico para su inscripción en el programa de atención prenatal.
- Programación de consultas según morbilidad y riesgo
- Visita familiar por enfermería a las que no acuden al control prenatal para su atención.
- Seguimiento de resultado de los exámenes en la atención de la adolescente según riesgo y morbilidad.
- Atención psicológica.
- Promoción a la madre para la práctica de la lactancia materna exclusiva en el niño al nacer.
- Orientación sobre el proceso del parto y la participación de ella en cada etapa.
- Educación a la adolescente sobre:
  - ✓ Alimentación Higiene Ejercicio adecuado
  - ✓ Signos y síntomas de alarmas.
  - ✓ Vacunación y/o identificación de esquema según PAI.
  - ✓ Atención del Parto institucional.
  - ✓ Importancia de planificación familiar
  - ✓ Importancia de dar leche materna en forma exclusiva al recién nacido.
  - ✓ Vigilancia del número de mamadas que recibe el recién nacido en cada turno de día y de noche.

• Apoyo emocional a la madre dándole seguridad y comodidad para que aplique las técnicas correctas al amamantar al recién nacido.
• Desarrollo de consejerías y sesiones educativas individuales y grupales cuando las necesidades o problemas sean similares.
• Consejería sobre principios y valores. a grupos de adolescentes con vida sexual activa.
• Información de métodos de anticoncepción " MELA" entre otros.
• Promoción y referencia a programas de atención a la niñez
• Orientación a los padres y a la pareja para aceptación de la madre adolescente.
• Visita domiciliaria a grupos en riesgo para:
• Verificación de continuidad de lactancia materna exclusiva del niño.

RECOMENDACIONES

Asegurar que cumpla las indicaciones.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
4. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL CONTROL PRENATAL I: LLENADO DE LA HISTORIA PERINATAL BASE, CONTROL DE PESO Y TALLA, CONTROL FRECUENCIA CARDÍACA FETAL Y ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO	I-II-III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en acciones específicas del control prenatal como la medición del peso, la talla de la embarazada, la frecuencia cardíaca fetal y la forma de administración del sulfato ferroso.

LLENADO DE LA HISTORIA PERINATAL BASE	CONTROL DE PESO TALLA	CONTROL DE LA FRECUENCIA CARDÍACA FETAL	ADMINISTRACIÓN DE SULFATO FERROSO
Procedimiento mediante el cual coadyuva en el llenado de la Historia Perinatal Base, asegurando que sea realizado en los momentos correspondientes	Es la valoración del peso y talla de la embarazada, con el fin de evaluar el estado nutricional y su incremento de peso.	Es la auscultación del número de latidos cardíacos del feto en un minuto para valorar la vitalidad fetal	Es la atención del personal de enfermería para una ingesta adecuada y una buena absorción del sulfato ferroso
MATERIALES E INSUMOS			
• Material para control prenatal (ver procedimiento) • Bolígrafo. • Es la Historia Clínica Perinatal Base	• Balanza • Tallímetro • Historia clínica • Carnet perinatal • Tabla de clasificación del IMC	• Reloj con segundero • Estetoscopio de Pinard o doppler • Historia clínica • Carnet perinatal • Sabanilla • Gel • Papel higiénico	• Historia clínica y carnet perinatal • Vaso • Agua • Tableta de sulfato ferroso 90 unidades
PROCEDIMIENTOS			
Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.			
• Salude a la gestante • Invítela a sentarse e indique que la interrogaran y que responda con veracidad • Llene de acuerdo a la norma establecida por el CLAP, que se encuentra en el reverso de la hoja Perinatal Base.	• Explicación sobre el procedimiento y la importancia del control del embarazo. • Orientación sobre la importancia del peso y la nutrición. • Ambiente de privacidad para el control de peso y la talla. • Control de la talla. • Control de peso en cada consulta prenatal, de preferencia con ropa ligera o similar cantidad de ropa cada vez. • Uso preferente de la misma balanza, bien calibrada • Información sobre las variaciones del peso encontrado, si es bajo o exagerado de peso. • Registro de ambos datos en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal. • Orientación a la embarazada sobre la importancia de la ganancia de peso y su nutrición.	• Orientación gestante sobre la importancia del control de la FCF. • Explicación del procedimiento • Realización de maniobras de Leopold (Identificación el dorso fetal) • Colocación el doppler (fonendoscopio o estetoscopio) sobre el abdomen de la gestante en el cuadrante que corresponda. • Control de la FCF por un minuto • Registro de la FCF en el parto grama, en la hoja de enfermería, Historia y Carnet Perinatal, dependiendo del caso. • Si percibe alguna alteración o no escucha latido fetal, informe inmediatamente al médico • Esperar por lo menos 30 segundos después de cada contracción antes de intentar auscultar	• Orientación sobre la utilidad del hierro y los efectos colaterales, como trastornos digestivos (náuseas constipación). • En caso de anemia detectada por clínica y laboratorio, orientación sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas (2 comprimidos diarios). • La toma de la tableta después de las comidas, preferentemente con jugos cítricos porque mejora la absorción y no así el té o café porque disminuye la absorción. • Registro la dosis indicada en el Carnet Perinatal y la Historia Clínica Perinatal
RECOMENDACIONES			
• Cumplimiento de por lo menos cuatro controles pre natales. • Información sobre el Bono Juana Azurduy	• Llenado del segmento de planeando mi parto en el carnet perinatal.	• Mantenimiento de los equipos viables	• Verificación del consumo y motivación para la toma del mismo a pesar de los efectos colaterales.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
5. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL CONTROL PRENATAL II: MANIOBRAS DE LEOPOLD	I - II

DEFINICIÓN

Son procedimientos obstétricos que se realizan durante el control prenatal, para determinar la situación, posición y presentación del feto en base a 4 maniobras

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Explicación sobre el procedimiento y su importancia a la gestante. • Información a la gestante como, en qué situación y presentación se encuentra su bebé de acuerdo a la edad gestacional.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. Primera maniobra: • Determina el polo que se encuentra en el fondo del útero. • Palpando con ambas manos se percibe que el polo podálico es más grande y nodular, el polo cefálico es duro y redondeado. • Colocación del borde lunar de ambas manos sobre el fondo uterino, previamente identificado durante la medición de la altura uterina. • Presión firme con ambas manos la pared abdominal, de modo que los bordes cubitales abarquen por completo el fondo del útero y evalué las características ya descritas del fondo uterino y del polo que ocupa Segunda maniobra: • Consiste en colocar ambas manos a los lados del abdomen a nivel de la cicatriz umbilical, aplicando presión suave a un lado del abdomen, palpe el contrario con las yemas de los dedos buscando una superficie dura y continua que es el dorso, si está en posición derecha o izquierda. • Cuando con esta maniobra no es fácil de identificar el dorso del fetal, se realiza la maniobra de BUDIN, que consiste en hacer presión hacia abajo, con la mano izquierda, colocada en el fondo uterino, y palpar con la yema de los dedos de la mano derecha en forma simétrica y comparativa en ambos lados del abdomen. La presión ejercida en el fondo uterino exagera la flexión fetal, poniendo más en evidencia el dorso y facilitando la palpación. Tercera maniobra: • Coger el abdomen por encima de la sínfisis del pubis, si la parte que se coge es dura y móvil, se trata del polo cefálico que aún no se ha encajado, de lo contrario el polo presentado se nota fijo y grande en la pelvis. • Coloque la mano derecha sobre el hipogástrico de la paciente, tratando de abarcar el polo fetal que se presenta, entre el dedo pulgar por un lado y los dedos índices y medio por el otro. Esta exploración se hace suavemente para evitar que la gestante contraiga el abdomen. • Efectúe la palpación para alcanzar la presentación, los dedos deben penetrar lo más profundamente posible por encima de la sínfisis del pubis. • Intentar pelotear el polo fetal abriendo la tenaza digital, imprimiendo rápidos movimientos laterales. Cuarta maniobra: • Mirando a los pies de la gestante, con ambas manos, palpe la parte inferior del abdomen, deslizando los dedos hacia el canal del parto, de la mano que detecta partes fetales se deslizará más abajo que la otra que se topa con prominencias cefálica, o bien tratar de unir ambas manos por delante de la presentación, si se consigue es que la presentación no se ha encajado. • Dejar cómoda a la gestante. • Registrar en la HCL y el CP. • Información a la paciente sobre la posición en la que se encuentra el feto.

RECOMENDACIONES

• Tenga las manos tibias antes de ejecutar las maniobras
• Mantenga todo el tiempo a la paciente en posición decúbito dorsal con ligera flexión en las rodillas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
6. HIPEREMESIS GRAVÍDICA	I –II

DEFINICIÓN

Son actividades y técnicas de enfermería para apoyar a la embarazada con hiperemesis gravídica, ayudándole a conservar el adecuado equilibrio hidroelectrolítico y emocional.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Tensiómetro
- Fonendoscopio.
- Estetoscópio de Pinard o Doppler
- Equipo de Oxigeno (con humidificador).
- Bata para la paciente.
- Jeringas descartables de diferente calibre.
- Guantes
- historia clínica
- Formulario de Consentimiento informado

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Si los vómitos son graves, hospitalización a la paciente
- Toma de Signos vitales de acuerdo a la necesidad
- Valoración de signos y síntomas de deshidratación leve, moderada o severa.
- Reposo relativo.
- Canalización de vía periférica para hidratación parenteral.
- Mantenimiento en NPO durante 24 a 48 horas.
- Alimentación sólida y fraccionada en poca cantidad y frecuente cada 2 horas.
- Restricción de visitas.
- Control de balance hídrico.
- Valoración del estado mental y emocional de la paciente.
- Brindar apoyo emocional y coordinar con equipo multidisciplinario.
- Mantenimiento de un ambiente tranquilo en torno a la gestante.
- Consejería de un buen cuidado dental, sobre todo limpieza bucal tras los vómitos.
- Favorecer un entorno tranquilo, sin exposición a olores.
- Indicación de una dieta blanda, con alimentos ricos en proteínas y no aconsejar alimentos ricos en grasas o muy condimentados.
- No ingesta de líquidos con las comidas

RECOMENDACIONES

Asegurar que cumpla las indicaciones.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
7. ANEMIA, ANEMIA CRÓNICA.	I-II-III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en acciones específicas del control prenatal tales como determinación de anemia y anemia crónica.

DETERMINACIÓN DE LA ANEMIA O SIGNOS CLÍNICOS DE LA ANEMIA	ANEMIA CRÓNICA DEL EMBARAZO
Determinación de la anemia o identificación de signos clínicos de la anemia. La gestante que presenta palidez de piel y mucosas (observar palma de las manos, la lengua la parte interna de los parpados inferiores) decaimiento fatiga, astenia dolor, etc	La anemia es el hallazgo de hemoglobina en la sangre periférica menor a la considerada normal. La cifra de normalidad varía según la altitud o metros sobre el nivel del mar (m.s.n.m.), del lugar donde vive la embarazada.
MATERIALES E INSUMOS	
• Equipo de signos vitales • Balanza • Tallímetro • Historia clínica. • Carnet perinatal. • Solicitud de laboratorio. • Torundas de algodón con alcohol • Sulfato ferroso 200 mg + Ácido Fólico 0.40 mg y Vitamina C 150 mg • Material educativo nutricional.	• Historia clínica perinatal y Carnet perinatal • Formulario de referencia • Torundas de algodón con alcohol. • Sulfato ferroso 200 mg + Ácido Fólico 0.40 mg y Vitamina C 150 mg • Material educativo nutricional. • Solicitud de laboratorio • Equipo de signos vitales • Equipo para un test rápido de hemoglobina. • Lanceta. • Balanza • Tallímetro
PROCEDIMIENTOS	
Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.	
• Explicación a la mujer gestante sobre los riesgos de la anemia durante el embarazo y la importancia de cumplir las indicaciones. • Explicación de las razones de prevenir la anemia con buena nutrición y la toma de pastillas de sulfato ferroso todos los días. • Solicitud de hemograma o estudio de hemoglobina, según disponibilidad, en el primer control y en los siguientes si hay signos y síntomas. (caso de ausencia de médico). • Identificación de signos clínicos de anemia palidez de piel y mucosas (observar la palma de las manos, lengua y la parte interna de los párpados inferiores), decaimiento o fatiga, dolor de cabeza, mareos, sudoración, taquicardia, lipotimias, y soplo cardíaco funcional. • Si hay anemia efectuar tratamiento según norma. • Identificación de otras causas de anemia (parasitosis o malaria y Chagas) y tratar adecuadamente. • Registro de los resultados, las indicaciones y tratamiento efectuado en el Carnet e Historia Clínica Perinatal. • Orientación a la gestante como identificar los signos y síntomas de la anemia. • Información y orientación nutricional de acuerdo a la edad gestacional. • Información y orientación a la embarazada sobre la importancia de la ganancia de peso y su nutrición. • Recomendación de que tome la tableta de sulfato ferroso después de las comidas, preferentemente con jugos cítricos porque mejora la absorción y no así el té o café que disminuye la absorción.	• Explicación a la embarazada sobre los riesgos de la anemia durante el embarazo (cansancio y fatiga, hemorragia, infección urinaria, aborto espontáneo, parto prematuro, preeclampsia), durante el parto (choque hipovolémico, hemorragias, bajo peso del RN) y durante el puerperio (hemorragia, retención placentaria, infección puerperal, retardo en la cicatrización), y la importancia de cumplir las indicaciones. • En caso de Centros de Salud o puestos de salud se debe realizar la determinación de la hemoglobinemia ya sea por laboratorio o mediante un test rápido (si hay la disponibilidad). • Identificación si se trata de una anemia moderada o severa; si la anemia es moderada se debe tratar en el primer nivel de atención, si la anemia es severa se debe referir segundo nivel de atención. • Si la anemia es causa de una patología (parasitosis intestinal, malaria, infección urinaria, TBC, etc.) efectuar tratamiento específico. • Según el grado y severidad de la anemia, administrar una tableta de sulfato ferroso dos veces al día durante 30 días. • Registro en el Carnet e Historia clínica Perinatal • Control de hemoglobina después del tratamiento. • Si ha aumentado 2 gr/ dl o es mayor a la cifra límite según la altura continúe el tratamiento. • Si después de 30 días de tratamiento la hemoglobina no incrementa por lo menos 2 g/dl se clasifica como embarazada con anemia severa, se debe referir.
RECOMENDACIONES	
• Explicar a la usuaria sobre la importancia de una adecuada nutrición para el desarrollo normal de su embarazo.	• Si la paciente no manifiesta mejoría de manera inmediata referir a un II o III nivel de atención

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
8. ATENCIÓN ALTO RIESGO OBSTÉTRICO (ARO)	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se realizan en gestantes con complicaciones, siguiendo las indicaciones médicas para lograr una calidad de vida del feto y la madre.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Tensiómetro
- Fonendoscopio
- Doppler
- Historia clínica y carnet perinatal
- Hojas de enfermería de signos vitales

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Admisión de la embarazada de alto riesgo obstétrico.
- Control de signos vitales y FCF
- Valoración de enfermería de acuerdo al PAE
- Intervenciones de enfermería en base a indicaciones médicas priorizando necesidades.
- Enseñanza para reconocer signos de alarma
- Reporte en la hoja de enfermería.

RECOMENDACIONES

- A la presentaciones de cambios inesperados, informar de inmediato al médico especialista

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
9. HIPERTENSIÓN INDUCIDA POR EL EMBARAZO (H.I.E.) PREECLAMPSIA.	I –II

DEFINICIÓN

Es la atención que se brinda el personal de enfermería a la gestante hipertensa, cuya presión arterial sistólica incrementa en 30 o más mmHg, y en la presión diastólica 15 o más mmHg. En ausencia del médico. La preeclamsia se clasifica en leve o moderada y grave o severa.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Tensiómetro y fonendoscopio
- Tira reactiva
- Doppler o pinard
- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Ambiente tranquilo

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Explicación a la paciente y a los familiares los riesgos para ella y su hijo y la importancia de cumplir con las recomendaciones.
- Reposo de preferencia en decúbito lateral izquierdo.
- Orientación a la gestante y familiares sobre la posibilidad de transferir a un nivel de mayor complejidad de acuerdo a la gravedad del caso.
- Ubicación a la paciente en lugar tranquilo.
- Control del peso con ropa liviana.
- Verificación si hay incremento de peso sobre lo normal mayor a 500 g semanal.
- Control de la presión arterial
- Búsqueda de la presencia de edema
- En Puestos o Centros de Salud realizar examen de orina mediante tira reactiva (proteína en orina de 24 Hr.) si hay disponibilidad.
- Clasificación como PREECLAMSIA LEVE / MODERADA si presenta los siguientes síntomas:
  - Aumento de la presión arterial igual o superior a 140/90 mm Hg e inferior a 160/110 mm Hg.
  - Proteinuria de 0.5 a 2.9 g en orina de 24 horas.
  - Edema (+), (++)
  - Aumento de peso sobre lo normal (mayor a 500 g semanal)
  - Dependiendo del caso el tratamiento puede ser ambulatorio y el manejo es el siguiente:
    - o Examen Obstétrico para evaluar presentación, vitalidad y crecimiento fetal y su relación con la edad gestacional, mediante la medición de la altura uterina y la estimación del peso fetal.
    - o Si la presión arterial diastólica sube por encima de 100 mm Hg, instaurar tratamiento con hipotensores: metildopa, 500 mg c/ 6 u 8 Hrs v.o. ó Hidralacina Clorhidrato 50 mg v.o. c/ 6 u 8 Hrs.
    - o Si en 7 días se mantiene o aumenta la presión arterial remitir a segundo nivel de atención.
    - o Si la embarazada no puede hacer reposo en su domicilio, evaluar la posibilidad hospitalizarla (si hay camas) o referirla para hospitalización.
- Clasificación como PREECLAMPSIA GRAVE si presenta los siguientes síntomas:
  - Presión arterial igual o mayor a 160/110 mm Hg o alzas de 30 o más mm Hg para la presión arterial sistólica; y 15 o más mm Hg para la presión arterial diastólica.
  - Hiperreflexia.
  - Edema en miembros inferiores, abdomen, manos y cara.
  - Proteinuria (+ de 3 g en orina de 24 Hrs.)
  - Dolor de cabeza intenso, visualización de puntos brillantes y borrosos, zumbido de los oídos, dolor en epigastrio cuadrante superior derecho
  - El tratamiento de acuerdo al nivel de complejidad es el siguiente:
    - o En el Puesto de Salud Sedación: Fenobarbital 15 a 60 mg tres veces al día VO, o Diazepan 5 a 10 mg V.O. o I.M.; estabilizar a la embarazada, tranquilizarla y si es posible facilitarle un reposo controlando la presión y estado físico general, mientras se inicia le referencia a II Nivel.
    - o En el Centro de Salud administrar Diazepan 5 mg V.O. o 10 ml I.M., Metildopa 500 mg V.O. c/ 6 Hrs, estabilizar a la embarazada, tranquilizarla y si es posible facilitarle un reposos controlando la presión y estado físico general, mientras se inicia le referencia a II Nivel.
- Toda mujer embarazada con hipertensión severa debe ser referida de urgencia al II o III nivel de atención, por el riesgo de convulsiones y muerte para ella y su hijo.

• Dieta hiperproteica normosódica.
• Control semanal de peso, presión arterial, edema y si es posible Proteinuria.
• Si la presión arterial disminuye y se mantiene estable, si la diastólica es menos a 100 mm Hg continuar el embarazo hasta el término (con controles semanales).

Durante la hospitalización:
• Valoración de estado materno y fetal.
• Control de presión arterial según evolución del cuadro
• Registro de presión arterial
• Control diario de peso y registro.
• Control estricto y registro de ingeridos y eliminados.
• Control diuresis horaria (observar y registrar características).
• Observación, localización y valorar edemas.
• Observación, control y registro de dieta indicada (cantidad, características).
• Observación y detección precoz de signos y síntomas de complicación (cefalea, epigastralgias, disturbios visuales, etc.). Las epigastralgias pueden ser premonitores de la inminencia de convulsiones.
• Entorno tranquilo y sin ruidos, permitiendo el máximo reposo.
• Control de dinámica uterina y movimientos y latidos fetales.

Administración de medicación indicada
• Si la paciente está medicada con medicación anticonvulsivantes, prestar especial atención a:
  -Frecuencia respiratoria
  -Reflejo patelar
  -Micción horaria

Si alguno de ellos se encuentra modificado, informar de inmediato, registrar cronológicamente lo acontecido

Si presenta convulsiones:
• Mantenimiento de permeabilidad de las vías aéreas.
• Protección de golpes, caídas, mordedura de lengua.
• Administración de O2 según indicación.
• Aspiración de secreciones de boca y faringe.
• Administración de medicación específica.
• Tratada la convulsión, valoración general sin provocar grandes estímulos para evitar nuevas crisis convulsivas:
• Control y registro de signos vitales
• Control de actividad uterina
• Valoración del estado de conciencia
• Observación y vigilancia de eliminación de orina.
• Información al médico obstetra de la necesidad de brindar información a los familiares sobre estado de salud de la madre y el feto.
• Tranquilización permanente a la paciente, aclarando dudas al respecto.

RECOMENDACIONES

• Control de la presión arterial cada 15 minutos (adicionar otra hoja)
• Contralar la frecuencia cardiaca fetal
• Valorar la dinámica uterina
• Vigilar efectos secundarios de los antihipertensivos

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. A. ECLAMPSIA.	I

DEFINICIÓN

Es la atención que brinda el personal de enfermería en la complicación final más grave de la preeclamsia, con pérdida de conciencia seguida de convulsiones generalizadas a partir de las 20 semanas de gestación, que incluye durante el trabajo de parto y el puerperio. En ausencia del médico.

EQUIPOS

- Oxígeno
- Tensiómetro y fonendoscopio
- Tira reactiva para examen de orina
- Medicamentos antihipertensivos
- Doppler o estetoscopio de Pinard
- Equipo de parto (si el parto es inminente)
- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Formulario de referencia

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

- Explicación a la paciente y a los familiares los riesgos para ella y su hijo y la importancia de cumplir con las recomendaciones y la transferencia a un nivel de mayor complejidad.
- Control de la presión arterial cuyo resultado es igual o mayor a 160/110 mm Hg
- Durante la convulsión evitar que la embarazada caiga y golpee, acostarla sin forzarla y acompañarle mientras dure la convulsión o ataque.
- Examen de orina mediante tira reactiva Proteínas (+++ o más), si hay la disponibilidad.
- Referencia a la brevedad posible a II o III nivel de atención.
- El tratamiento de pre referencia en el Puesto o Centro de Salud de acuerdo a nivel de complejidad es el siguiente:
  - Para controlar la convulsión canalizar vía endovenosa y administrar Sulfato de Magnesio 4 g (2 ampollas al 20%) I.V. lento en 5 a 10 minutos.
  - Continuación con infusión venosa con 1000 cc de Solución Fisiológica o Dextrosa al 5% con Sulfato de Magnesio 6 a 10 g a dosis 1 g / hora (32 gotas por minuto) (método ZUSPAN).
  - Para el tratamiento antihipertensivo administración de Nifedipino 10 mg sublingual.
  - Administración de oxígeno 7 libras/minuto.
  - Control de signos vitales presión arterial cada 15 a 30 minutos hasta su estabilización.
  - Control de la FCF cada 30 minutos.
  - Control de dinámica uterina cada 30 minutos,
  - Control de la frecuencia respiratoria, si disminuye de 15 por minuto, suspender la administración y comunicar de inmediato.
- Si el parto es inminente (expulsivo y en cefálico), asistir procurando el menor esfuerzo de la madre (pujos) para evitar que reaparezcan las convulsiones.
- Asistencia al alumbramiento activo con la administración de 10 unidades de Oxitocina inmediatamente después de nacido el niño (a).
- No se debe usar Metilergonovina.
- Referencia a ambos una vez que estén estabilizados, especialmente si las condiciones obstétricas no son favorables al II Nivel de atención.
- Referencia con el formulario correctamente llenado.
- Transferencia acompañado por un personal de salud.
- La embarazada que ha tenido convulsiones debe tener su parto a la brevedad posible después de controlado el ataque.
- Referencia una vez que esté estabilizada, especialmente si las condiciones obstétricas no son favorables.

RECOMENDACIONES

- Control de la presión arterial cada 15 minutos
- Contralar la frecuencia cardiaca fetal
- Valorar la dinámica uterina
- Vigilar efectos secundarios de los antihipertensivos

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
10. B. ADMINISTRACIÓN DE SULFATO DE MAGNESIO (METODO DE ZUSPAN)	I - II -III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para la administración de sulfato de magnesio, según indicación médica, medicamento de primera línea en el tratamiento de la crisis convulsiva de la eclampsia de la embarazada con eclampsia.

MATERIALES E INSUMOS

- Dextrosa al 5% 1000 ml.
- Equipo de venoclisis.
- Catéter Nº 21.
- Sulfato de magnesio al 10% 14 ampollas
- Tela adhesiva.
- Tensiómetro y fonendoscopio.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Admisión a la paciente en un ambiente tranquilo y con poca luz.
- De ser posible explicarle el tratamiento y sus efectos
- Canalización de vía y administrar en bolo 4 g de sulfato de magnesio lentamente (20 a 25').
- Continuación con la administración de dextrosa al 5% 1000 ml en cuyo interior deberá diluirse 10 g de sulfato de magnesio.
- Fijación adecuada de la venoclisis.
- Inicie a 33 gotas por minuto (salvo otra indicación médica).
- Control de frecuencia respiratoria, si disminuye de 15 por minuto, suspenda la administración y dé aviso de inmediato.
- Control de reflejos ósteo tendinosos cada 15 minutos y distres respiratorio.
- En caso de intoxicación por magnesio administre el antídoto por excelencia que es el gluconato de calcio al 10% en dosis de 5 a 10 ml equivalentes (10 a 20 ml en 3 minutos. vía intravenosa).

RECOMENDACIONES

- Durante todo el procedimiento controlar reflejos osteotendinosos y signos vitales.
- Evite administrar alimentos.
- No realice ni permita tactos vaginales.
- Mantenga un ambiente tranquiló y con poca luz.
- S i se presenta signos de intoxicación administre gluconato de calcio una ampolla.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
11. HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO I: CUIDADOS, AMENAZA DE ABORTO, ABORTO INEVITABLE.	II-III

DEFINICIÓN

Cuidados	Amenaza de aborto	Aborto inevitable
Actividades de enfermería para clasificar la gravedad de la hemorragia en una embarazada y detectar precozmente signos de choque hipovolémico.	Acciones de enfermería para la valoración del sangrado y otras manifestaciones en la gestante junto al médico para el diagnóstico y tratamiento oportuno, así como, la calidad en la atención en general.	Acciones de enfermería para identificar las manifestaciones en la gestante y lograr una ayuda precoz evitando complicaciones futuras.

MATERIALES E INSUMOS

• Equipo de control de signos vitales. • Bandeja para La administración de soluciones parenterales. • Equipo de aseo perineal • historia clínica • Formulario de Consentimiento informado • Bandeja para La administración de soluciones parenterales. • Equipo de aseo perineal	• Tensiómetro y fonendoscopio • Doppler • Equipo de aseo perineal • Historia clínica • Carnet perinatal • Guantes • Estetoscopio de Pinard • Espéculo	• Tensiómetro y fonendoscopio • Equipo de signos vitales • Equipo de aseo perineal • Espéculo. • Pinza portagasa. • Envase con solución. • Pinza de cuello o muset. • Dilatadores de cuello. • Histerómetro. • Curetas, de distintos calibres. • Torundas, apósitos, gasas y paños • Historia clínica • Carnet perinatal

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas

• Admisión de la paciente • Control de Signos vitales, • Valoración, de las características del sangrado • Información clara y objetiva de la situación • Si es necesario canalizar una vena para reposición de líquidos • Vigilancia de signos de shock • Preparación y participación del procedimiento quirúrgico	• Admisión. • Identificación a la persona que se encuentra con sangrado, comunicar al médico para revisión inmediata. • Control de signos vitales. • Disposición al médico material y equipo necesario (espéculo, ecógrafo para ver vitalidad fetal, etc.) • Control FCF dependiendo a la edad gestacional. • Asistencia al médico para la revisión transvaginal. • Control de las características, cantidad de sangrado. • Administración de tratamiento y/o analgésicos según prescripción médica. • Aseo perineal. • Evitar que la persona deambule. • Movilización en silla de ruedas o camilla. • Orientación a la persona y familia sobre la importancia de colaborar en los procedimientos a realizar.	• Admisión. • Control de los signos vitales. • Explicación a la paciente los procedimientos a realizar. • Orientación a la paciente y sus familiares sobre el estado de ésta. • Aporte de oxígeno en caso de necesidad. • Canalización de vía de grueso calibre bránula # 18. • Tratamiento parenteral según indicación médica, para reducir la sensación de dolor. • Clasificación de grupo sanguíneo. • Ayude a la paciente a superar el proceso de pérdida utilizando frases de apoyo.

RECOMENDACIONES

• Asegurar que la mujer embarazada cumpla con los cuatro controles pre natales	• Llenar la parte de planeando mi parto en el carnet perinatal, informándole sobre el bono Juana Azurduy.	Si la paciente necesitara transfusión sanguínea asegurar que corresponda a su grupo.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
12. HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO II: ABORTO INCOMPLETO, ABORTO SÉPTICO	III

DEFINICIÓN

Aborto incompleto	Aborto Séptico
Es la atención que se brinda ante la ausencia de un médico, en caso de producirse la expulsión del embrión /el feto y/ o sus anexos en forma incompleta, antes o cumplidas las 20 semanas de gestación. Puede evolucionar hasta llegar a un aborto incompleto, que es la expulsión del embrión del feto y/o sus anexos en forma incompleta.	Es la atención que brinda el personal de enfermería en ausencia del médico, en caso de retención parcial en cavidad uterina de restos placentarios o fetales infectados antes de la viabilidad fetal. Produce fiebre, dolor en hipogastrio, secreción purulenta y compromiso del estado general; que frecuentemente evoluciona hacia un choque séptico.

MATERIALES E INSUMOS

• Equipo de signos vitales • Equipo de canalización • Historia clínica • Carnet perinatal • Formulario de referencia • Solución Ringer Lactato • Bránula N° 18	• Equipo de signos vitales • Equipo de canalización • Historia clínica • Carnet perinatal • Formulario de referencia • Solución Ringer Lactato • Bránula N° 18

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

• Recepción a la embarazada con calidez. • Orientación a la embarazada y a su familia evitando juzgarla. • Explicación de lo que ocurre, cuáles son los riesgos y a qué procedimientos se va a someter a la paciente. • Control de signos vitales. • Identificación si está en evolución o es un aborto completo o incompleto. • Si está en evolución o es incompleto, o si hay hemorragia con compromiso del estado general e hipotensión severa canalizar una vena con bránula N° 18 y administrar solución Ringer Lactato 1000 cc a goteo continuo (a chorro) y refiera de inmediato a II Nivel. • Si puede tener certeza de que se produjo un aborto incompleto, administrar Metilergonovina 0.2 mg i.m. • Cumplimiento del tratamiento según prescripción médica • Ante la sospecha o confirmación de aborto incompleto, la paciente debe ser referida al II Nivel de atención. • Transferencia a la paciente acompañada de Personal de Salud con formulario de referencia de SUMI. • Realización de seguimiento.	• Recepción a la paciente con calidez. Se trata de una paciente de alto riesgo. • Explicación a la paciente y a los familiares sobre su estado, cuáles son los riesgos y los procedimientos que será necesario realizar. • Consideración a la paciente de alto riesgo. • Colocación en posición semisentada. • Control de signos vitales permanente. • Valoración de profilaxis antitetánica. • Bajar la fiebre con medios físicos. • Si se confirma el diagnóstico, canalizar vena con bránula N° 18 instalar Solución Ringer 1000 cc a 40 gotas / minuto. • Administración de Penicilina Sódica 5'000.000 UI i.v. cada 6 horas. • Administración de Gentamicina 80 mg i.m. cada 8 horas. • Administración Metilergonovina 0.2 mg i.m. c/ 8 horas. • Además se puede asociar Metronidazol 500 mg v.o. c/ 6 horas. • Referencia al II Nivel de atención, acompañado del personal de salud con formulario de referencia del SUMI. • Ante sospecha o confirmación de la complicación se debe referir lo antes posible al II o III Nivel de atención, iniciado el tratamiento de pre-referencia.

RECOMENDACIONES

• Asegurar que la paciente haya comprendido las señales de alarma.	• Realizar seguimiento en el establecimiento de referencia

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
13. TRATAMIENTO DE LAS HEMORRAGIAS DE LA PRIMERA MITAD DEL EMBARAZO: PROSTAGLANDINAS SUPLEMENTARIAS, AMEU, LIU.	III

DEFINICIÓN

Prostaglandinas suplementarias	Aspiración Manual Endouterina – AMEU	Legrado Intrauterino - LIU
En cumplimiento de indicación médica se administra prostaglandinas en el introito vaginal para regularizar la dinámica uterina	Acciones de enfermería dirigidas a tranquilizar y fortalecer a la mujer frente al procedimiento a realizar.	Cuidados de enfermería después del raspado de la cubierta endometrial del l útero con fines de diagnóstico y/terapéuticos hasta lograr una estabilización de la paciente

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Historia clínica • Carnet prenatal • Guantes • Medicamento (ovulo)	• Tensiómetro y fonendoscopio • Equipo de signos vitales • Equipo de aseo perineal • Historia clínica • Carnet prenatal (si hay embarazo) • Espéculo. • Pinza portagasa. • Envase con solución. • Pinza de cuello o muset. • Jeringa de ameu. • Cánula de distintos calibres. • torundas, apósitos, gasas y paños. • Cateter de venopunción periférico # 20 – 18	• Oxígeno húmedo • Unidad de la paciente • Tensiómetro y fonendoscopio • Equipo de signos vitales • Equipo de aseo perineal • Espéculo. • Pinza portagasa. • Envase con solución. • Pinza de cuello o muset. • Dilatadores de cuello. • Histerómetro. • Curetas, de distintos calibres. • Torundas, apósitos, gasas y paños. • Historia clínica • Carnet prenatal

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

• Lavado de manos. • Calzado de guantes estériles • .Coloque un óvulo o supositorio de PG en el introito vaginal. • Utilizando el dedo índice y medio de la mano hábil, empuje el óvulo hacia adentro profundamente en la cavidad vaginal. Deje el óvulo en fondo del saco vaginal posterior. • Retire los dedos del canal vaginal suavemente. • Informe en la Hoja de Enfermería • Orientación a la gestante que mientras se le administre este medicamento, el control para que ella y su bebé se encuentren bien.	• Canalización de una vena con bránula N°18. • Administración de solución Ringer Lactato 1000ml. • Asegúrese que cuente con resultados de laboratorio. (hemoglobina y grupo sanguíneo), para prevenir una transfusión sanguínea segura. • Durante el procedimiento realice apoyo psicológico a la paciente. • Luego del procedimiento dejar cómoda a la paciente. • Control de hemorragia genital durante 2 horas. • Orientación sobre planificación familiar.	• Administración de analgésicos según prescripción • Reposo e ir aumentando lla actividad según tolerancia. • Aseo y cuidados perineales. • Control de signos vitales según necesidad. • Observación en busca de signos de choque. • Registro de la cantidad, color y olor del exudado vaginal y cambiar las toallas según necesidad.

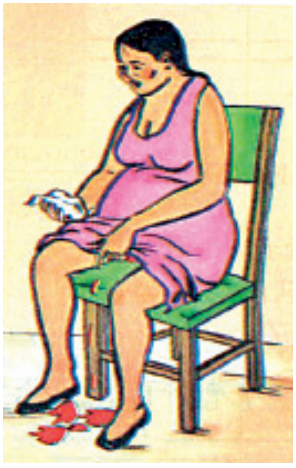
RECOMENDACIONES

• Orientación sobre la importancia de la detección de los signos de alarma.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
14. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO I	I –II- III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería que se desarrollan cuando la embarazada presenta hemorragia genital después de la 20º semana (segunda mitad del embarazo), generalmente producida por: placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, rotura uterina. Son casos de referencia inmediata a II o III Nivel.



PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Explicación a la embarazada y familiares sobre la conducta y riesgos a seguir. • Indicación de traslado en camilla con embarazada en decúbito lateral izquierdo y en reposo absoluto. • Explicación a la gestante y familiares de la necesidad urgente de transferir a un nivel de mayor complejidad. • Resolución de las preguntas que planteen la usuaria y sus familiares.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Tratamiento pre referencia. • Canalización de vena con Bránula N°18 y administre Solución Ringer Lactato 1000 ml. • En caso de ser aborto tardío incompleto además trate con prestación de prevención de hemorragias: • Administración de Indometacina en supositorio vía rectal c/12 horas durante el traslado • Metil Bromuro de Hioscina 10 mg una tableta v.o. c/ 8 horas. • Control de los signos vitales de la paciente, latido cardiaco fetal, intensidad de la hemorragia genital, y la presencia de contracciones uterinas manifiestas como dolores hipogástricos durante el traslado. • Si la edad gestacional es igual o mayor a 26 semanas, administre 12 mg de Betametasona o Dexametasona por vía i.m. (se indica la administración de betametasona hasta las 34 semanas). • En caso de hemorragia importante y signos clínicos de shock hipovolémico utilice paquete de sangre segura de acuerdo a requerimiento. • Transferencia con formulario de referencia del SUMI. • Ante confirmación o sospecha de placenta previa referir a II ó III Nivel de atención urgentemente, según disponibilidad de recurso local (para atención quirúrgica y tratamiento al recién nacido. • Observación de la evolución de la paciente • Educación a la familia sobre el apoyo psicológico

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
15. HEMORRAGIAS DE LA SEGUNDA MITAD DEL EMBARAZO II: CUIDADOS, PLACENTA PREVIA, DESPRENDIMIENTO PREMATURO DE PLACENTA.	**II - III**

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería desarrollados ante la presencia de hemorragia en una mujer embarazada, producida por presencia de placenta previa, desprendimiento prematuro de placenta, son de referencia inmediata a II o III nivel, una vez realizado el diagnóstico y estabilizada la paciente.

Cuidados	Placenta previa	Desprendimiento prematuro de placenta
Acciones de enfermería dirigidas a la información de la gestante frente a una placenta previa, DPPNI. Y asesoramiento sobre el tratamiento.	Acciones de enfermería dirigidas a confortar a la gestante a cerca de la forma a proseguir con el embarazo o a enfrentarse con una probable cesárea.	Procedimientos de enfermería en el cumplimiento de indicaciones médicas, asegurando la estabilidad física y psicológica.

MATERIALES E INSUMOS

• Tensiómetro y fonendoscopio • Equipo de signos vitales • Equipo de aseo perineal • Oxígeno • Equipo de venoclisis y soluciones • Historia clínica	• Carnet perinatal • Tensiómetro y fonendoscopio • Equipo de signos vitales • Equipo de aseo perineal • Oxígeno	• Equipo de venoclisis y soluciones • Historia clínica • Carnet perinatal	• Formulario de referencia • Preparación quirófano, en caso necesario

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

• Admisión. • Control de signos vitales y frecuencia cardiaca fetal. • Canalización de vena con bránula N° 18. • Administración de solución R. lactato o solución salina. • Toma de muestra de sangre para laboratorio, tipificar y reservar sangre. • No realizar tacto vaginal, preferiblemente realizar especuloscopía. • Colocación de sonda vesical si es necesario y medir diuresis. • Transfusión de sangre para estabilizar estado de paciente. • Si el embarazo es pretérmino y el sangrado de leve a moderado se aconseja reposo absoluto. • Si el feto está vivo y es viable (+de 27 semanas) preparación inmediata para cesárea.	• Control de signos vitales P/A cada 4 horas. • Canalización de vía periférica Solución Ringer Lactato • Reposo absoluto. • Evitar tacto vaginal innecesario. • Posición trendelemburg. • Valoración de signos de anemia (piel). • Control de frecuencia cardíaca fetal cada 4 horas. • Control de movimientos fetales. • Brindar información sobre signos de alarma (sangrado genital). • Brindar apoyo emocional.	• Control de signos vitales y frecuencia cardíaca fetal. • Canalización de vena con bránula N° 18. • Administración de solución R. lactato o solución salina. • Toma de muestra de sangre para laboratorio, tipificar y reservar sangre. • No realizar tacto vaginal, preferiblemente realizar especuloscopía. • Colocación de sonda vesical si es necesario y medir diuresis. • Transfusión de sangre para estabilizar estado de paciente. • Si el embarazo es pretérmino y el sangrado de leve a moderado se aconseja reposo absoluto. • Si el feto está vivo y es viable (+de 27 semanas) preparación inmediata para cesárea.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
16. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: AMENAZA DE PARTO INMADURO	I –II

DEFINICIÓN

Es la atención de enfermería ante la presencia de contracciones uterinas (2 en 10 minutos y con duración de por lo menos 30 segundos), regulares en frecuencia e intensidad con borramiento y dilatación a partir de la semana 22º y antes de las 27º semana.

EQUIPOS

- Oxígeno
- Tensiómetro y fonendoscopio
- Reloj
- Tira reactiva para examen de orina
- Medicamentos útero inhibidores y betametasona
- Doppler o pinard
- Equipo de parto (si el parto es inminente)

MATERIALES E INSUMOS

- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Formulario de referencia

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

- Si hay disponibilidad de camas internar a la gestante.
- Información a la embarazada y familia que necesita ser hospitalizada en reposo absoluto con control continuo durante las primeras 24 horas.
- Explicación a la paciente y a sus familiares sobre las causas, el procedimiento a realizar y los riesgos.
- En caso de transferencia a un nivel de mayor complejidad explicar a la gestante y sus familiares.
- Interrogación sobre la fecha de última menstruación (FUM) y medir la altura uterina para determinar edad gestacional.
- Palpación suave del útero para determinar frecuencia, duración e intensidad de las contracciones, así como la situación y presentación fetal.
- Evaluación de la frecuencia cardíaca fetal.
- Descartar síntomas de infección urinaria baja.
- A nivel del Puesto de Salud referir a la paciente acompañada y preparada ante la posibilidad de atender un parto en el traslado.
- Si asistió el parto procure referir a ambos a la brevedad posible, asegurándose que el RN esté seco y abrigado.
- A nivel del Centro de Salud , el mismo manejo que el puesto de salud. Antes de referir iniciar inhibición de las contracciones con:
  - Administración de 5 mg de Diazepan por V.O. C/ 12 Hrs y colocación de un supositorio de Indometacina por vía rectal (V.R.) c/ 24 por 3 días.
  - Administración de Sulfato de Betametasona 12 mg (3 ampollas juntas de 4 mg) por vía IM c/ 24 Hrs por 3 días, desde las 24 semanas hasta las 34 semanas de gestación.
  - Ritodrina comprimidos de 10 mg v.o. c/ 8 Hrs, por 7 días. Si la frecuencia cardíaca materna fuese mayor a 110, disminuir o suspender el tratamiento. No administrar en pacientes cardiópatas.
  - Valore la evolución de las contracciones en 12 Hrs, si remiten los signos mantenga el tratamiento con Diazepan e Indometacina.
  - Si las contracciones persisten a las 12 Hrs, remita a la paciente en compañía del Personal de Salud ante la eventualidad de un parto.
- Referencia a la brevedad posible al II o III Nivel con hoja de transferencia del SUMI.
- Orientación a la madre para que controle los movimientos fetales, frecuencia de las contracciones uterinas y presencia de líquido por la vagina.

RECOMENDACIONES

Asegurar que durante la referencia la paciente vaya en compañía del personal de salud competente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
17. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO II: RUPTURA PREMATURA DE MEMBRANAS	I -II

DEFINICIÓN

Es la atención de enfermería, en ausencia del médico, cuando se detecta ruptura de las membranas antes del inicio del trabajo de parto, puede ocurrir a cualquier edad gestacional, el riesgo para la madre y el feto es mayor cuanto más precoz sea la ruptura.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Doppler o Pinard
- Reloj
- Termómetro
- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Cinta métrica

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Explicación a la gestante y a sus familiares los riesgos fetales, riesgos maternos y los factores de riesgo. • Explicación continua a la gestante lo que ocurre y los procedimientos a realizar. Apoyo psicológico. - La gestante con trabajo de parto y Dx de ruptura de membranas debe realizar reposo en cama para evitar prolapso de cordón.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Valoración a la gestante, indagar sobre antecedentes de eliminación involuntaria de líquido amniótico por genitales, se incrementa con los esfuerzos o movimientos, puede ser continua e intermitente y en cantidades variables. • Observación si hay disminución del volumen y altura uterina. Las partes fetales se pueden palpar con facilidad y son prominentes. • Control de los signos vitales la temperatura y la FCF. • Evaluación de la dinámica uterina. • Cálculo de la edad gestacional. • Al examen genital comprobar la pérdida de líquido por el orificio cervical, NO se debe realizar tacto vaginal. • Si el parto es inminente realizar la atención de acuerdo a protocolo de atención, enfatizando medidas de asepsia y antisepsia para disminuir riesgos de infección • Evaluación de la necesidad de referencia posterior de ambos según riesgos maternos y neonatales. • Referencia a nivel superior ante posibilidad de embarazo pretérmino, infección materna (corio amnionitis) la presencia de sufrimiento fetal agudo (presencia de líquido amniótico verde – meconio) • Tratamiento de pre-referencia con Ampicilina 500 mg i.m. o i.v. c/ 6 Hrs (o Penicilina Procainica 1’200.000 U i.m. • Referencia de inmediato con formulario del SUMI acompañado por el Personal de Salud • Verificación cuidadosa del diagnóstico de la hoja de referencia • Cumplimiento con el tratamiento de acuerdo a prescripción medica • Registro en libros de internación • Apertura de historia clínica • Reporte de enfermería • Coordinación y preparación ante la necesidad de referencia por riesgo materno y neonatal

RECOMENDACIONES

• Asegurar que la paciente vaya durante la referencia con personal competente.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
18. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO III: INFECCIONES URINARIAS	I -II

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería, en ausencia del médico, ante presencia de infección urinaria en la embarazada. Se clasifica en Infección urinaria baja (uretritis – cistitis) e infección urinaria alta (pielonefritis aguda y crónica).

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Explicación a la paciente el cuadro, los riesgos durante el embarazo y la importancia de cumplir con todo el procedimiento y las indicaciones. • Enseñanza a la gestante la técnica de aseo genital y rectal para evitar contaminación del meato urinario con gérmenes intestinales.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. En caso de una infección urinaria baja (uretritis – cistitis) • Conducta a seguir en un Puesto de Salud: realizar la prueba de tira (si hay disponibilidad) buscando nitritos, su presencia indica bacteriuria. • Indicación sobre la ingesta abundante de líquidos (3 a 4 L/día) • Confirmada la infección urinaria con la prueba de nitritos y si no es posible la referencia iniciar el tratamiento con: - Nitrofurantoina 100 mg c / 8 hrs V.O. por 7 días (sólo hasta la semana 28) ó Amoxicilina 500 mg V.O. c / 8 Hrs por 7 días. - Paracetamol 500 mg V.O. c/ 6 Hrs según la intensidad del dolor o la fiebre. • Si 7 días después del tratamiento continúa la presencia de nitritos es necesario hacer urocultivo y antibiograma, se debe referir a un Centro de Salud con laboratorio. • La conducta a seguir en un Centro de Salud, realizar la prueba de tira para nitritos, realizar el estudio de sedimento urinario, el urocultivo con recuento de colonias antibiograma. • Mientras se tiene el resultado del antibiograma iniciar tratamiento con alguno de los dos esquemas: - Esquema uno: Tableta de Nitrofurantoina 100 mg c/ 8 Hrs por 10 días (después de las comidas), Paracetamol 500 mg VO C/ 6 Hrs según la intensidad del dolor y la fiebre. y ajustar el tratamiento a los resultados del antibiograma. - Esquema dos: Ampicilina VO 2 a 3 g / día (500 mg a 1 g c/ 6 Hrs) por 10 días después de las comidas. Paracetamol 500 mg VO c/ 6 Hrs. • Siete días después de terminar el tratamiento realizar la prueba de tira para nitritos, estudio de sedimento urinario, si se establece recurrencia repetir el tratamiento y continuar luego con terapia supresiva Nitrofurantoina 50 mg 2 a 3 veces al día hasta completar los 30 días o hasta el parto. • Referir a II Nivel de atención si al concluir el tratamiento, continúa la presencia de nitritos en examen de orina, continúa el sedimento urinario y es más si hay síntomas de trabajo de parto prematuro y no se dispone de recursos necesarios para su manejo. En caso de una infección urinaria alta (pielonefritis aguda) • El manejo en un Puesto de Salud es referir a un Centro de Salud iniciando tratamiento con: Ampicilina 1g IV, IM, o VO, Gentamicina 80 mg IM dosis inicial, Paracetamol 500 mg VO c/ 6 Hrs. • El manejo en el Centro de Salud: si se confirma el diagnostico se debe internar a la gestante si hay disponibilidad de camas, iniciar tratamiento con: • Esquema uno: Cefradina 500 mg VO c/ 6 Hrs. • Esquema dos: Ampicilina 1 a 2 g IV (1° y 2° día) y luego VO c/ 6 Hrs durante 20 días. Gentamicina 160 a 180 mg IM dosis única. Paracetamol 500 mg VO c/ 6 Hrs. Vitamina C 1 g día por 10 días. Si no es posible internar a la paciente referir siguiendo el tratamiento inicial a un II Nivel de atención con el Formulario de Referencia del SUMI. • Explicación a la embarazada sobre los riesgos en el embarazo y la importancia de cumplir el tratamiento. • Seguimiento de las infecciones urinarias para prevenir recidivas.

RECOMENDACIONES

Asegurar que la paciente reciba el tratamiento completo

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
19. COMPLICACIONES DEL EMBARAZO: INFLUENZA H1N1, VIH/SIDA	III

DEFINICIÓN

Influenza H1N1	VIH/SIDA
Son cuidados de enfermería dirigidos a la gestante que cursa un cuadro producido por el virus de la influenza A H1N1 para coadyuvar a controlar el riesgo de morbilidad materna y fetal relacionado con un mayor número de trabajos de partos pretérmino y abortos.	Acciones de enfermería en el cuidado de la gestante con el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) o con l SIDA, procurando evitar la transmisión vertical en el momento del parto o en el período neonatal precoz

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Equipo de venoclisis y solución endovenosa • Tensiómetro con fonendoscopio. • Estetoscopio de Pinard o Doppler. • Equipo de oxigeno (con humidificador). • Bata para la paciente. • Equipo de cateterismo. • Vendas y férulas. • Soporte para suero. • Aspiradora. • Barandas • Jeringas descartables de diferente calibre. • Pinza auxiliar. • Paquete de parto de emergencia. • Historia clínica completa • Hoja de consentimiento informado • Equipo de protección de vía aérea	• Tensiómetro • Fonendoscopio. • Estetoscopio de Pinard o Doppler. • Equipo de Oxígeno (con humidificador). • Bata para la paciente. • Jeringas descartables de diferente calibre. • Paquete de parto de emergencia. • Historia clínica • Hoja de consentimiento informado • Folletería educativa sobre VIH/SIDA • Equipo de protección (mascarillas, guantes)

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

• Admisión al paciente en la sala de aislamiento especial • Restricción de visitas de familiares. • Monitorización continúa de los signos vitales cada hora. • Control estado de conciencia. • Administración de Oxígeno según necesidad e indicaciones médicas • Determinación de la causa del sangrado. • Colocación en posición de trendelemburg. • Apoyo a la revisión médica con material y equipo de emergencia. • Canalización de vía periférica con catéter intravenoso periférico de grueso calibre. • Administración de líquidos endovenosos de acuerdo a indicación médica. • Disponibilidad de una aspiradora. • Catéter vesical con bolsa recolectora para controlar diuresis. • Monitorización y estabilización hemodinámica de la paciente.	• Admisión a la paciente. • Apoyo psicológico. • Información sobre consentimiento informado de la prueba rápida. • Información sobre los procedimientos a realizar. • Control de signos vitales. • Control de frecuencia cardíaca fetal. • Canalización de vía periférica tomando en cuenta las precauciones apropiadas para prevenir la exposición a sangre y fluidos. • Administración del tratamiento específico antirretroviral de acuerdo a valoración ginecológica y período del trabajo de parto, según indicación médica. • Traslado a la paciente al área de quirófanos o a salas de internación para realizar una cesárea para prevenir la transmisión vertical

RECOMENDACIONES

• Tomar todas las precauciones de atención a pacientes con influenza AH1N1	Emplear medidas apropiadas de control de infecciones y bioseguridad.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
20. COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO V: DIABETES GESTACIONAL, CARDIOPATÍA GESTACIONAL	III

DEFINICIÓN

Diabetes	Cardiopatía
Es la atención de enfermería en la paciente diabética para contribuir a lograr la estabilidad de la glucosa en sangre con el consiguiente bienestar del feto. La diabetes gestacional es aquella que aparece súbitamente durante el embarazo, desapareciéndo luego del parto. Lo importante es tener en cuenta que el 50% de las mujeres que tuvieron esta afección poseen una alta probabilidad de ser diabéticas dentro de los 10 años. Por lo tanto es importante la actividad física, mantenerse en peso y cuidarse con dieta.	Es la atención de enfermería a la paciente embarazada que presenta patología cardiaca que cursa con el embarazo produciendo el aumento progresivo del volumen circulante y el gasto cardiaco, las semanas 28ª a 32ª alcanzan sus máximos niveles por lo que se pueden producir insuficiencia cardiaca.

MATERIALES E INSUMOS

• Tensiómetro	• Glucotest	• Tensiómetro	• Electrodos
• Fonendoscopio	• Hipoglucemiantes	• Fonendoscopio	• Gel
• Historia Clínica	• Insulina	• Electrocardiograma	• Historia Clínica

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

• Orientación a la paciente y a la familia sobre la necesidad de internación • Valoración del estado materno y fetal • Control de glucosa en sangre (gluco-test) según evolución del cuadro • Registro en hoja de informe de enfermería valores encontrados • Control y registro de signos vitales • Control y registro diario del peso de la paciente • Control y registro estricto de ingeridos y eliminados • Observación de signos y síntomas de diabetes • Llamar al médico cuando se advierta sin dudas la aparición de síntomas anormales • Observación, control estricto y registro de dieta indicada • Observación y detección precoz de signos y síntomas de complicación (acidosis y coma diabético, enfermedades vasculares periféricas, infecciones etc.). • Entorno tranquilo y sin ruidos, permitiendo el máximo reposo. • Control de dinámica uterina, movimientos y latidos fetales. • Administración de medicación indicada (hipoglucemiantes, insulina, etc.) • Enseñanza permanente en cuanto a los cuidados de la paciente y de su niño, nutrición, profilaxis, salud e higiene general.	• Colocación a la paciente en posición semifowler decúbito lateral izquierdo, con la cabeza y hombros elevados. • Administración de oxígeno PRN. • Control de signos vitales cada 4 horas. • Control de frecuencia cardíaca fetal y movimientos fetales. • Control de líquidos ingeridos, eliminados balance hídrico y diuresis horaria. • Control de peso diario. • Control de aporte nutricional y dieta baja en sodio. • Se recomienda restricción de la actividad física. • Apoyo emocional a la paciente y su familia. • Fisioterapia respiratoria. • Terapia ocupacional. • Recomendación evitar subir escaleras, levantar peso y descansar cuando aparezca disnea y taquicardia.

RECOMENDACIONES

• Explicar y orientar a la familia, acerca de los riesgos de esta enfermedad para el crecimiento y desarrollo del feto, como así también los cuidados que requiere la paciente en el hogar. • La paciente diabética debe aceptar la mayor parte de la responsabilidad en el tratamiento de su enfermedad. Su enseñanza debe ser profundizada, reforzada y actualizada continuamente, pues la diabetes en una enfermedad de larga duración, a excepción que el tipo de diabetes padecida por la paciente sea de origen gestacional.	

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
21. COMPLICACIONES MÉDICAS DEL EMBARAZO VI: TRAUMATISMOS, INTOXICACIONES	III

DEFINICIÓN

Traumatismos	Intoxicaciones
Son cuidados de enfermería dirigidos a dar confort a la embarazada que ha sufrido un trauma, debido al riesgo vital para el feto, a veces mayor que para la madre.	Actividades y técnicas empleadas en el cuidado de enfermería a la embarazada con síntomas de intoxicación

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Mesa de revisión • Tensiómetro con fonendoscopio. • Estetoscopio de Pinard o Doppler. • Equipo de oxigeno (con humidificador). • Bata para la paciente. • Jeringas descartables de diferente calibre. • Pinza auxiliar. • Paquete de parto de emergencia • Historia Clínica y Expediente Clínico • Hoja de consentimiento informado • Guantes	• Accesorios de limpieza • Tensiómetro con fonendoscopio. • Estetoscopio de Pinard o Doppler. • Equipo de oxígeno (con humidificador). • Bata para la paciente. • Jeringas descartables de diferente calibre. • Guantes • Historia clínica • Formulario de Escala de Glasgow • Dossier de enfermería

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

• Admisión de la paciente. • Examen físico completo, en busca de hematomas y otros. • Control de frecuencia cardíaca fetal. • Preguntar a la paciente si percibe movimientos fetales • Control sangrado o pérdida de líquido transvaginal. • Indagación a la paciente o familiares sobre la circunstancia del traumatismo. • Apoyo psicológico. • Hablar con la paciente para levantar denuncia. • Evitar que la paciente realice esfuerzos físicos. • Movilización a la paciente en silla de ruedas o camilla.	• Admisión de la paciente. • Control de signos vitales de acuerdo a necesidad de la paciente. • Instalación de vía periférica para mantener hidratación adecuada. • Aporte de oxígeno con mascarilla facial. • Valoración de signos y síntomas de dificultad respiratoria. • Comunicación de cualquier cambio de la conciencia o signos vitales que comprometa el estado neurológico. • Control de presencia de dinámica uterina, • Monitorización de la frecuencia cardíaca fetal (FCF) cada diez minutos y registre. • Comunicación sobre modificaciones de la FCF que desencadene en sufrimiento fetal. • Si la madre está consciente indague sobre la percepción de movimientos fetales. • Lavado gástrico según indicación médica. • Cubra necesidad de cuidado según indicación médica. • Envío a la paciente a terapia materna para su monitorización.

RECOMENDACIONES

• Es importante la denuncia si ha habido violencia.	Se debe hacer asistencia psicológica de manera precoz si la intoxicación ha sido auto dirigida

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
22. DISTORSIONES DEL EMBARAZO: MOLA HIDATIFORME, EMBARAZO ECTÓPICO	III

DEFINICIÓN

Mola hidatiforme	Embarazo ectópico
Acciones de enfermería para reducir la ansiedad frente a un pseudoembarazo.	Es la actividad de apoyo de enfermería destinada a preparar psicológica y físicamente a la embarazada para la acción quirúrgica a realizarse de acuerdo a la ubicación del huevo, cumpliendo las indicaciones médicas. Es un cuadro que se presenta con franca hemorragia interna con grave riesgo para la vida de la madre, en general esta implantación no sobrepasa las 8 a 12 semanas de gestación

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

• Tensiómetro y fonendoscopio	• Equipo de sondaje vesical	• Carnet de Salud Materna
• Doppler o Pinard	• Equipo de legrado uterino	• Expediente clïnico
• Equipo de signos vitales	• Equipo de venoclisis y soluciones	• Formulario de referencia
• Equipo de aseo perineal	• Oxígeno y mascarilla	• Solución Ringer Lactato
• Espéculo	• Historia clínica	• Bránula N° 18

PROCEDIMIENTOS

• Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Valoración del sangrado transvaginal y características. • Administración de analgésicos en horario. • Comunicación verbal sobre el diagnóstico y el resultado del tratamiento. • Escucha activa y ayuda a la paciente y sus familiares para adoptar estrategias de afrontamiento y reducir la ansiedad generada por pseudoembarazo • Ayuda psicológica. • Guía y orientación al esposo y familiares para enfrentar la pérdida. • Reforzamiento de la explicación del médico sobre el proceso actual, los factores de riesgo, la conveniencia de evitar el embarazo (normalmente dura un año) y la necesidad de titulación periódica de HCG, exámenes radiográficos de tórax y seguimiento ambulatorio	• Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • En caso de embarazo complicado realizar tratamiento de choque • Si es posible hacer clasificación de grupo sanguíneo y Rh. • Tratamiento de pre referencia : - Canalización de vía con bránula N°18. - Administración de solución Ringer Lactato 1000 ml, con 8 ampollas de oxitocina 5 UI /ml para 8 horas y realice la referencia inmediata y acompañada a Establecimiento de II Nivel. - Si la referencia demora más de 24 horas, mantenga vía con solución Ringer Lactato o solución glucosada al 5% e inicie antibioticoterapia con Penicilina G Sódica IV 5.000.000UI cada 4 horas más gentamicina IV 80mg c/8Hrs. • Ante confirmación de embarazo (complicado o no) debe ser referido de inmediato al II o III Nivel de atención ya que es una complicación grave. • Referencia urgente en posición de Trendelemburg, bien abrigada y acompañada (nunca dejarla sola) ya que es una complicación grave. • Admisión de la paciente en el establecimiento al que se refiere • Cumplimiento de indicaciones médicas. • Explicación clara, en ausencia del médico tratante, a la paciente y su familia o acompañantes, acerca de las causas, el procedimiento a realizar y los riesgos. • Apoyo psicológico a la paciente. • Control de los signos vitales de inicio. • Determinación del grupo sanguíneo de la paciente. • Instalación catéter endovenoso de calibre grueso Nº 18. • Administración IV de líquidos y/o sangre según indicación médica. • Asegúrese que la sangre administrada corresponda al grupo sanguíneo correcto de la paciente. • Permanezca junto a la paciente durante quince minutos después de iniciada la sangre, en caso de reacción suspender la transfusión y comunique. • Mantenimiento permeable de la vía endovenosa. • Administración de oxígeno húmedo por mascarilla. • Preparación para intervención quirúrgica. • Colocación de sonda Foley con drenaje por gravedad a circuito cerrado. • Obtención del consentimiento informado una vez explicado el procedimiento por el médico. • Traslado a la paciente a área quirúrgica para su posterior intervención.

RECOMENDACIONES

• Orientación sobre la importancia de la detección de los signos de alarma.	Orientación en planificación familiar una vez solucionado el problema agudo

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
23. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA DURANTE EL PARTO	I -II

DEFINICIÓN

Son los procedimientos de enfermería desarrollados durante el parto de bajo riesgo, con embarazo de evolución normal y a término (37 a 41 semanas de gestación). Los periodos del trabajo de parto son dilatación, expulsivo y alumbramiento.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Ambiente con adecuación intercultural
- Mesa de examen con sabanillas
- Soporte para soluciones
- Lámpara de calefacción para el recién nacido.
- Bandeja conteniendo guantes estériles, lubricantes, cinta métrica, estetoscopio de Pinard o doppler.
- Equipo completo para atención de parto (Pijamas, ropa, instrumental, material)
- Equipo de signos vitales
- Ambú con máscara adulta e infantil
- Pera de goma.
- Equipo de episiotomía
- Oxígeno.
- Oxitocina 10 UI (2 ampollas)
- Xilocaina sin epinefrina al 2%.
- Vitamina K
- Jeringas descartables
- Fólder con la Historia Clínica.
- Partograma de la OMS modificado

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de las indicaciones médicas.

En ausencia de médico:

- Explicación a la embarazada y su familia acerca de los procedimientos que se realizaran, hallazgos y riesgos.
- Apoyo psicológico necesario y orientación respectiva a la llegada de la embarazada al establecimiento de salud e inicio de la atención
- Revisión de la Historia Clínica Perinatal HCPN y el Carnet de Salud Materna. Si la embarazada no tuvo control prenatal, evalúe la necesidad de solicitar exámenes de laboratorio.
- Control de peso y talla y signos vitales, comunicación inmediata en caso de alteraciones para determinación de referencia.
- Preparación de la embarazada respetando sus valores sociales y culturales, estimulando la participación del esposo u otro familiar durante el trabajo de parto.
- Apoyo emocional a la parturienta explicando el procedimiento en cada etapa del parto.
- Detección y resolución de dudas y temores orientando al respecto.
- Transmisión de la información en lenguaje apropiado a las características culturales de la embarazada, de ser posible, en su mismo idioma.
- De acuerdo a indicación médica efectuar control del estado general (color de piel, mucosas, hidratación, estado de consciencia).
- Si se detecta hipertensión comunicación inmediata al médico o caso contrario aplicación de la norma y preraparción para referencia .
- Si se detecta hipotensión comunicación inmediata y descartar presencia de hemorragias y/o choque hipovolémico
- En ausencia del médico realizar el examen obstétrico:
- Medición de altura uterina, realización de las maniobras de Leopold para determinar situación y presentación fetal y el grado de encajamiento.
- Valoración de la viabilidad de la pelvis para el tamaño fetal.
- Auscultación y registro de la frecuencia cardiaca fetal- FCF.
- Control de la dinámica uterina.

Durante el período de dilatación apoyo a la embarazada en los siguientes aspectos:

- Conocer cuál es la posición que ella prefiere para tener su parto y procurar satisfacerla.
- Motivación para la participación activa y la de su pareja, solicitando el continuo apoyo psicológico a la embarazada.
- Estimulación de la ambulación durante el periodo de dilatación.
- Proporcionar la cantidad suficiente de líquidos a tomar preferentemente azucarados para disminuir el riesgo de deshidratación.
- Evaluación del progreso de la dilatación y descenso de la presentación.
- Registro de todos los datos en el partograma modificado de la OMS para toma de decisiones según la evolución del trabajo de parto.
- Control y registro cada 4 horas de los signos vitales y la FCF.
- Control, evaluación y registro en el partograma, de la duración, intensidad y frecuencia de las contracciones uterinas.

Durante el período expulsivo:

- Colaboración para el traslado de la embarazada a la sala de partos previo registro del grado de dilatación y borramiento del cuello uterino.
- Comunicación a la embarazada sobre la inminencia del parto.

- Atemperar el ambiente de la sala de partos.
- Estimulación para que la embarazada puje espontánea, rítmica y efectivamente en el momento oportuno durante la expulsión del feto, orientando sobre el tipo de respiración, con actitud afectuosa.
- La embarazada debe colocarse en la posición que eligió previamente de acuerdo a su comodidad, costumbre y cultura.
- Debe evitar la posición ginecológica, a menos que la embaraza lo solicite expresamente.
- Explicación sobre su colaboración durante el período expulsivo.
- Lavado de manos minucioso.
- Preparación de la mesa auxiliar con el instrumental necesario.
- Aseo perineal.
- Apertura del paquete de parto estéril y colaboración al profesional o persona atenderá el parto.
- Resolución de las necesidades prioritarias (limpiar el sudor, ofrecer un sorbo de agua, disipar dudas, etc.)
- A la expulsión del feto tranquilizar a la embarazada, con comentario positivo, felicitarla por su desempeño durante el parto.
- Preparación inmediata del recién nacido o nacida para entregarle a la madre, facilitando el contacto piel a piel y la lactancia precoz de calostro
- Una vez atendido al recién nacido/a (de acuerdo al protocolo de atención) poner en contacto con el seno materno para iniciar en forma precoz la lactancia materna.
- Control de la presión arterial y comunicación a quien atendió el parto.
- Supervisión del traslado de la madre y su hijo(a) a su unidad.
- Asegurarse de que la sala de parto quede preparada para su uso posterior.

Atención del alumbramiento:
- Administración de oxitocina IM 10 UI.
- Control de la tracción del cordón umbilical.
- Facilitación de la salida de la placenta desprendida retorciendo, sin traccionar la placenta sobre su eje hasta la salida total de las membranas, examen cuidadoso de la cara fetal y materna de la placenta y las membranas.
- Verificación de la formación del globo de seguridad de Pinard que indica una buena retracción uterina.
- Estime el volumen de sangre perdido en el alumbramiento. La metrorragia del alumbramiento normalmente no supera los 350 cc.
- Ante la presencia de episiotomía o desgarro suturar la misma por planos.
- Aseo vulvo perineal con solución desinfectante no irritante. Colocación de un apósito estéril.
- Controlar signos vitales, retracción uterina y metrorragia.
- Orientación a la paciente y familiares a identificar signos y síntomas de riesgo durante el puerperio:
  - Hipertensión
  - Hemorragias
- Cumplimiento del tratamiento indicado.
- Programación de visita de seguimiento para el control de puerperio.
- Orientación sobre la importancia de la lactancia materna exclusiva.
- Reforzamiento de las técnicas de lactancia materna exclusiva.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
24. ATENCIÓN DEL PARTO EN DOMICILIO POR PERSONAL DE SALUD	I -II

DEFINICIÓN

Es el conjunto de actividades que proporciona el Personal de Enfermería en domicilio, en caso necesario, emergencia, o supuesto caso normal del embarazo, tendientes a lograr una adecuada atención materna y un recién nacido sano.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Oxígeno.
- Equipo completo para atención de parto (Pijamas, ropa, instrumental, material)
- Soporte para soluciones.
- Equipo de signos vitales
- Mesa de examen con sabanillas.
- Bandeja conteniendo guantes estériles, lubricantes, cinta métrica, estetoscopio de pinard u dópler.
- Fólder con la Historia Clínica.
- Oxitocina 10 UI (2 ampollas)
- Jeringas descartables.
- Pera de goma.
- Lámpara de calefacción para el recién nacido.

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Orientación a la persona que ayudará apoyando constantemente a la paciente, que generalmente es el esposo o algún familiar muy cercano. • Respeto a los valores sociales y culturales, estimulando la participación del esposo u otro familiar durante el trabajo de parto. • Apoyo emocional a la parturienta explicar el procedimiento en cada etapa del parto. • Identificación de las dudas, temores, orientar al respecto. • Transmisión de la información en lenguaje apropiado a las características culturales de la embarazada. • Asegurar agua limpia y el ambiente tenga una temperatura óptima. • Respeto a creencias y costumbres tradicionales y satisfacer las necesidades de la familia en la medida de lo posible	• Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Disponibilidad del paquete de parto y atención del RN. • Evaluación de la emergencia del caso, como condición embarazada en trabajo de parto y de acuerdo a la situación persuadir para la atención del parto en el Establecimiento de Salud. • Preparación en el domicilio de la embarazada, lo mejor posible de acuerdo a las posibilidades. • Selección del sitio del parto, de acuerdo a la posición que ella prefiera para tener su parto y la atención del recién Nacido. • - Preparación del espacio, donde se procederá a la atención • Para el período de dilatación, expulsivo, alumbramiento activo y puerperio inmediato, siga las mismas indicaciones y conducta del parto en servicio. • Dejar cómoda a la paciente. • Llenado de la Historia Clínica Perinatal básica, Carnet parto grama y otros registros vigentes. • Orientación sobre la lactancia materna completa antes de abandonar el domicilio. • Control de signos vitales, involución uterina características de la hemorragia y orientar para el control posterior preferentemente en el Establecimiento de salud o en domicilio. • Información a la madre y sus familiares sobre señales de alarma posteriores para que acudan inmediatamente al Establecimiento de Salud. • Orientación sobre el cumplimiento de las indicaciones médicas. • Programación de la visita de seguimiento para control de puerperio.

RECOMENDACIONES

La persona que atiende al recién nacido que no sea la misma que atiende el parto para garantizar la atención inmediata del recién nacido como recomienda las normas.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
25. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJO DE PARTO I: ADMISIÓN, ATENCIÓN PREPARTO, RELAJACIÓN Y RES`PIRACIÓN, CONTROL DE CONTRACCIONES UTERINAS	**I – II - III**

DEFINICIÓN

Admisión	Atención preparto	Relajación y respiración	Control de contracciones uterinas
Acciones de enfermería de preparación a la embarazada para su ingreso en una unidad de parto.	Acciones de enfermería en el primer período de trabajo de parto o el período de dilatación	Relajación para liberar la tensión de la mente y el cuerpo, requiere buena técnica de respiración.	Técnicas de enfermería para determinar la frecuencia y duración de las contracciones uterinas en el trabajo de parto.

MATERIALES E INSUMOS

• Balanza • Tallímetro • Equipo de signos Vitales. • Estetoscopio de Pinard • Historia clínica • Carnet perinatal	• Mesa de examen con dos cobertores o sabanillas. • Equipo de signos vitales. • Doppler • Historia clínica • Carnet perinatal • Guantes estériles. • Lubricante • Bata • Cinta métrica • Estetoscopio de Pinard • Soporte para soluciones. • Equipo de venoclisis y soluciones (Ringer lactato, fisiológico, Dextrosa al 5%) • Bránula Nº 20 - 18	• Balón quinésico • Sabanilla • Colchoneta	• Reloj con segundero • Monitor fetal • Historia y expediente clínico de la parturienta.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas

• Verificación que la unidad de archivos envíe el expediente clínico. • Control peso y talla de acuerdo a procedimiento establecido. • Control signos vitales según técnica. • Acomodación a la paciente en la unidad asignada • Control de frecuencia cardíaca fetal • Reporte de Enfermería, Hoja para el recién nacido. • Pasar las indicaciones médicas al Kárdex de Enfermería	• Nombre completo de la gestante a ser admitida. • Admisión de la gestante con amabilidad. • Lavado de las manos. • Orientación a la parturienta sobre el trabajo de parto • Apoyo psicológico durante el trabajo de parto. • Enseñanza a la paciente de técnicas de respiración y relación para favorecer el trabajo de parto • Preparación del equipo a utilizarse. • Ayuda a la paciente a quitarse la ropa si es necesario para efectuar el examen. • Acomodación a la parturienta en la mesa de examen y cubrirla, colaborar durante el examen • Control y registro de los signos vitales (según técnica). • Dejar cómoda a la paciente • Limpieza del material y equipo y dejar preparado el equipo para uso posterior.	• Saludo y explicación de las técnicas • Pedirle que escuche y observe atentamente • Realización técnica de respiración • Cierre de los ojos y concentrarse en un punto • Inhalación profunda y lenta • Exhalación lenta por la boca • Relajación • Preguntar si entendió o repetir. • Pedir a la paciente que lo haga • Realización de técnica de relajación por grupos musculares • Pedir a la gestante que lo haga • Dirigir su relajación • Felicítela y halague su actividad • Recomiende si fuese necesario • Use tono de voz bajo y claro • Apoyo psicológico a la parturienta • Motivación a la paciente a que continúe con las técnicas de relajación hasta la finalización del parto.	• Explicación del procedimiento . • Posición decúbito dorsal, con el reloj en lugar visible. • Colocación de la palma de la mano sobre el fondo del útero, controle la duración de la contracción desde el momento en que el útero comience a adquirir una consistencia dura, hasta la relajación del mismo. • Cuantificación de las contracciones uterinas durante 10 minutos y la duración en segundos de cada contracción uterina • Apoyo psicológico • Monitorización de la actividad uterina para evitar llegar a la cesárea

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
26. ACCIONES ESPECÍFICAS DEL TRABAJO DE PARTO II: TACTO VAGINAL, AMNIOTOMÍA, PROCIDENCIA DE CORDÓN.	II-III

DEFINICIÓN

Tacto vaginal	Amniotomía	Procidencia de cordón
Procedimiento que se realiza utilizando los dedos para reconocer la evolución del trabajo de parto de acuerdo a la dilatación y borramiento del cuello uterino	Técnica para inducir a la rotura artificial de membranas a través de un amniótomo	Pro cúbito es la presencia del cordón umbilical que antecede a la presentación con membranas íntegras. Procidencia es la presencia del cordón umbilical que antecede a la presentación con membranas rotas, durante el trabajo de parto o período expulsivo.

MATERIALES E INSUMOS

• Lubricante • Guantes estériles • Historia clínica • Amniótomo	• Bandeja conteniendo: - Guantes estériles. - Lubricante estéril - Equipo de aseo perinea	- Paño o compresa estéril - Soluciones (Fisiológica, Ringer Lactato) - Bránula Nº 20-18

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.

• Lavado de las manos. • Lleve el equipo a la unidad de la paciente y proporcione privacidad. • Coloque a la paciente en posición ginecológica, indíquele como mantenerse relajada. • Realice aseo perineal (según técnica). • Póngase el guante con la mano derecha, con el dedo pulgar e índice izquierda, separe los labios mayores y observe anormalidad de vulva. • Introduzca en la vagina los dedos índice y medio de la mano derecha y verifique elasticidad y consistencia de la pared vaginal, hasta encontrar el cuello del útero. • Verifique dilatación y consistencia del cuello uterino. • Verifique condición de la bolsa de aguas y presentación del feto de acuerdo a la evolución del trabajo de parto. • Retire suavemente los dedos después de realizar esta valoración. • Recoja el equipo, lave y guarde para uso posterior.	• Lavado de manos. • Colocación de guantes. • Realice el tacto genital con la mano hábil. • Verificar los requisitos nombrados anteriormente. • Tome el amniótomo con la mano libre, introdúzcalo en la vagina deslizando el mismo entre los dedos índice y medio de la mano que realiza el tacto. • Realice la rotura de membranas pinzando con la punta del amniótomo o la aguja entre los dedos, ayudándose con él suave empuje del dedo índice de su mano. • Mantenga los dedos en el canal vaginal para no dejar salir el líquido amniótico de forma brusca, cuidando de no producir la salida del cordón umbilical. • Observe y analice las características del líquido amniótico. • Ausculte siempre la frecuencia cardíaca fetal después de realizar el procedimiento. • Es un procedimiento que no es recomendable su realización.	• Avise al médico inmediatamente • Acueste a la paciente en posición de Trendelemburg, genupectoral o lateral de Sims con las caderas elevadas. • Explique el procedimiento a la paciente y tranquilícela. • Evalúe FCF y movimientos fetales mientras llega el médico. • Aconseje a la paciente que no puje, pero que realice respiraciones breves y rápidas cada vez que se presente una contracción. • Aseo perineal según técnica. • Exploración vaginal para visualizar el asa del cordón. • Palpación del cordón umbilical y establezca frecuencia cardiaca fetal • Administre oxígeno 5 litros por minuto • Colocación de un paño estéril humedecido en la vulva para evitar enfriamiento y contaminación del cordón. • Preparación preoperatoria según indicación médica. • Información y orientación a la paciente y familia. • Registro de fecha, hora, de la atención realizada y condiciones de la madre y el feto.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
27. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA AL/LA RECIÉN NACIDO/A	I -II

DEFINICIÓN

Es el conjunto de cuidados de enfermería que se realizan en la sala de parto en la atención inmediata del /a recién nacido/a. En el primer nivel de atención es la enfermera la que generalmente recibe y atiende al recién nacido.

MATERIALES E INSUMOS

• Pera de aspiración estéril. • 2 pañales estériles y tibios para cobertura y secado. • Termómetro rectal • Estuche de ligadura de cordón. • Vitamina K y una jeringa tuberculina.	• Solución antiséptica. • Pomada oftálmica. • Cinta métrica • Tallímetro o infantómetro. • Balanza pediátrica.	• Ajuar del /a recién nacido/a • Cintillo de identificación (si se cuenta) • Fuente de calor • Certificado del /a recién nacido/a. • Historia clínica del /a recién nacido/a.

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Ambiente atemperado para evitar hipotermia en el neonato. • Cuidados del /a recién nacido/a relacionados al ombligo, higiene y ojos. • Lavado de las manos antes de manipular al /a recién nacido/a • Evitar el contacto del recién nacido con personas que padecen de enfermedades infecto contagiosas.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Lavado de manos de acuerdo a técnica. • Una vez producido el nacimiento recibir al neonato con paño o ropa previamente calentado. • Limpieza de la cara del neonato para evitar la aspiración de líquido amniótico, aspiración suave de la boca y la nariz del /a recién nacido/a. • Una vez seccionado el cordón colocar al neonato sobre el abdomen de la madre (contacto piel a piel) permitir que la madre lo toque y acaricie, de ser factible asomarlo a seno materno. • Colocación al neonato en una superficie limpia, tibia y seca. • Secado enérgico con un paño limpio y caliente. • Cambio del paño húmedo y mantenerlo abrigado • Ligado del cordón umbilical con equipo apropiado. • Verificación de permeabilidad anal con la ayuda del termómetro. • Vigilancia de la respiración, frecuencia cardíaca y color de la piel. • Somatometría de acuerdo a procedimiento. • Profilaxis oftálmica con tetraciclina o cloranfenicol oftálmico. • Administración de vitamina K 0,1 mg IM dosis única en la parte externa del muslo. • Realización de una rápida exploración física para descartar malformaciones y detectar patologías. • Vestir al neonato de acuerdo a temperatura del ambiente. • Aproximar al seno materno en los primeros 30 minutos de vida. • Asistencia durante la primera lactancia y orientación a la madre respecto a la buena posición y el buen agarre. • Registro en la Historia Clínica datos del /a recién nacido/a y notas de enfermería. • Lavado y preparación del equipo para un nuevo uso. • Orientación a la madre y familia sobre: - Lactancia materna exclusiva en los primeros seis meses de nacido. - Técnicas de lactancia materna. - Cuidados del /a recién nacido/a en las primeras horas de vida. • Orientación de cómo identificar los signos de peligro en general y cuándo volver de inmediato al servicio. • Registro, control de seguimiento.

RECOMENDACIONES

Aplicar el AIEPI Neonatal

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
28. ATENCIÓN DEL PARTO PODÁLICO	I -II

DEFINICIÓN

Es la atención que brinda el personal de enfermería, en ausencia del médico, en el parto podálico que se produce con una presentación fetal de pies o nalgas. Es la presentación distócica más frecuente. Si se sospecha esta presentación y se tiene tiempo se debe referir inmediatamente.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Oxígeno.
- Equipo de episiotomía.
- Equipo completo para atención de parto (Pijamas, ropa, instrumental, material)
- Soporte para soluciones.
- Equipo de signos vitales
- Ambú con máscara adulta e infantil.
- Bandeja conteniendo guantes estériles, lubricantes, cinta métrica, estetoscopio de Pinard o doppler.
- Folder con la Historia Clínica.
- Partograma de la OMS modificado
- Oxitocina 10 UI (2 ampollas)
- Xilocaína sin epinefrina al 2%.
- Jeringas descartables.
- Pera de goma.
- Mesa de examen con sabanillas.
- Lámpara de calefacción para recién nacido.
- Vitamina K

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Explicación a la paciente lo que ocurre y el procedimiento a realizar, la importancia de la participación activa de ella en el buen desarrollo del parto y transmitir confianza. • Lenguaje apropiado a sus características socioculturales y respetando sus valores. • Apoyo psicológico a la gestante. • Respuesta a sus interrogantes y cubrir sus necesidades.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • En el Puesto de Salud ante sospecha o confirmación de presentación podálica, referir oportunamente al II Nivel de atención, con excepción de un parto inminente, paciente en período expulsivo con presentación podálica pura, de acuerdo a manejo descrito para Centro de Salud. • En el Centro de Salud, preparar a la paciente en posición decúbito dorsal o semisentada para facilitar pujos espontáneos. • Aseo perineal con agua tibia. • Preparación del paquete de parto incluyendo guantes. • Lavado minucioso de las manos. • Conducción con oxitocina según técnica. • Atención del período expulsivo y manejo del desprendimiento. • Observación de la expulsión de pies o nalgas sin tocarlas. • Realización de episiotomía amplia. • No tocar el cuerpo del feto. Evite cualquier estimulación que estimule al feto para evitar que extienda brazos y cabeza dentro del útero. • Se debe observar que en todo momento la espalda del feto se encuentre en posición anterior, hasta que aparecen los vértices de las escápulas, lo que indica que los hombros ya están en la pelvis. • Cuando el hombro anterior desciende se sujeta con la mano izquierda los tobillos del feto y se introducen los dedos índice y medio de la mano derecha en la vagina. Entonces se jala suavemente presionando, el antebrazo fetal para que se deslice por delante del tórax fetal y debajo del pubis materno. • Se repite el procedimiento del lado contrario, alcanzando el brazo fetal en la cavidad del sacro. Si no alcanza puede rotar el tronco fetal 90 grados para acceder al brazo izquierdo por debajo de la sínfisis pubiana. • Después de la extracción de los brazos, se permite que el feto cuelgue aproximadamente un minuto para que su propio peso ejerza tracción sobre la cabeza, hasta que se empiece a ver la implantación del pelo en la nuca. Esto indica que la cabeza ya se encuentra en la excavación pélvica. • Se levanta el feto sujetándolo de los tobillos en dirección al abdomen materno. Al desprenderse el polo cefálico, y si el cordón es corto, puede seccionar el cordón en este momento. • Aplicando una tracción suave y sostenida se consigue la extracción del feto. Procure que sea lo más espontáneo posible. • Si existe dificultad para la expulsión del polo cefálico realice la maniobra de Mauriceau-Viet-Smellie: Se deja que el tórax fetal repose sobre el brazo derecho y se colocan los dedos índice y medio de la mano derecha en el maxilar fetal para producir una flexión máxima. La presión no debe realizarse sobre la mandíbula fetal. La mano izquierda se coloca sobre la espalda fetal utilizando los dedos índice y anular para traccionar los hombros y el dedo medio para favorecer la flexión de la cabeza. • Se debe asumir que existe un plazo de 3 a 5 minutos para favorecer la expulsión de la cabeza sin producir hipoxia fetal. • La atención del alumbramiento y del /a recién nacido/a es igual a la atención del parto eutócico. • Si la capacidad resolutiva disponible (principalmente entrenamiento) es insuficiente para el manejo descrito refiera de inmediato. • En caso de transferencia debe de ser acompañado por el personal de salud.

RECOMENDACIONES

• La persona que atienda el parto podálico debe estar debidamente capacitada y debe observar rigurosamente la técnica.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
29. ATENCIÓN DURANTE EL PUERPERIO	I -II

DEFINICIÓN

Es la atención que brinda la enfermera durante el puerperio, período posterior al parto en el que el organismo retorna a su estado inicial previo al embarazo. Puerperio inmediato (2 horas después del parto) y Puerperio mediato (de 2 a 48 horas post-parto). Ante sospecha de complicación referencia inmediata.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Equipo de signos vitales
- Reloj
- Equipo de canalización
- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Cinta métrica

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Explicación del procedimiento del control del puerperio a la puérpera. • Traslado a la puérpera junto con su RN a una cama donde pueda descansar. • Asegurarse que la puérpera esté suficientemente abrigada e hidratada. • Fomento del inicio de la ambulación los más precozmente posible. • Inicio de la alimentación de la puérpera, asegurando buena hidratación. • Promoción de la lactancia materna exclusiva, explicando la importancia del calostro, los beneficios para mantener el tono del útero. • Administración de vitamina A VO 200.000 UI (dosis única). Si el parto ha sido domiciliario administrar en el primer contacto que se tenga con la puérpera. • Entrega de 90 tabletas de Sulfato Ferroso para prevenir o solucionar la anemia postparto.	Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas. • Atención en el puerperio inmediato (2 horas después del parto). • Estricta vigilancia de la puérpera durante las 2 primeras horas después del parto. • Efectuar los siguientes controles cada 30 minutos o con mayor frecuencia si hay algún riesgo: - Control de signos vitales. - Control del estado general (color, calor y humedad de la piel, grado de conciencia y coordinación con el ambiente, sensación de bienestar y confort) - Control de la retracción uterina (formación del globo de seguridad de Pinard) y hemorragia genital observando y midiendo la cantidad de los loquios en los paños y apósitos. - Vigilancia de la episiotomía si se realizó (observar si hay formación de hematomas). - Si hay hemorragia comunicación al médico tratante, en ausencia de éste, iniciar venoclisis con solución Ringer Lactato e identificar rápidamente el origen de la hemorragia, si se sospecha atonía, realizar masajes para estimulo de la contracción uterina y facilitar la expulsión de coágulos. • Evaluación de la capacidad resolutiva disponible para el adecuado manejo de la complicación, si es insuficiente referir a la puérpera a un nivel de mayor complejidad. • Atención durante el puerperio mediato (2 a 48 horas post – parto) • Observación del estado general de la puérpera, control de signos vitales, diuresis y eliminación de deposiciones, altura uterina, consistencia y sensibilidad del útero; estado del periné y suturas, estado de las mamas verificando la iniciación de la lactancia. • Observación del estado del/la recién nacido/a. • Si no tiene complicaciones, traslade a la puérpera a la sala de alojamiento conjunto con su recién nacido/a. • Atención durante el puerperio mediato (2 a 48 horas post – parto): - Orientación para motivar el precoz y regular aseo general de la puérpera. - Aseo genital con solución antiséptica no irritante dos veces al día, especialmente si no se levanta. - Indicaciones claras al alta sobre: cómo hacer la higiene para evitar infecciones, alimentación e hidratación para favorecer su recuperación y lactancia. - Orientación sobre signos de peligro de ella, del/la recién nacido/a y la importancia de acudir al establecimiento lo más pronto posible. - Refuerce la orientación sobre el espaciamiento intergestacional mayor a 36 meses (anticoncepción) - Aliente a la madre a asistir a los controles de puerperio, de crecimiento y desarrollo del RN así como el cumplimiento de los esquemas de vacunación.

RECOMENDACIONES

- Asegurar que la madre y el niño no tengan complicaciones.

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
30. ATENCIÓN DURANTE LA LACTANCIA MATERNA	I -II

DEFINICIÓN

Es la atención que brinda el personal de enfermería de apoyo a la madre al inicio de la lactancia materna.

PROCEDIMIENTOS

Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas.
Lavado de manos
Posición adecuada de la madre, cómoda, de preferencia sentada con apoyo para la cabeza, cuello y brazos, don los que sostiene al/la recién nacido/a.
El /la recién nacido/a debe estar alerta y lista para succionar.

a) Amamantar en posición correcta:

- La cabeza y el cuerpo del bebé deben estar rectos.
- El bebé está en dirección al pecho con la nariz frente al pezón.
- El cuerpo del/la recién nacido/a cerca al cuerpo de la madre (barriga con barriga)
- Todo el cuerpo del/la recién nacido/a está sostenido y no sólo el cuello y los hombros.

b) Facilitar el agarre:

- Tocar los labios del bebé con el pezón.
- Esperar hasta que el/la recién nacido/a abra bien la boca.
- Aproximar el/la recién nacido/a rápidamente hacia el pecho y cerciorarse que el labio inferior del RN quede por debajo del pezón.
- Agarre con la mano en forma de copa; colocando el pulgar por encima del pezón y los demás dedos por debajo a 2.5 – 4 cm por debajo ***del pezón sobre areola en forma de C.***

c) Lograr el buen agarre del pecho:

- El/la recién nacido/a toca la mama con el mentón.
- El/la recién nacido/a mantiene la boca bien abierta.
- El/la recién nacido/a mantiene el labio inferior volteado hacia fuera.
- Se observa más areola por arriba que por debajo.
- Mantenerlo/a despierto/a, hablarle y acariciarle durante la lactancia.

d) Lograr una succión buena identificada mediante los siguientes aspectos:

- Succiones lentas profundas y pausas ocasionales.
- Oír tragar al niño con frecuencia.
- Si se muestra relajado y somnoliento suelta el pecho espontáneamente cuando está satisfecho.
- Para retirar la mama introduzca su dedo meñique en la boca del bebe para que suelte el pezón.
- Enseñar a la madre a sostener el bebé apoyando sobre uno de sus hombros (posición vertical) de la mamá para eliminar gases dándoles suaves palmaditas sobre la espalda.
- Presione hacia atrás, deslice después los dedos hacia abajo, hacia el pezón, mientras que presiona con el pulgar y los demás dedos.
- No deje que los dedos se deslicen sobre la piel.
- Mueva los dedos completamente alrededor de la aréola para alcanzar todos los senos lácteos.
- Hacer eructar al ***neonato en posición sentada después de alimentarle con cada pecho.***

Después de la alimentación, la madre debe escurrir unas gotas de leche sobre sus dedos y pasar la misma sobre el pezón y areola dejándolo secar, quedando de esta manera los senos preparados para la siguiente alimentación.

- Iniciar la lactancia tan pronta como madre y recién nacido/a se encuentren en buenas condiciones.
- Haga que la madre adopte la posición más cómoda para ella; puede ser sentada o recostada de lado.
- Posición corporal correcta: la cabeza del lactante está en el brazo materno doblado con la frente del lactante mirando hacia la frente materna y la boca del lactante comprime los senos colectores de leche areolares.
- Amamantar al /la recién nacido/a en cada mama durante 10 a 30 minutos y/o a libre demanda hasta que comience a disminuir lentamente la succión.
- Beber un vaso de líquido de 230 ml antes de cada toma sirve para garantizar un grado de hidratación materno adecuado.
- Explicar que se puede juzgar la ingestión y nutrición como adecuada cuando se utilizan 6 a 8 pañales por día, el neonato duerme 1 a 2 horas entre tomas y ha ganado peso en el momento que es examinado por el profesional sanitario en la primera visita.
- Permanecer con la madre durante al menos dos tomas, si es necesario.
- Evitar los alimentos que puedan producir molestias al neonato (cólicos, llanto, vigilia); no evitar arbitrariamente alimentos que come normalmente.
- Explique ***el tratamiento de las mamas congestionadas:***
  - Aplicación de compresas muy calientes sobre las mamas durante 15 minutos.
  - Aplicación de masajes desde el exterior hacia la aureola.
  - Exprima manualmente la leche o amamante al neonato.

Advertir a la paciente que las madres lactantes pueden quedar embarazadas y deben utilizar anticonceptivos distintos a los orales, que normalmente están contraindicados durante al menos los tres primeros meses tras el parto

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
31. COMPLICACIONES DEL PUERPERIO: HEMORRAGIA POSTPARTO. RETENCIÓN DE PLACENTA	I -II

DEFINICIÓN

Hemorragia Postparto	Retención de placenta
Son procedimientos de enfermería cuando se presenta una hemorragia post parto con pérdida de más de 500 cc de sangre por vagina después de la salida del feto y hasta las 24 horas post parto.	Son procedimientos de enfermería en pacientes con demora en la expulsión de la placenta, considerada a partir de los 30 minutos posteriores a la expulsión del producto.

EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Equipo de signos viales
- Equipo de canalización
- Reloj
- Equipo de parto
- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Formulario de referencia
- Torundas de algodón
- Tela adhesiva
- Solución Ringer Lactato o fisiológica

PROCEDIMIENTOS

- Cumplimiento de indicaciones médicas.
- Control de signos vitales.
- Identificación de la causa de la hemorragia y efectuar tratamiento correspondiente para detener la hemorragia (ver procedimiento según causa).
- Si la placenta ha salido y no hay lesión de partes blandas, verificar si esta completa.
- Hacer masaje externo del fondo de útero, para estimular su contracción, este masaje debe realizarlo hasta que el útero permanezca retraído y puede hacerlo la propia paciente, dependiendo de su estado general.
- Si hay signos de choque canalizar vena con solución Ringer Lactato 1000 cc o fisiológica. Se puede realizar doble vía.
- Si se ha descartado lesión de partes blandas y/o restos placentarios administrar oxitócicos (20 a 40UI en 500 cc de solución Ringer a 20 gotas por minuto) instalado en otra vía el dispositivo Y.
- La referencia debe ser hecha con puérpera acompañada, abrigada acostada en posición Trendelemburg, con taponamiento vaginal estéril si hay lesión de partes blandas.
- Por ser una complicación grave informar a los familiares la gravedad del caso y la posibilidad de transferir a un nivel de mayor complejidad.
- Si la paciente esta consiente brindar apoyo psicológico.
- Si la paciente proviene de un parto domiciliario, ubicarla en la sala de parto y abrigarla.
- Control de signos vitales en especial presión arterial.
- Canalización de vía periférica con solución de Ringer Lactato.
- Preparación de paquete de parto.
- En caso de tener que extraer la placenta en ausencia del médico la enfermera debe realizar el siguiente procedimiento:
  - Lavado de manos con técnica.
  - Colocación de guantes y bata estéril.
  - Introducción de una mano en útero guiándose por el cordón umbilical procurando colocar la cara dorsal hacia la pared uterina.
  - Avance lento tratando de separar la placenta.
  - Una vez separada de las paredes dejar que se deslice espontáneamente a las manos del operador.
  - Mientras tanto la otra mano debe colocarse en el abdomen para fijar el útero.
  - Revisión de la placenta con mucho cuidado.
  - Revisión del útero, cuello, vagina y periné, utilizando una gasa envuelta entre los dedos.
  - Compresión manual del útero.
- Administración de oxitócicos para la contracción del útero.
- Control de signos vitales.
- Dejar a la paciente cómoda y abrigada.
- Control de la presencia de hemorragia.
- Control de las características e involución uterina.

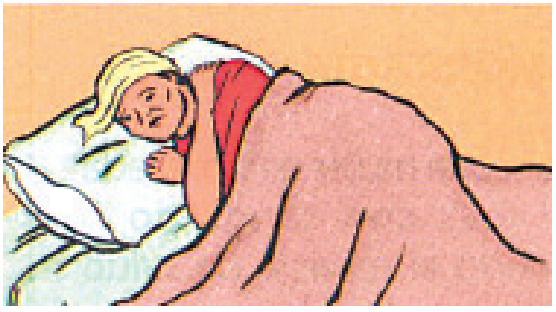
RECOMENDACIONES

- Asegurar vía permeable administrando Ringer lactato a chorro si es necesario.
- Registro en la Historia Clínica y Expediente Clínico todas las acciones realizadas durante la atención.
- En caso necesario referir urgentemente acompañada de un personal calificado

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
32. SEPSIS PUERPERAL	I -II

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería durante una complicación infecciosa severa del puerperio que ocurre en las primeras 24 horas y los 10 días después del parto o aborto. En caso de ausencia medica.



EQUIPOS MATERIALES E INSUMOS

- Equipo de signos vitales
- Equipo de canalización
- Historia clínica
- Carnet perinatal
- Formulario de referencia
- Torundas de algodón
- Tela adhesiva
- Medicamentos antibióticos
- Jeringas

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Explicación a la paciente los riesgos y procedimientos a realizar. • Mantenimiento de buen estado de hidratación de la paciente bien hidratada.	• Control de signos vitales. • Control de la evolución de los loquios, presencia de hemorragias y signos de complicaciones. • Si la sepsis puerperal es el resultado de un aborto, evaluar la necesidad de un legrado y planificar la mejor oportunidad para referir. • Si la hemorragia no cede al tratamiento, el legrado es inminente. • No suspender la lactancia. • A nivel de Puesto o Centro de Salud, referir de inmediato, previa: - Canalización de vena y administración de solución Ringer Lactato o Solución Fisiológica 1000 cc a 40 – 60 gotas por minuto. - Administración de Ampicilina IV/IM 1 g. • Referencia inmediata, acompañada de personal de salud entrenado.

RECOMENDACIONES

Asegurar que reciba el tratamiento pre referencia y acompañar durante la referencia un personal competente.

UNIDAD 15

PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN ANTICONCEPCION

Índice

1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS..... 325

2 ORIENTACION EN ANTICONCEPCION 328







NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. METODOS ANTICONCEPTIVOS	I – II - III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería para el apoyo de la aplicación de métodos anticonceptivos temporales y definitivos

MATERIAL E INSUMOS

- Ambiente para comodidad y privacidad.
- Calendario
- Material educativo de diferentes métodos, rotafolio, muestrario, afiches, volantines, trípticos y audiovisual.
- Carnet de mujer no gestante
- Historia clínica de mujer no gestante

PROCEDIMIENTOS

Actividades preVÍAS:

- Saludo cortes, el personal de salud debe presentarse, llamar a la persona por su nombre y elogiar e incentivar.
- Identificación de las necesidades reproductivas, preguntando, escuchando y aclarando; implica averiguar el número deseado de hijos, el intervalo entre los embarazos deseados, si aplica algún método, preferencia por algún método.
- Respuesta a las necesidades, proporcionando información completa y veraz de las opciones anticonceptivas, incluyendo riesgos y beneficios, analizando con el o la usuaria los diferentes métodos que más se adecuen a sus necesidades usando material de apoyo, se debe utilizar un lenguaje comprensible y si es necesario el materno.
- Verificación de la comprensión, preguntando, escuchando con atención, aclarando dudas y haciendo repetir lo que han comprendido.
- Relación cordial, inspira confianza en todo momento, se debe manifestar la disponibilidad para cualquier actividad posterior relacionada.
- Consentimiento informado cuando es el/la proveedor/a elija algún método anticonceptivo, el mismo que puede ser en forma verbal para los métodos temporales de anticoncepción y en forma escrita para los métodos permanentes.
- Se debe realizar el registro correspondiente y el seguimiento a la usuaria.
- Antes de iniciar el uso del método la usuaria y/o su pareja deben recibir una orientación, poniendo énfasis en recomendar el uso correcto del método de manera autónoma.
- Entrega de un instructivo por escrito, sobre su uso correcto.
- Seguimiento a los efectos colaterales de los métodos hormonales y DIU.
- Información a la usuaria referente:
  - Signos de alarma referente al método.
  - El retorno a su fertilidad.
- Por último planificar el seguimiento.

1. METODOS TEMPORALES				
A. MELA	B. Conocimiento de la fertilidad	C. Barrera	D. Hormonales	2. METODOS DEFINITIVOS
Método de la lactancia y amenorrea	Abstinencia periódica / Calendario / Días fijos / Ritmo.	C.1. Condón masculino. C.2. Condón femenino. C.3. Espermicidas. C.4. Dispositivos intrauterinos.	D.1. Orales combinados de dosis baja. D.2. Inyectables combinados. D.3. Inyectables de solo progestágeno	2.1. Vasectomía 2.2. Oclusión tubárica bilateral

1. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS TEMPORALES:

1. A. Método de Lactancia y Amenorrea MELA.

- Para asegurar su efectividad, la lactancia debe iniciarse inmediatamente o hasta la media hora después del parto.
- Explicar a la usuaria que existen 3 condiciones del MELA:
  - La madre debe estar en amenorrea después del parto, cualquier presencia de sangrado transvaginal inclusive una mancha después de los 56 días después del parto, indica que la mujer está experimentando el retorno a la fecundidad.
  - Debe haber lactancia completa o casi completa, significa que la madre debe amamantar al bebe a libre demanda, sin dejar que transcurra más de 4 horas entre episodios de amamantamiento durante el día y más de 6 horas durante la noche. El bebe no debe consumir más de una cucharilla de líquido al día y menos comida sólida.

- El bebe debe ser menor de 6 meses, ya que después de los 6 meses requiere de alimentación complementaria y la probabilidad de que ocurra una ovulación va en aumento.

1.B. Método de abstinencia periódica / Método del calendario / Ritmo:

- Antes de iniciar su uso, indispensable, que con la usuaria, se identifique con precisión la duración de los ciclos menstruales.
- Se debe registrar los ciclos menstruales durante 6 meses, anotando el primer día del sangrado menstrual como el inicio del ciclo.
- Después de los 6 últimos meses se definirá la duración de los ciclos menstruales, el ciclo más corto y el ciclo más largo.
- Aplicar la siguiente regla para definir el periodo fértil:

  Ciclo Más corto (días) – 18 días = primer día fértil.
  Ciclo más largo (días) - 11 días = último día fértil.

Método de abstinencia periódica Método de los días fijos:

- En lo posible proporcionar el collar especialmente diseñado para la identificación del periodo fértil.
- Para iniciar el uso del método se requiere identificar la duración de los ciclos menstruales, registrar los ciclos durante 3 meses anotando el primer día del sangrado menstrual como el inicio del ciclo.
- Después de los últimos 3 meses se definen los días fijos del periodo fértil.

1.C. Método de barrera

- **Condón Masculino.** Explicar:
  - El uso correcto, haciendo conocer beneficios y limitaciones del método.
  - Su colocación en el pene erecto, antes de cualquier contacto genital.
  - El retiro inmediato del pene una vez producida la eyaculación, sujetando el condón, para evitar que el semen se derrame en la vagina.
  - Una vez usado, el condón debe ser desechado.
- **Condón femenino.** Explicar:
  - Las limitaciones del método, los beneficios y los efectos secundarios.
  - El uso correcto: la usuaria debe adoptar una posición cómoda y sostener el condón de forma que el extremo abierto esté orientado hacia abajo e introducir el anillo interno hacia adentro y hacia arriba de la vagina.
  - Luego de la eyaculación, retirar el condón por el anillo.
  - Una vez usado el condón debe ser desechado.
- **Espermicidas -Tableta vaginal.** Explicar:
  - Explicar a la usuaria sobre las limitaciones del método, los beneficios y efectos secundarios.
  - Explicar al usuario sobre el uso correcto: la tableta se debe introducir profundamente dentro de la vagina diez minutos antes del coito, si la relación sexual no se realizó dentro de los 30 minutos después de la inserción, debe usar una nueva tableta vaginal.
- **Dispositivo Intrauterino (DIU) T de cobre 380 A.** Explicar:
  - Es un método apropiado para mujeres de cualquier edad o paridad, que estén dando de lactar, con bajo riesgo de contraer ITS / VIH SIDA, que se encuentren en etapa inmediata posterior al parto (48 horas) o al aborto, sin evidencia de infección.
  - Las limitaciones del método, beneficios, efectos secundarios sobre todo durante los primeros tres meses de uso.
  - Sobre los señales de alarma como dolor abdominal intenso, retraso de la menstruación, dispareunia, flujo vaginal anormal, hilos del DUI más largos ausentes o más cortos. Ante cualquiera de estos signos debe acudir inmediatamente al Centro de Salud.
  - Que el retorno a la fertilidad será inmediatamente después de la remoción del DIU.
  - La inserción del DIU será en cualquier momento del ciclo menstrual por personal capacitado.
  - Los motivos para retiro de DIU: solicitud voluntaria de la usuaria, en caso de un embarazo, por presentar dolor exagerado y sangrado excesivo, cuando existe perforación del útero, después de un año sin menstruación durante el climaterio y después de cumplidos los 10 años de insertado el DIU.

1.D. Métodos hormonales:

- **Anticonceptivos orales combinados de baja dosis.**
  - Orientación sobre el mecanismo de acción que inhibe la ovulación, espesamiento del moco cervical y adelgazamiento del endometrio.
  - Es apropiado para mujeres nulíparas, multíparas de cualquier edad desde la adolescencia hasta el climaterio, en el postaborto inmediato, que presenten historia familiar de cáncer.
  - Tomar en cuenta las precauciones en base a las categorías de la OMS cuando es un método de última elección y cuando no se debe usar.
  - Informar sobre las limitaciones del método, sobre todo la interacción con otros medicamentos.
  - Informar sobre los beneficios del método.
  - Informar sobre los efectos secundarios más comunes en los primeros meses de uso.
  - Enseñar a identificar señales de alarma como cefalea o migraña severa, visión borrosa, dolor toráxico intenso, diseña, dolor abdominal intenso, dolor intenso en miembros inferiores; ante cualquiera de estas señales la usuaria debe suspender el método y acudir al centro de salud.
  - El retorno a la fertilidad es una vez interrumpido el método se recupera la fecundidad en 2 a 3 meses.
  - Se debe iniciar con el método dentro de los primeros 7 días del ciclo menstrual con preferencia el primer

día, inmediatamente o en los primeros 7 días después de un aborto y después del parto sin lactancia materna.

- **Anticonceptivos inyectables combinados (Ciclofem / Mesigyna).**
  - Orientar a la usuaria sobre el mecanismo de acción que inhibe la ovulación, espesamiento del moco cervical y adelgazamiento del endometrio.
  - Es apropiado para mujeres nulíparas, multíparas de cualquier edad reproductiva, en el postaborto, con historia de embarazo ectópico.
  - Tomar en cuenta las precauciones en base a las categorías de la OMS cuando es un método de última elección y cuando no se debe usar.
  - Informar sobre las limitaciones del método, sobre todo la interacción con otros medicamentos.
  - Informar sobre los beneficios del método.
  - Informar sobre los efectos secundarios más comunes en los primeros meses de uso.
  - Enseñar a identificar señales de alarma como cefalea intensa o migraña severa, visión borrosa, precordialgia, disnea, dolor abdominal intenso, dolor intenso en miembros inferiores; ante cualquiera de estas señales la usuaria debe suspender el método y acudir al centro de salud.
  - El retorno a la fertilidad es entre uno o dos meses después de la última inyección.
  - La primera inyección debe ser administrada durante los primeros 5 días del ciclo menstrual, la dosis subsecuente se administraran cada 30 días independientemente cuando se presente la menstruación. Se puede administrar tres días antes de la fecha prevista.
- **Anticonceptivos inyectables de solo progestágeno (depoprovera).**
  - Orientación sobre el mecanismo de acción que inhibe la ovulación, espesamiento del moco cervical y adelgazamiento del endometrio.
  - Es apropiado para mujeres de cualquier edad reproductiva, inclusive nulíparas en el postparto que estén lactando a partir de la sexta semana, con antecedentes de embarazo ectópico, que fuman y con antecedentes de hipertensión.
  - Tomar en cuenta las precauciones en base a las categorías de la OMS cuando es un método de última elección y cuando no se debe usar.
  - Información sobre las limitaciones del método, amenorrea en un 50 a 80%.
  - Debe ser administrado por personal capacitado.
  - Información sobre los beneficios y efectos secundarios más comunes en los primeros meses de uso.
  - Enseñar a identificar señales de alarma como cefalea intensa, sangrado menstrual abundante y piel y conjuntivas ictéricas; ante cualquiera de estas señales la usuaria debe acudir al centro de salud.
  - El retorno a la fertilidad es entre 8 a 18 meses después de la última inyección.
  - La primera inyección debe ser administrada durante los primeros 7 días del ciclo menstrual, las siguientes inyecciones se administraran cada tres meses (90 días), con intervalo de dos semanas antes o después de la fecha prevista independientemente cuando se presente la menstruación.

2. MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS DEFINITIVOS:

2.A. Oclusión tubárica bilateral.

Como es un método de anticoncepción quirúrgica, permanente, altamente efectivo, que consiste en el bloqueo y sección de las trompas uterinas. Los procedimientos de apoyo de enfermería se refieren principalmente a la explicación de sus beneficios y potenciales riesgos al ser efectuado.

2.B. Vasectomía.

Método de anticoncepción quirúrgica, permanente, altamente efectivo, que consiste en la sección de los conductor deferentes. Los procedimientos de apoyo de enfermería se refieren principalmente a la explicación de sus beneficios y potenciales riesgos al ser efectuado.

3 I**MPLANTES**

- 3.1 Los implantes son pequeños cilindros o capsulas de plásticos flexibles que se colocan debajo de la piel en la cara interna de la parte superior del brazo, libera una projestina parecida a la progesterona natural producida por el organismo de la mujer, no contiene estrógeno por lo que puede utilizar durante la lactancia y pueden usar mujeres que no pueden utilizar métodos de estrógenos
- Evita el embarazo a largo plazo. Es muy eficaz durante 3 a7 años dependiendo del tipo del implante
- Para la aplicación requiere del personal capacitado para insertarlo o quitarlo ,la mujer no puede comenzar o dejar los implantes por su cuenta
- Las alteraciones como el sangrado con comunes pero no perjudiciales, habitualmente hay sangrado irregular prolongado durante el primer año luego el sangrado se hace regular o infrecuente

3.2 Mecanismo de acción

Espesamiento del mucus cervical bloquea a los espermatozoides no permitiendo llegar al ovulo
Altera al ciclo menstrual evitando la liberación de óvulos de los ovarios

3.3 La efectividad de falla

Se trata de un método más eficaz y de mayor duración
No brinda ninguna protección contra las infecciones de transmisión sexual ITS
Aclarando dudas

- Dejan de funcionar una vez que se retiran los implantes sus hormonas no permanecen en el cuerpo
- Pueden interrumpir la menstruación
- No produce infertilidad en las mujeres

- No se mueve los implantes a otras partes del cuerpo.
- Reduce sustancialmente el riesgo del embarazo ectópico.

4 PILDORA ANTICONCEPTIVA DE EMERGENCIA PAE

- La píldora anticonceptiva de emergencia ayuda a evitar el embarazo cuando se toma hasta 72 horas después el coito vaginal sin protección cuanto antes se tome mejor.
- Son seguras para toda mujer incluso para mujeres que no pueden utilizar métodos anticonceptivos hormonales.
- Las píldoras anticonceptivas de emergencia a veces reciben el nombre de píldoras de día después de la mañana siguiente o anticonceptivos postcoitales.
- Es importante resaltar que la efectividad es mayor cuanto mas precoz sea la toma de la píldora.
  Cuando tomarlas.
- Lo antes posible después de una relación coital sin protección cuanto antes se tomen la PAE mas posibilidad existen de evitar el embarazo.
- Puede evitar el embarazo cuando se toma en cualquier momento dentro de las 72 horas posterior a la relación sexual sin protección.

PROCEDIMIENTOS ESPECIFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES QUE REQUIEREN ANTICONCEPCIÓN

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. ORIENTACIÓN EN ANTICONCEPCIÓN	**I – II - III**

DEFINICIÓN

Es un proceso de comunicación de doble vía. Bidireccional entre proveedores y usuarios con el propósito de facilitar o confirmar la elección informada de la usuaria sobre el uso o no de un método anticonceptivo.

2.1 ¿PORQUE ORIENTAR EN ANTICONCEPCIÓN?

Mejora la confianza de la usuaria con la orientadora porque se establece un contacto directo y privado
Posibilita un proceso de libre elección informada y voluntaria
Facilita la participación de la usuaria en el auto cuidado
Mejora la satisfacción o aceptación con el método
Mejora el uso correcto del método anticonceptivo elegido
Mejora y aumenta la continuidad ene le uso del método anticonceptivo

2.2 COMO ORIENTAR?

Para que la orientación sea efectiva es necesario tomara encueta los cinco pasos del modelo de orientación, para la aplicación de estos pasos la orientadora debe desarrollar destrezas y habilidades de comunicación interpersonal, que consiste en el intercambio efectivo de la información, de conocimientos sentimientos y emociones de forma verbal y no verbal.

2.3 Los pasos de la orientación son

- **Establecer una Relación Cordial** con las usuarias que comprenda confianza y privacidad ,
- **Identificar Necesidades de las usuarias** incluyendo planes reproductivos de la persona ,tipo de relación de la pareja, vida sexual, problemas de salud ,trabajo ,acceso al servicio de salud ,religión y valores,
- **Responder Necesidades a las usuarias**: ofreciendo alternativas según necesidades para el uso de los métodos, características, modo de uso, eficacia, efectos secundarios, seguimiento, costo, y descontinuación del método, explicar en lenguaje sencillo y comprensible acorde a la realidad educativa y cultural, utilizando material educativo
- **Verificar la Comprensión de los usuarias:** asegurar que el mensaje, información este comprendido
- **Mantener la relación cordial** : asegurar que la usuaria continúe con el método y se sienta satisfecha, informar la disponibilidad y formas de abastecimiento del método y planificar visita de seguimiento

2.4 Cuando orientar?

- En la consulta inicial de las usuarias parejas
- Después de la acción educativa
- En cualquier consulta de seguimiento
- En la consulta post parto
- En la consulta post aborto
- En cualquier consulta que la persona requiera

UNIDAD 16

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCIÓN DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL Y VIH/SIDA

Índice

1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)..... 331

2. CASOS SOSPECHOSOS DE INFECCION CON VIH/SIDA..... 331

3. INFECCIÓN POR VIH Y SÍNDROME INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA 332

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
1. INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL (ITS)	I-II-III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería relacionados a la atención de pacientes con Infecciones de Transmisión Sexual- ITS, clasificadas en siete síndromes: úlcera genital, flujo vaginal, edema de escroto, flujo uretral, dolor abdominal bajo, bubón inguinal y conjuntivitis neonatal

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Promoción de prácticas sexuales seguras (uso correcto del condón y reducción del número de parejas sexuales). • Mensajes educativos sobre: - Formas de contagio de las ITS, - Complicaciones si no son tratadas adecuadamente, cumplimiento del tratamiento, - Resaltar el hecho de que las ITS facilitan el contagio de VIH.	Etapa de la consulta por ITS: • Manejo del Expediente Clínica con confidencialidad • Verificación del cumplimiento de las indicaciones médicas • Utilización de flujogramas o algoritmos (ver guía de manejo hidrómico de las ITS MSD) para identificación de problemas, diagnostico y tratamiento oportuno y adecuado. • La mayoría de los casos de ITS se resuelven en el primer nivel de atención. • Registro de la ficha epidemiológica y notificación al subsistema de vigilancia epidemiológica a través del SNIS a nivel correspondiente. • Seguimiento al cumplimiento del tratamiento hasta llegar a su curación.. • Elaboración conjunta de un plan de prevención acorde a las posibilidades del paciente. • Verificación del tratamiento a la pareja y otros contactos.

RECOMENDACIONES

• Cumplimiento de la norma de vigilancia epidemiológica

PROCEDIMIENTOS ESPECÍFICOS DE ENFERMERÍA EN LA ATENCION DE PACIENTES CON INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
2. CASOS SOSPECHOSOS DE INFECCION CON VIH/SIDA	III

DEFINICIÓN

Son procedimientos de enfermería relacionados a la atención que se brinda a pacientes sospechosos con VIH/SIDA, síndrome infeccioso producido por el Virus de Inmunodeficiencia adquirida.

PROCEDIMIENTOS

Promoción y prevención	Atención
• Cumplir la norma de vigilancia epidemiológica	• Cumplimiento y vigilancia de indicaciones médicas • Apertura de la Historia Clínica. • Control de signos vitales. • Clasificación de acuerdo a la OMS es caso de SIDA al huésped que presente 2 signos mayores y al menos uno menor.

Signos mayores:	Signos menores:
Pérdida de peso > al 10%. Diarrea de más de un mes. Fiebre de más de un mes.	Tos de más de un mes. Dermatitis generalizada pruriginosa. Herpes zoster recurrente. Candidiasis oro faríngea. Herpes simple diseminado. Linfadenopatias generalizada. Meningitis por criptococo. Sarcoma de Kaposi diseminado.

• Identificado el caso sospechoso de SIDA, se debe transferir a nivel de mayor complejidad para diagnostico clínico, laboratorial y tratamiento.
• Seguimiento de la transferencia realizada.
• Seguimiento con visitas domiciliarias de los casos sospechosos identificados.

RECOMENDACIONES

• Prueba rápida a popblación en riesgo
• Prueba rápida en toda mujer embarazada para evitar la transmisión vertical.
• En todos los servicios aplicar rutinariamente medidas de bioseguridad

NOMINACIÓN	NIVEL DE RESOLUCIÓN
3. INFECCIÓN DEL VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA / SIDA	III

DEFINICIÓN

Los procedimientos de enfermería en la atención de pacientes con la enfermedad del Virus de Inmunodeficiencia Adquirida, tienen como objetivo contribuir a la disminución de los efectos físicos y psicológicos, ya que la persona infectada resulta vulnerable a infecciones oportunistas, a desarrollar cáncer.

PROCEDIMIENTOS

Prevención	Intervenciones
• Orientación para el cambio de comportamiento sobre el VIH/ SIDA • Desarrollo personalizado de las medidas de prevención a grupos organizados de la comunidad y de la población vulnerable	• Cumplimiento estricto de indicaciones médicas, verificando y vigilando • Apertura de la Historia Clínica y manejo del Expediente Clínico. • Clasificación de acuerdo a la OMS es caso de SIDA al huésped que presente 2 signos mayores y al menos uno menor:

Signos mayores:	Signos menores:
Pérdida de peso > al 10%. Diarrea de más de un mes. Fiebre de más de un mes.	Tos de más de un mes. Dermatitis generalizada pruriginosa. Herpes zoster recurrente. Candidiasis oro faríngea. Herpes simple diseminado. Linfadenopatias generalizada. Meningitis por criptococo. Sarcoma de Kaposi diseminado.

• Identificado el caso de SIDA, se debe transferir a nivel de mayor complejidad para corroboración diagnostica clínica, laboratorial y tratamiento.
• Seguimiento de la transferencia realizada.
• Cumplimiento estricto de las medidas de bioseguridad.
• Definición de medidas de bioseguridad relacionadas a la prevención contagio de otras enfermedades por el paciente con SIDA.
• Manejo y tratamiento personalizado.
• Apoyo físico y psicológico para asegurar su bienestar y comodidad.
• Desarrollo de una adecuada y cuidadosa comunicación con familiares y allegados.
• Seguimiento con visitas domiciliarias de los casos sospechosos identificados

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud y Deportes, ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO en Puestos y Centros de Salud , Norma Boliviana de Salud NB-MSD-02-2000, Segunda Edición Noviembre 2005.

2. Ministerio de Salud y Deportes, PROTOCOLOS SUMI , Abril 2006.

3. Ministerio de Salud Deportes, CUADRO DE PROCEDIMIENTOS AIEPI NEONATAL, Bolivia 2005.

4. Ministerio de Salud y Deportes, NORMA NACIONAL, REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO, Norma Salud NB-MSDS—07-2001.

5. Ministerio de Salud y Deportes, NORMA, REGLAS Y PROTOCOLOS DE ANTICONCEPCIÓN, Norma boliviana de Salud NNB-MSPS-05-2001.

6. Manual DE Técnicas y Procedimientos Obstétricos y Perinatales UMSA- MSPS.

7. Guía Operativa para la Aplicación en Servicios de la RM 0496 y su reglamentación sobre prácticas y tecnologías apropiadas en Salud Materna y Neonatal.

8. MANUAL DE ENFERMERÍA. Editorial Lexus, Edición 2005.

9. GUIA DEL MANEJO SINDRÓMICO DE LAS INFECCIONES DE TRANSMISIÓN SEXUAL, UNAP Agosto 2001.

10. MANUAL DE NORMAS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA, MSD SNIS, Bolivia 2004.

11. MANUAL DE VIGILANCIA Y CONTROL DE RIESGOS DE ENFERMEDADES INMUNOPREVENIBLES PAI II, MSD, Segunda generación, Bolivia 2006.

12. GUIA DE NORMAS TÉCNICAS Y OPERATIVAS SOBRE ATENCIÓN DE ENFERMEDADES RESPIRATORIAS DEL ADULTO PARA CENTROS Y PUESTOS DE SALUD, MSD, PNCTB, ASPA. La Paz Bolivia 2004.

13. MAMEJO DE LA COMPLICACIONES DEL EMBARAZO Y EL PARTO (IMPAC) OPS 2002

14. GUIAS Y PROTOCOLOS CLINICOS DE ENFERMERÍA MINISTERIO DE SALUD Y DEPORTES SEPTIEMBRE 2004

15. Ministerio de Salud y Deportes, ATENCIÓN A LA MUJER Y AL RECIÉN NACIDO en Puestos y Centros de Salud , Norma Boliviana de Salud NB-MSD-02-2000, Segunda Edición Noviembre 2005.

16. Ministerio de Salud y Deportes, PROTOCOLOS SUMI , Abril 2006.

17. Ministerio de Salud Deportes, CUADRO DE PROCEDIMIENTOS AIEPI NEONATAL, Bolivia 2005.

18. Ministerio de Salud y Deportes, NORMA NACIONAL, REGLAS, PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS PARA LA DETECCIÓN Y CONTROL DEL CANCER DEL CUELLO UTERINO, Norma Salud NB-MSDS—07-2001.

Agradecimientos

Este documento es fruto de un largo proceso de trabajo realizado por las enfermeras quienes aportaron con experiencias conocimientos de la práctica laboral de los diferentes niveles de atención, mismo que tiene el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de atención en beneficio de la población boliviana.

Agradecemos a todas las profesionales Lic. en Enfermería del 1er, 2do, 3er nivel de atención, Representantes del Colegio Nacional, Departamental de Enfermeras, Representantes de las Universidades de carreras de enfermeria que participaron en la Revisión Adecuación, Modificación y Validación de los Procedimientos en Enfermería dirigido a los tres niveles de atención en salud, permitiendo contar con un documento normativo en enfermería para los establecimientos de salud del sector público Privado Seguridad Social, acorde a la Normatividad de la Políticas de Salud del País.

Agradecemos a OPS / OMS en especial a la Lic. Haydé Padilla por el apoyo, asesoramiento y acompañamiento técnico proporcionado en todo el proceso, lo que a permitido garantizar la calidad de este documento normativo.

COCHABAMBA

Lic. Dolly Borda Guzmán	Hospital Municipal Punata
Lic. Amapola Prado Parrado	Hospital Municipal Punata
Lic. Jenny Pairumani Solís	Hospital Municipal Quillacollo
Lic. Amalia Almansa Córdova	Equipo Coordinación de Red de Salud Cercado
Lic. Sonia Moya Díaz	Hospital Municipal Vinto
Lic. María Elida Lazarte Astulla	Hospital Viedma
Lic. Edith Flores Arce	Hospital Germán Urquidi
Lic. María Elena Sandoval Ch	Hospital Germán Urquidi
Lic. María Luz Salazar Zurita	Hospital Germán Urquidi
Lic. Beatriz Álvaro	SEDES Cochabamba
Lic. Juanita Magne	Hospital del Niño “Manuel Ascencio Villarroel”
Lic. Carmen Rosa Terán Álvarez	Hospital del Niño “Manuel Ascencio Villarroel”
Lic. Cintia Rocha Castro	Hospital Municipal Quillacollo
Lic. Antonia Mena	Hospital Viedma
Lic. María Eugenia Zambrana	Hospital Germán Urquidi

CHUQUISACA

Lic. Marisol Parra torres	Hospital Gineco obstétrico”Jaime Sanchez”
Lic. Bernardina Pinto Salazar	Hospital Poconas
Lic. Martha Miranda C	Coordinación de Red de Salud 1 Sucre
Lic. Betty Almendras Enríquez	Servicio Departamental de Salud Chuquisaca
Lic. Susana Baptista Condori	Hospital Gineco obstétrico “Jaime Sanchez”
Lic. Jeannette Oblitas V	Coordinación de Red de Salud I Sucre
Lic. Edith rojas Díaz	Hospital General “Santa Bárbara”
Lic. Yolanda Ardaya Delgadillo	Hospital General “Santa Bárbara”
Lic. Guillermina Benavides Vela	Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés
Lic. Emiliana Pallares Camargo	Hospital General “Santa Bárbara”
Lic. Ofelia Medina	Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés
Lic. Ma. Rosa salas Carbajal	Hospital San Pedro Claver - Sucre
Lic. Martha Pardo	Universidad Mayor San Francisco Xavier
Lic. Vicenta Sánchez A	Coordinación de Red de Salud I Sucre
Lic. Cándida Velarde	Hospital Gineco obstétrico”Jaime Sanchez”

Lic. Asunta P Quispe	Hospital Gineco obstétrico"Jaime Sanchez"
Lic. Riosset Paredes	Universidad Mayor San Francisco Xavier
Lic. Mirtha Pardo	Universidad Mayor San Francisco Xavier
Lic. Juana Gómez	Caja Petrolera
Lic. Asunta Patricio Quispe	Hospital Municipal "R. Bacherer" Tarabuco
Lic. Nancy Manjon	Universidad San Francisco Xavier Chuquisaca
Lic. Francisca Mendoza	Servicio Departamental de Salud Chuquisaca

LA PAZ

Lic. Elba Olivera	Colegio Nacional de Enfermeras Bolivia
Lic. Beatriz Martínez	Colegio Departamental de Enfermeras
Lic. Remedios Quispe	Hospital Municipal La Paz
Lic. Martha Zarate Murillo	Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga"
Lic. Peggy Ibáñez	Hospital Municipal Pucarani
Lic. Lidia Ayaviri Céspedes	Coordinación de Red de Salud 9 Ingavi
Lic. Gladys Machi cado	Hospital Municipal Los Andes
Lic. Justa Cruz Nina	Hospital Municipal Luribay
Lic. Martha Ramos	Hospital de Clínicas Miraflores
Lic. Marisol García	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Maritza Irigoyen	Hospital de la Mujer
Lic. Simona Coaquira	Instituto Gastroenterológico Boliviano Japonés
Lic. Martha Hilari	Hospital Municipal Los Andes
Lic. Claudia Laura	Hospital de la Mujer
Lic. María Eugenia Mayta	Coordinación de Red de Salud 2 Nor Oeste
Lic. Lourdes Juárez	Hospital Municipal Boliviano Holandés
Lic. Angélica Martínez	Hospital Municipal Los Andes
Lic. Sonia Céspedes	Instituto Nacional del Tórax
Lic. María luisa Veneros	Instituto Nacional de Oftalmología
Lic. Martha Condori	Caja Nacional de Salud
Lic. Aida Cordero	Hospital Obrero Nº1
Lic. Nancy Cegarra	Hospital Materno Infantil CNS
Lic. Daysi Rodríguez	Hospital COSSMIL
Lic. Gabriela Gallardo	Colegio Departamental de Enfermeras
Lic. Carmen Atora	Servicio Departamental de Salud
Lic. Judith Franco	Centro de Salud Chamoco Chico
Lic. Miriam Rivero	Hospital Boliviano Holandés
Lic. Delia Rojas	Jefe Enfermeras Caja Nacional de Salud
Lic. Aquilla Calle	Coordinación Red Salud 5 Los Andes Manco Kapac
Lic. Juana Paxi	Coordinación de Red de Salud 11 Pacajes
Lic. Martha cruz Mitma	Coordinación de Red de Salud 15 Inquisivi
Lic. Roció Gemio	Coordinación de Red de Salud 1 Sud oeste
Lic. Estela Vela	Coordinación de Red de Salud 4 Este
Lic. Gema Chuquimia	Centro de Salud Villa Nueva potosí
Lic. Delma Ramos	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Adelaida Callejas	Coordinación de Red de Salud 1 Sur oeste
Lic. Judith Saico	Hospital La Paz
Lic. Daysy Tarqui	Centro de Salud Villa Adela
Lic. Emilia Nina	Hospital de Clínicas
Lic. Danubia Magno	Hospital Municipal Boliviano Holandés
Lic. Esther Moldes	Universidad Pública El Alto
Lic. Odilia Limachi	Hospital del Niño "Dr. Ovidio Aliaga"
Lic. Virginia Noriega	Colegio Nacional de Enfermeras
Lic. Fima Zamora	Caja Nacional de Salud

Lic. Marlene Chuquimia	Hospital de Clínicas
Lic. Silvia Nina Mamani	Hospital COSSMIL
Lic. Martha Condori	Hospital de Clínicas
Lic. Clara Tamares	Policlínico el Alto La Paz
Lic. Dora Villegas	Policlínico 9 de Abril CNS
Lic. Delia Rojas	Jefe Enfermeras Caja Nacional de Salud
Lic. Germán Coronel Trujillo	Coordinación de Red de Salud 3 Camacho Paucares
Lic. Lidia Ayaviri	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Sandra Luna	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Sandra Calzada	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Marina Ramirez	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Maria Díaz	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Lourdes Perez	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Carmela Arce	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Yolanda Quisbert	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Wilder Guachalla	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Viviana Mayta Roldan	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Verónica Sánchez	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Teolinda Cruz	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Susana Bravo Ponce	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Susana Baptista	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Sonia Vargas	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Sonia Quisbert Ticona	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Severa Luján	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Sara Yujra	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Primitiva Ballejos	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Nilia Apaza Ramos	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Nélida Yujra	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Claudina Mamani Callata	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Magda J. Velasco Alcocer	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Mery Loayza	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Mery Escalante	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Maria Luisa Veneros Ortiz	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Marcelina Quispe	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Lucia Julieta Abuna Salcedo	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Lilian Mercado	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Janeth Flores	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Hilda Alave	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Gregoria Castro S.	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Gladis Plata Amarro	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Felipa Mamani Vargas	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Emiliana Pallares	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Elizabeth Vacaflor	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Elizabeth Luna Fernandez	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Elizabeth Camacho	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Edith Rojas	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Cinthia Colque	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Carminia Coronel Saavedra	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Carmen Quispe	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Ana Maria Elias Cortez	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Amalia Bizarroque	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Agustina Oblitas Soria	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Silvia Miranda	Servicio Departamental de Salud La Paz

Lic. Naldy Escobar	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Luisa Mayta	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Felipa Mamani Vargas	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Emma Conde	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Elizabeth Condori	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Delma Mariobo	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Arminda Cahuaya	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Angela Galvez	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Adelaida Chuquimia	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic Esther Belmonte Alanoc	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Gloria Peñaranda Nogales	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Elena Sullcata	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Elena Quispe	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Jimena Quispe	Servicio Departamental de Salud La Paz
Lic. Miriam Laruta	Servicio Departamental de Salud La Paz
Enf.Lidia Rodríguez	Servicio Departamental de Salud La Paz
Enf. Rubiscelda Curbelo	Servicio Departamental de Salud La Paz
Aux. Enf. Sonia Saavedra	Servicio Departamental de Salud La Paz
Aux. Enf. Olvy Nattes	Servicio Departamental de Salud La Paz
Aux. Enf. Nieves Figueroa	Servicio Departamental de Salud La Paz
Aux. Enf. Fany Estrada	Servicio Departamental de Salud La Paz

ORURO

Lic. Nancy Solís Marca	Servicio Departamental de Salud
Lic. Cristina Campos	jefe Regional Enfermería SEDES
Lic. Angélica Escobar	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Teresa Pelaez	Centro de Salud Asistencia Publica
Lic. Cintia Gorena	Centro de Salud Pazña
Lic. Nancy Condarco Berrios	Servicio Departamental de Salud
Lic. Lucy Álvarez	Hospital Barrios Mineros
Lic. Doris Castro Flores	Hospital Municipal Huanuni
Lic. Rufina Flores	Hospital Municipal Challapata
Lic. Janet Canqui Marca	Hospital Walter Khon
Lic. Inés Cadima Herbas	Centro de Salud Vinto
Lic. María Quispe Salcedo	Hospital Obrero Nº4 CNS
Lic. Cinia Choque	Hospital Obrero Nº4 CNS
Lic. Magdalena Miranda Guzmán	Hospital Obrero Nº4 CNS
Lic. Virginia Herbas	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Rosa Llanque Conde	Hospital General San Juan de Dios
Lic. María Quintanilla Campos	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Tania Hinojosa	Hospital Obrero Nº4 CNS
Lic. Rosemary Quisbert	Hospital Municipal Huanuni
Lic. Norma Cortes Vásquez	Servicio Departamental de Salud
Lic. Laura Huarachi F	Servicio Departamental de Salud
Lic. Valeria Bustos	Servicio Departamental de Salud

PANDO

Lic. Maritza Teuay	Caja Petrolera de Salud
Lic. Judith V Macías Mamani	Centro de Salud Mapojo
Lic. Soleida Barroso V	Centro de Salud 27 de Mayo
Lic. Sofía Chipana Y	Centro de Salud Bolpebra
Lic. Cristina Atto	Servicio Departamental de Salud
Lic. Roxana Mabel Gutiérrez	Centro de Salud Cobija

Lic. Gladys Zabala Vaca	Centro de Salud Villa Busch
Lic. Margot Vidal Ortuño	Hospital Roberto Galindo
Lic. Evelyn R Cayo Gutiérrez	Centro de Salud 27 de Mayo
Lic. Yenny Quiñones Torres	Hospital Roberto Galindo
Lic. Margarita Mercado Mamani	Centro de Salud Santa Clara
Lic. Lorivaldo Moira Silva	Hospital Roberto Galindo
Lic. Encarnación Quispe	Colegio de Enfermeras
Lic. Carlos Acosta R	Colegio de Enfermeras
Lic. Flora Jenny Zela	Hospital Roberto Galindo
Lic. Silvia Mónica Quispe	Centro de Salud Filadelfia
Lic. Laura Huarachi	SEDES Pando
Lic. Norma Cortez Vargas	SEDES Pando

POTOSI

Lic. Mercedes Álvarez	Hospital Daniel Bracamonte
Lic. Placida Quiroz	Universidad Tomas Frías
Lic. Judith Churata	Coordinación Red de Salud Urbana 1
Lic. Angélica Flores	Centro de Salud Potosí
Lic. Carmen Villazón	Servicio Departamental de Salud
Lic. Vilma Montesinos	Hospital Municipal Betanzos
Lic. Nieves Erquisia	Servicio Departamental de Salud
Lic. María Isabel Gómez	Hospital Daniel Bracamonte
Lic. Elizabeth Gutiérrez	Hospital Daniel Bracamonte
Lic. Gladys Caballero	Servicio Departamental de Salud
Lic. Julieta Arando	Hospital Roberto Loayza
Lic. Catalina Lujan	Hospital Daniel Bracamonte
Lic. Justina Miranda	Servicio Departamental de Salud
Lic. Varinia Zubieta	Hospital Daniel Bracamonte
Lic. Daysi Ali Calisaya	Centro de Salud Sagrada Familia
Lic. Nieves Medrano	Servicio Departamental de Salud

SANTA CRUZ

Lic. Maritza Peredo	Servicio Departamental de Salud
Lic. Teresa Pedrazas	Coordinación Red de Salud Sur
Lic. Verónica Frías V	Centro de salud 18 marzo
Lic. Patricia Arnés	Coordinación Red de Salud Este
Lic. María morales	Hospital Municipal japonés
Lic. Elia Ríos G	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Teresa Garzón	Hospital Maternidad Percy Boland
Lic. Blanca Sandy	Hospital del Niño Mario Ortiz Suarez
Lic. Leonor Flores	Coordinación Red de Salud Sur
Lic. María del Carmen Requena	Hospital Municipal Francés
Lic. Ana Luisa Gumiel	Hospital Municipal Francés
Lic. Ruth Gálvez Rioja	Servicio Departamental de Salud
Lic. Pilar Villarroel	Coordinación Red de Salud Montero
Lic. Rosario Bascope	Caja Petrolera de Salud Huaracachi

TARIJA

Lic. Claudia Alicia Alemán	Coordinación Red de Salud Padcaya
Lic. Elizabeth Orellano	Centro de Salud Palmarcito
Lic. María Altamirano	Servicio Departamental de Salud
Lic. Lucia Elsy Ruiz S	Hospital Virgen de Chaguaya
Lic. Madalena Vilte F	Hospital General San Juan de Dios

Lic. Giovanna Segovia	Centro de Salud Santa Ana
Lic. Andrea Avendaño p	Coordinación Red de Salud Cercado
Lic. Norma Pasillo s	Hospital Virgen de Chaguaya
Lic. Evangelina Lobr	Centro de Salud San Jorge
Lic. Sandra Mujica	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Elizabeth Silva	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Rosario Pareja	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Elizabeth Garnica	Servicio Departamental de Salud
Lic. Natividad Ramos	Coordinación Red de Salud Cercado
Lic. Elizabeth Enríquez	Hospital General San Juan de Dios
Lic. Miriam Vargas	Universidad Misael Saracho
Lic. María Eugenia Zambrana	Servicio Departamental de Salud Tarija

TRINIDAD

Lic. Vivian Rodal Vaca	Hospital Japonés Materno Infantil
Lic. Mabel guzmán E	Hospital Japonés Materno Infantil
Lic. Pura Cossío Roca	Caja Nacional de Salud
Lic. Justa Roca Mercado	Hospital de Ancianos L
Lic. Mercedes Sandoval	Hospital German Bush
Lic. Consuelo Barberí	Hospital German Bush
Lic. Arminda Menacho	Servicio Departamental de Salud
Lic. Jaima Mercado	Hospital Japonés Materno Infantil
Lic. Cecilia Vásquez	Hospital Japonés Materno Infantil
Lic. Rosemary Pinto Q	Hospital German Bush
Lic. Gloria Omonte	Colegio de Enfermeras
Lic. Jenny Chao R	Coordinación Red de Salud Trinidad
Lic. Nacira Vargas	Servicio Departamental de Salud
Lic. Ana María Vejarano	Coordinación Red de Salud I Trinidad
Lic. Carmen Semo	Colegio Regional de Enfermeras
Lic. Flora Copa	Colegio Regional de Enfermeras

La salud... un derecho para vivir bien