



Guía de Actuación de Enfermería:

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS



 GENERALITAT VALENCIANA
CONSELLERIA DE SANITAT

2003

COMITÉ ASESOR

Teresa Beltrán Martínez
Teresa Caballero García
Jesús Delgado Ochando
Miguel Ángel Fernández Molina
Vicente Ferrandis Campos
Emilia Llorca Marqués
Pilar Ripoll Feliu
Antonio Ruiz Hontangas
Miguel Zaragoza Fernández

AUTORES

Mercedes Albaladejo Tello
Francisco Javier Ballesta López
Francisco Vicente Blanes Compañ
Catalina Cases Alarcón
Miguel Castells Molina
Manuela Domingo Pozo
Francisco Javier Gómez Robles
Nieves Izquierdo García
José Luis López Montes
Belén Payá Pérez
Mercedes Segura Cuenca
María Torres Figueiras

AGRADECIMIENTOS

Los autores quieren agradecer la colaboración desinteresada en la revisión de alguno de los procedimientos a:

Alicia Navarro Alcaraz
Amparo Herrero Belmonte
Esther Bonmatí Pérez.
Héctor Terol Royo
Josefa Martínez Cutanda
M^a Asunción Martínez Almira
M^a Ángeles Bonmatí Montiel.
M^a José Navarro Alcaraz
M^a Luisa López Mérida
Rosario Perales Pastor
M^a Dolores Sola Villalpando
Salvador Grau Gandía

Queremos agradecer la colaboración en la revisión de este Manual al Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) y el Sindicato de Enfermería de la Comunidad Valenciana (SATSE).

Finalmente, a los profesionales de enfermería de los hospitales de la Conselleria de Sanitat de la Comunidad Valenciana, cuya experiencia en la elaboración de este Manual nos ha enriquecido enormemente.

Edita: Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat

© de la presente edición: Generalitat Valenciana, 2003

© de los textos: Los autores.

Coordina: Secretaría Autonómica para la Agencia Valenciana de la Salud.

Imprime: Impremta La Poble Llarga, s.l. Tel. 96 259 00 36

ISBN: 84-482-3614-9

Depósito Legal: V-4315-2003



PRESENTACIÓN

En los últimos años estamos asistiendo a importantes cambios que están afectando a la forma de entender la asistencia sanitaria.

En este contexto de evolución, procesos como la preocupación creciente por el concepto de calidad asistencial o por el trato que se le dispensa al paciente se han ido desarrollando paralelamente a la enfermería como profesión.

El personal de enfermería ha pasado a desempeñar una función importantísima en el sistema sanitario: se ha convertido en el interlocutor directo y el verdadero conocedor del sentir de enfermo, ejerciendo un papel cada vez más activo y de mayor responsabilidad en la estructura sanitaria.

Pero el camino iniciado por estos profesionales debe consolidarse. Para ello, los responsables sanitarios debemos seguir facilitando los medios necesarios para la mejora constante de sus facultades técnicas y laborales.

En este sentido, una de las formas de asegurar la calidad de los procedimientos y cuidados de los servicios sanitarios es diseñar una metodología de trabajo que permita estandarizar las intervenciones y actividades que se realizan en los mismos.

Mediante la protocolización de los procedimientos asistenciales, a través de

guías de actuación como la que presentamos en estas líneas, se establece un sistema dinámico de respuesta frente a situaciones clínicas puntuales.

De esta forma optimizamos el circuito asistencial e incrementamos el grado de confianza del profesional lo que se traduce, en definitiva, en una actuación sanitaria más eficiente y en una atención más satisfactoria para los pacientes.

Estoy seguro de que las recomendaciones recogidas en sus páginas, discutidas y consensuadas por los especialistas de nuestra Comunidad, condicionarán positivamente la forma de trabajar en este ámbito, ayudando al personal de la enfermería en su labor diaria.

Vicente Rambla Momplet
Conseller de Sanitat



PRÓLOGO

Los profesionales de enfermería de las instituciones sanitarias de la Conselleria de Sanidad tienen encomendada la tarea de proporcionar a los ciudadanos de la Comunidad Valenciana unos cuidados individualizados y de calidad.

Aquellos otros que, en cambio, asumimos la responsabilidad de gestionar los servicios sanitarios, tenemos el deber de garantizar la equidad, la calidad y la eficiencia de la asistencia sanitaria. Para lograrlo debemos poner al alcance del personal de enfermería todas aquellas herramientas que permitan vincular la teoría con la práctica asistencial. Sólo de esta forma es posible acreditar científicamente su labor; amparar legalmente sus acciones y al mismo tiempo mejorar el grado de satisfacción de nuestros ciudadanos.

El compromiso que la Generalitat Valenciana, adquirió, en su momento, de trabajar en pro de una mejora continua de la calidad asistencial hacía imprescindible la revisión, actualización y validación del conjunto de procedimientos que habitualmente realizan los enfermeros de las instituciones públicas valencianas.

De esta necesidad surge la presente “Guía de Actuación de Enfermería”, en cuya elaboración se ha tenido presente la necesidad de unificar criterios y de consensuar conceptos entre investigadores, docentes y personal asistencial.

No me cabe la menor duda de que esta puesta en común de ideas y experiencias va a redundar en beneficio no sólo de los enfermeros y las enfermeras en general, sino sobretudo de los pacientes, que al fin y a la postre son los principales beneficiarios de nuestro esfuerzo como servidores públicos.

Marciano Gómez Gómez
Secretario Autonómico para la Agencia Valenciana de la Salud



INTRODUCCIÓN

La sistematización de los cuidados que reciben los pacientes, en todos los niveles asistenciales, es un imperativo de la moderna asistencia, de modo que todos los profesionales implicados en la misma, también y muy especialmente la Enfermería, deben regirse por unas normas claras y permanentemente actualizadas que aseguran una eficaz actuación.

El presente Manual está dedicado a la atención especializada de la Enfermería y abarca un conjunto de normas de actuación y de procedimientos que comprenden los principales aspectos de la misma.

De forma clara, esquemática y bien ordenada se describen los procedimientos que deben aplicar y las formas en que la Enfermería debe actuar en los campos que le son propios en relación con la atención especializada a los pacientes, y que se apoyan en dieciséis capítulos relativos a las necesidades básicas de los enfermos, a la actuación en las situaciones clínicas más frecuentes y en el manejo de las técnicas de mayor uso.

Desearíamos, como ha sido el objetivo de los autores, que este Manual resulte útil para el trabajo habitual de los profesionales de Enfermería, y que las periódicas revisiones que deberá sufrir, mantenga su vigencia permanentemente actualizada.

Comité asesor



ÍNDICE

Capítulo I: Procedimientos Generales	15
1.1. Cuidados de enfermería al ingreso del paciente en una unidad de hospitalización.....	17
1.2. Traslado del paciente a otra unidad de hospitalización.....	19
1.2.1. Traslado del paciente a pruebas complementarias o exploraciones....	20
1.2.2. Recepción del paciente tras exploraciones o pruebas complementarias.....	21
1.3. Traslado del paciente a otro centro.....	22
1.4. Alta del paciente	23
1.5. Cuidados post-mortem.....	25
1.6. Interpretación de datos de laboratorio.....	27
1.7. Informe de turnos:relevo de enfermería.....	27
1.8. Facilitación al paciente de permisos.....	28
1.9. Revisión del carro de emergencias.....	29
1.10. Preparación y limpieza del carro de curas.....	31
 Capítulo II: Procedimientos relacionados con la respiración del paciente....	 33
2.1. Normas generales en el manejo de la oxigenoterapia.....	35
2.1.1. Administración de oxígeno mediante mascarilla.....	36
2.1.2. Administración de oxígeno mediante gafas	37
2.1.3. Administración de oxígeno mediante carpa.....	38
2.1.4. Administración de oxígeno mediante traqueostomía.....	39
2.2. Fisioterapia respiratoria.....	40
2.2.1. Inspirómetro incentivado.....	41
2.2.2. Tos asistida.....	43
2.2.3. Drenaje postural.....	44

2.2.4. Drenaje por percusión o clapping.....	46
2.2.5. Drenaje por vibración.....	47
2.2.6. Respiración diafragmática.....	48
2.3. Aspiración de secreciones por orofaringe y nasofaringe.....	49
2.4. Aspiración de secreciones por traqueostomía.....	51
2.5. Cuidados y mantenimiento de la traqueostomía.....	53

Capítulo III: Procedimientos relacionados con la alimentación del paciente 55

3.1. Alimentación oral.....	57
3.1.1. Administración de la dieta oral.....	57
3.1.2. Prevención de la aspiración.....	58
3.1.3. Progresión de la dieta oral.....	59
3.2. Alimentación enteral.....	60
3.2.1. Técnica de inserción de la sonda nasogástrica y nasointestinal....	60
3.2.2. Cuidados generales en el paciente portador de la sonda nasogástrica.....	63
3.2.3. Retirada de la sonda nasogástrica y nasointestinal.....	65
3.2.4. Alimentación enteral por sonda	66
3.2.5. Alimentación enteral por gastrostomía/yeyunostomía.....	69
3.3. Alimentación parenteral total.....	71

Capítulo IV: Procedimientos relacionados con la eliminación del paciente.. 75

4.1. Medición de diuresis.....	77
4.2. Cuidados de enfermería al paciente continente dependiente.....	78
4.2.1. Manejo del orinal tipo botella.....	78
4.2.2. Manejo del orinal tipo cuña.....	79
4.2.3. Manejo del colector urinario.....	81
4.3. Cuidados de enfermería en el paciente con incontinencia.....	83
4.3.1. Cuidados en la incontinencia fecal	83
4.3.2. Cuidados en la incontinencia urinaria.....	84
4.3.3. Ejercicios de Kegel.....	86
4.5. Control de heces.....	87
4.6. Fomento de la eliminación fecal.....	87
4.7. Extracción manual de un fecaloma.....	89
4.8. Sondajes.....	90
4.8.1. Sondaje vesical.....	90
4.8.2. Retirada de la sonda vesical.....	92
4.8.3. Cuidados del paciente con sonda vesical.....	93
4.8.4. Lavados vesicales.....	95
4.8.5. Sondaje rectal.....	97
4.9. Administración de enemas de limpieza y retención.....	98
4.10. Cuidados al paciente ostomizado.....	100
4.10.1. Cuidados del estoma urinario.....	100

4.10.2.Cuidados de la ostomía digestiva	102
4.10.2.1. Cambio del dispositivo colector de la ostomía digestiva	104
4.10.2.2.Administración de un enema por ostomía digestiva.....	106
4.11. Control de aspirados gástricos.....	107
4.12. Balance del equilibrio de líquidos.....	108

Capítulo V: Procedimientos relacionados con el aseo e higiene del paciente 111

5.1. Higiene del paciente autónomo.....	113
5.2. Higiene del paciente dependiente.....	114
5.2.1. Higiene del paciente que requiere ayuda parcial, no encamado....	114
5.2.2.Higiene del paciente en cama	116
5.2.3.Lavado de cabeza en cama.....	118
5.2.4. Higiene de la boca.....	119
5.2.5.Lavado de los ojos.....	121
5.2.6.Higiene de los genitales	123
5.2.7.Cuidados de las uñas.....	124
5.3. Cambio de ropa de la cama.....	126
5.3.1. Paciente autónomo.....	126
5.3.2. Paciente encamado.....	127

Capítulo VI: Procedimientos relacionados con la movilización del paciente. 131

6.1. Normas generales en la movilización del paciente.....	133
6.1.1. Posiciones de los pacientes encamados:decúbito supino, prono, lateral, Fowler y Trendelemburg.....	134
6.1.2. Otras posiciones de los pacientes: Sims.....	137
6.1.3. Otras posiciones de los pacientes:litotomía.....	138
6.1.4. Otras posiciones de los pacientes:gnupectoral.....	139
6.2. Movilización del paciente hacia la cabecera de la cama.....	139
6.3. Movilización del paciente desde la cama a otra cama o camilla.....	140
6.4. Movilización del paciente de la cama a la silla de ruedas o sillón.....	141

Capítulo VII: Procedimientos relacionados con la seguridad del paciente.. 143

7.1. Actuación de enfermería en la prevención de caídas.....	145
7.1.1. Sujeción de paciente.....	146
7.1.2. Cuidados de enfermería en las caídas.....	148
7.2. Prevención de infecciones.....	149
7.2.1. Precauciones estándar.....	150
7.2.2.Lavado de manos:higiénico y antiséptico.....	151
7.2.3. Lavado quirúrgico de manos	153
7.2.4. Preparación de un campo estéril.....	154
7.2.5. Limpieza del material.....	155
7.2.6.Almacenamiento del material esterilizado.....	156
7.2.7. Precauciones de aislamiento:transmisión aérea, por gotículas y	

por contacto.....	156
7.3. Actuación de enfermería en la prevención de las úlceras por presión....	158
7.4. Cuidados de las úlceras por presión.....	160
Capítulo VIII: Procedimientos relacionados con el descanso del paciente....	163
8.1. Cuidados de enfermería para favorecer el descanso del paciente.....	165
Capítulo IX: Procedimientos sobre el control de fármacos.....	167
9.1. Normas generales en el manejo de la medicación.....	169
9.2. Normas generales en la administración de medicación.....	170
9.2.1.Administración de medicación por vía oral	172
9.2.2. Administración de medicación por vía sublingual.....	174
9.2.3.Administración de medicación por sonda nasogástrica.....	175
9.2.4.Administración de medicación por vía rectal.....	177
9.2.5.Administración de medicación por vía tópica.....	178
9.2.6.Administración de medicación por vía oftálmica.....	180
9.2.7.Administración de medicación por vía ótica.....	182
9.2.8.Administración de medicación por vía inhalatoria.....	183
9.2.9.Administración de medicación por vía nasal.....	186
9.2.10.Administración de medicación por vía vaginal.....	187
9.2.11.Administración de medicación por vía intradérmica.....	189
9.2.12.Administración de medicación por vía subcutánea.....	191
9.2.13. Administración de medicación por vía intramuscular.....	194
9.2.14.Administración de medicación por vía intravenosa.....	197
9.3. Administración de fluidoterapia.....	200
9.4. Administración de productos sanguíneos.....	201
9.5. Educación sanitaria sobre el régimen terapéutico a seguir por el paciente en su domicilio.....	204
Capítulo X: Procedimientos sobre el control de heridas.....	207
10.1.Vigilancia de la piel.....	209
10.2. Normas generales en los cuidados de las heridas.....	210
10.2.1. Cuidados de las heridas mediante técnica cura seca.....	211
10.2.2. Cuidados de las heridas mediante técnica cura húmeda.....	214
10.3. Control y cuidados de los drenajes quirúrgicos.....	216
10.4. Retirada de las suturas quirúrgicas.....	218
Capítulo XI: Hemodinámica.....	221
11.1. Valoración de la temperatura corporal superficial.....	223
11.2. Valoración de la frecuencia cardíaca.....	225
11.3. Valoración de la frecuencia respiratoria.....	226
11.4. Valoración de la presión arterial.....	227

Capítulo XII: Guías de actuación de enfermería en determinadas situaciones clínicas..... 231

12.1. Cuidados de enfermería al paciente con hipotermia.....	233
12.2. Cuidados de enfermería al paciente con fiebre.....	234
12.3. Cuidados de enfermería ante un paciente con convulsiones.....	236
12.4. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor	237
12.5. Cuidados de enfermería en la hipoglucemia.....	239
12.6. Cuidados de enfermería en la hiperglucemia.....	241
12.7. Cuidados de enfermería ante un paciente con dolor torácico inespecífico	242
12.8. Cuidados de enfermería ante un paciente con hemorragia aguda.....	244
12.9. Actuación de enfermería ante la parada cardiorrespiratoria	245
12.10. Cuidados de enfermería ante un paciente en estado de shock.....	250
12.11. Cuidados de enfermería ante un paciente que presenta una reacción anafiláctica aguda.....	252

Capítulo XIII: Procedimientos de recogida de muestras del paciente..... 255

13.1. Muestras sanguíneas.....	257
13.1.1. Obtención de muestra de sangre venosa para analítica.....	257
13.1.2. Obtención de muestra de sangre venosa para hemocultivos.....	259
13.1.3. Obtención de muestra de sangre venosa para determinación de la glucemia basal.....	261
13.1.4. Obtención de muestra de sangre arterial para gasometría.....	263
13.2. Muestras de orina.....	265
13.2.1. Obtención de muestra de orina para analítica.....	265
13.2.2. Obtención de muestra de orina para cultivo	266
13.2.3. Recogida de orina de 24 horas.....	268
13.3. Muestra de heces.....	269
13.3.1. Obtención de heces para cultivo.....	269
13.3.2. Obtención de heces para determinación de parásitos.....	271
13.4. Obtención de esputo para estudio.....	272
13.5. Obtención de exudado de heridas para cultivo.....	274

Capítulo XIV: Inserción y cuidados de los catéteres intravasculares..... 277

14.1. Control de los catéteres periféricos.....	279
14.1.1. Técnica de inserción de los catéteres periféricos.....	279
14.1.2. Cuidados de los catéteres periféricos.....	281
14.1.3. Retirada del catéter periférico.....	283
14.2. Control de las vías centrales.....	284
14.2.1. Técnica inserción del catéter central de acceso periférico tipo tambor (DRUM®).....	284
14.2.2. Colaboración en la inserción de los catéteres venosos centrales (CVC).....	287
14.2.3. Cuidados y mantenimiento de los catéteres venosos centrales: subclavia, femoral, Hickman, Drum®.....	289

14.2.4. Retirada de un catéter venoso central.....	291
14.3. Control del reservorio subcutáneo.....	292
14.3.1. Procedimiento de punción del reservorio.....	292
14.3.2. Extracción de sangre a través del reservorio.....	294
14.3.3. Cuidados y mantenimiento del reservorio.....	296
14.3.4. Retirada de la aguja insertada en el reservorio.....	299
14.3.5. Educación sanitaria al paciente portador de reservorio subcutáneo	300
Capítulo XV: Guías de valoración.....	303
15.1. Valoración del nivel de conciencia a través de la escala de Glasgow	305
15.2. Valoración del dolor.....	307
15.3. Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Braden	309
15.4. Valoración del riesgo de úlcera por presión a través de la escala de Norton	312
Capítulo XVI: Otros procedimientos.....	315
16.1. Valoración de la presión venosa central.....	317
16.2. Realización de un electrocardiograma.....	318
16.3. Colaboración en la punción lumbar.....	321
16.4. Colaboración en la paracentesis	322
Anexos.....	325
Estructura de los Procedimientos del Manual.....	327
Bibliografía	329
Listado de Abreviaturas.....	332



CAPÍTULO I

Procedimientos Generales



1.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL INGRESO DEL PACIENTE EN UNA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera a la llegada del paciente a la unidad de hospitalización. Recogida y análisis de la situación al ingreso del paciente.

• Objetivos:

- Lograr la integración del paciente y familia en la unidad de enfermería para recuperar su bienestar físico, psíquico y social, con un trato personalizado y humano.
- Reducir la ansiedad del paciente y familia, proporcionándole seguridad y ambiente terapéutico.
- Proporcionar la información necesaria que necesite el paciente y su familia.
- Emitir un diagnóstico acerca de los problemas del paciente.
- Establecer las intervenciones enfermeras en base a la detección de los problemas y necesidades del paciente para la planificación de los cuidados de enfermería.
- Valorar el estado del paciente al ingreso.

• Equipo:

- Timbre y luz de fácil acceso al paciente.
- Palangana, cuña, botella.
- Toalla grande y pequeña.
- Ropa hospital.
- Vaso, plato.
- Habitación asignada limpia y preparada (cama, mesilla, silla/sillón y armario)
- Peine.

• Material:

- Utensilios personales: pañuelos de papel, jabón y caja de prótesis, si precisa.
- Hoja de valoración de enfermería.
- Historia clínica.

• Procedimiento:

- Acomodar al paciente y familia en la habitación.

- La enfermera recibirá al paciente, presentándose ella y al resto del equipo. Presentar al compañero de habitación si su estado lo permite.
- El paciente tendrá asignada una enfermera responsable de sus cuidados.
- El paciente llegará con la historia clínica. La enfermera comprobará datos y contenido de la misma (órdenes médicas, restricciones, pruebas diagnósticas, etc.)
- Realizar valoración de enfermería al ingreso y cumplimentar el registro antes de las primeras 24 horas tras el ingreso.
- Analizar los diagnósticos y problemas de enfermería del paciente hallados para la posterior planificación de cuidados de enfermería.
- Pautar la medicación prescrita.
- Incluir al paciente en el planning de la unidad.
- Facilitar información al paciente y familia sobre: las diferentes personas que forman el equipo, la estructura física de la habitación y la unidad, equipo de la habitación, normas de régimen interno (visitas, horarios de comidas, depósito de objetos de valor, servicios del hospital, etc.)
- Se le entregará al paciente las normas de funcionamiento de la unidad y del hospital por escrito así como la Carta al Paciente de la Comunidad Valenciana, dónde estarán recogidos los derechos del paciente.
- Proporcionar al paciente los utensilios de aseo y ropa del hospital estipulada por el centro.
- Establecer los procedimientos de higiene si procede.
- Comunicar ingreso a cocina, farmacia, etc.
- Pulsera identificación (cuando sea necesario), en la que constará nombre completo, ubicación y fecha de ingreso.
- Si el paciente proviene de urgencias, proporcionar los cuidados de enfermería que atiendan a las necesidades vitales del paciente.
- Asegurarse antes de salir de la habitación de que el enfermo no necesita nada y que se encuentra cómodo.
- Registrar en la documentación de enfermería la cumplimentación de este procedimiento.

• Observaciones:

Se pueden presentar 3 tipos de ingreso:

- Urgente: proviene del servicio de urgencias.

- Programado: proviene del servicio de admisión.
- Traslado intrahospitalario: procedente de otra unidad de hospitalización.
- ✓ Proporcionar un clima de aceptación y acogida.
- ✓ Evitar interrumpir al paciente cuando esté hablando.
- ✓ Dirigirse al paciente por su nombre, indicando el nuestro.
- ✓ Adaptar nuestro lenguaje al nivel de comprensión del paciente y familia.
- ✓ Observar conductas no verbales del paciente y familia.

1.2. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD DE HOSPITALIZACIÓN

• Definición:

Ubicar al paciente en otra unidad de hospitalización diferente a la actual.

• Objetivo:

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente.

• Equipo:

- Medio de transporte adecuado: silla de ruedas, cama, camilla, cuna, incubadora, etc.

• Material:

- Impreso de traslado.
- Historia clínica.
- Bolsa con los enseres personales.
- Medicación.

• Procedimiento:

- Comprobar la identidad del paciente a trasladar.
- Notificar el traslado al servicio de admisión, dietética, farmacia y servicios centrales cuando tenga exploración pendiente.
- Informar al paciente y familia la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación garantizándoles la continuidad de los cuidados.
- Valorar estado general del paciente para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- Llamar al lugar de recepción para comprobar que todo esté prepa-

rado para recibirle.

- Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del paciente.
- Preparar la medicación necesaria ante el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería las pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados, así como la evaluación del plan de cuidados ejecutado y los problemas de enfermería en curso y todo lo realizado.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del paciente.
- Se trasladará al paciente acompañado de personal de enfermería si precisa.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el paciente. Limpieza de enseres, botella, cuña. Avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

1.2.1. Traslado del paciente a pruebas complementarias o exploraciones

• Definición:

Enviar al paciente a otro servicio del hospital donde se le realizarán pruebas complementarias o exploraciones.

• Objetivo:

Realizar el traslado del paciente para la ejecución de las pruebas complementarias o exploraciones, en condiciones de seguridad y comodidad evitando complicaciones.

• Equipo:

- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora, etc.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

• Material:

- Autorización para la prueba solicitada.
- Impreso solicitud de la prueba.
- Historia clínica del paciente.
- Impreso petición de ambulancia, si precisa.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.

• Procedimiento:

- Verificar los datos de identificación del paciente con los de la prue-

ba solicitada.

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar paciente y familia.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba.
- Cursar ambulancia, si precisa.
- Comprobar la correcta higiene del paciente y cama.
- Preparar al paciente para su traslado: revisar sueros y garantizar su ritmo de perfusión, posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si es necesario.
- Adjuntar documentación según protocolo de la prueba.
- Se trasladará al paciente acompañado por el personal de enfermería, si precisa.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

1.2.2. Recepción del paciente tras exploraciones o pruebas complementarias

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al recibir al paciente tras la exploración o pruebas complementarias para valorar su estado general.

• Objetivo:

Recibir al paciente garantizando la continuidad de los cuidados.

• Equipo:

Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa

• Material:

- Historia clínica completa del paciente.
- Material oxigenoterapia, sueroterapia, aspiración, drenaje, si precisa.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- La enfermera responsable de los cuidados recibirá al paciente.
- Verificar datos de identificación del paciente.
- Acompañar al paciente hasta su instalación definitiva en la habitación.

- Disponer de soportes, conexiones, etc. para los dispositivos y elementos terapéuticos, revisar sueros, catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si precisa.
- Comprobar las condiciones de los catéteres, drenajes, apósitos, etc.
- Revisar historia clínica ajustando tratamientos y cuidados.
- Realizar valoración del paciente comparándola con la del ingreso para adecuar los cuidados a la situación actual.
- Controlar, medir y anotar el débito de los drenajes, si los hubiera.
- Si las condiciones del paciente lo permite facilitar el acceso moderado de los familiares.
- Registrar en la documentación de enfermería la situación actual del paciente.

1.3. TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO HOSPITALARIO

• Definición:

Enviar al paciente desde su lugar original a otro centro hospitalario.

• Objetivo:

Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería durante el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el paciente.

• Equipo:

- Medio de transporte adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.), hasta el vehículo de traslado.
- Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

• Material:

- Impreso autorizado de ambulancia.
- Bolsa con enseres personales del paciente.
- Informe médico y de enfermería al alta.
- Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.

• Procedimiento:

- Comprobar la identidad del paciente a trasladar.
- Notificar el traslado al servicio de admisión, dietética, farmacia y servicios centrales cuando tenga exploración pendiente.
- Informar al paciente y familia sobre la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación, garantizándoles la continuidad de los cuidados.

- Valorar estado general del paciente para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del paciente.
- Preparar medicación necesaria para el traslado.
- Recopilar historia clínica y anotar en los registros de enfermería la evaluación del plan de cuidados ejecutado y los problemas de enfermería en curso y todo lo realizado. Enviar al servicio de admisión.
- Entregar el informe de enfermería al alta al paciente y familia.
- Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- Adjuntar los objetos personales del paciente.
- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el paciente. Limpieza de enseres, botella, cuña. Avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

1.4. ALTA DEL PACIENTE

• Definición:

Conjunto de actividades encaminadas a preparar al paciente y familia para la salida del centro hospitalario.

• Objetivos:

- Garantizar una continuidad de los cuidados (Interrelación atención especializada-primaria).
- Evaluar las necesidades de cuidados del paciente después de la hospitalización y promoción de la readaptación a su medio.
- Asegurarse de que el paciente y familia poseen los conocimientos y habilidades para el autocuidado y que pueden controlar la situación en el domicilio (tratamiento farmacológico, dieta, controles, cuidados especiales).

• Equipo:

- Medio de transporte adecuado a las necesidades del paciente (silla de ruedas, camilla, etc.), si procede, hasta el vehículo de traslado.

• Material:

- Informe médico y de enfermería al alta.
- Medicación y material de cura, si precisa.
- Impreso de ambulancia autorizado, si procede.

• **Procedimiento:**

1. Valoración de necesidades e identificación de problemas. Determinación de asistencia domiciliaria.
 - Valoración de necesidades de cuidados de enfermería.
 - Valoración de limitaciones físico-psíquicas y de los mecanismos para afrontarlas.
 - Valoración del entorno físico del paciente.
 - Valoración del apoyo social.
2. Preparación del alta del paciente.
 - Información del paciente y su familia con suficiente antelación del alta, el día previsto y la hora.
 - Comunicar al servicio de admisión, farmacia y cocina el alta del paciente.
 - Tramitar la ambulancia si el estado del paciente lo precisa.
3. Registro y documentación del alta. Informe de enfermería al alta. Basado en metodología enfermera (valoración del paciente al alta, planificación de los cuidados y recomendaciones al alta).
4. Ejecución del alta.
 - Comprobar que no se ha producido ninguna complicación que impida el alta. Si es así, avisar al médico.
 - Ayudar al paciente a recoger sus pertenencias y entregar los enseres personales y objetos de valor depositados.
 - Entregarle informe de enfermería al alta y verificar que el paciente tiene toda la documentación al alta que necesita: informe médico de alta, citaciones de consultas externas, impreso de oxígeno domiciliario, impreso de ambulancia, etc.
 - Asegurarse que el paciente ha comprendido todas las recomendaciones e instrucciones. Repetírselo cuantas veces sea necesario.
 - Traslado del paciente según el medio de transporte que necesite (avisar al celador y ambulancia).
 - Enviar la historia clínica al personal administrativo para su archivo.
5. Recogida del material y puesta en orden: retirar ropa y utensilios personales, avisar al servicio de limpieza y preparar la habitación para nuevo ingreso.
6. Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

- **Observaciones:**

ALTA VOLUNTARIA.

- Cerciorarse que el paciente comprende la situación y firma el impreso. Si no quiere firmar se deja reflejado en la historia.
- No pueden firmar el alta voluntaria personas sin capacidad jurídica. Firman sus tutores.
- Si el ingreso es judicial, el alta la da el juez.

1.5. CUIDADOS POST-MORTEM (EXITUS)

- **Definición:**

Conjunto de actividades que se realizan a una persona fallecida para el traslado al tanatorio o domicilio.

- **Objetivos:**

- Garantizar la dignidad del fallecido y el respeto a su familia.
- Ayudar a los familiares en los primeros momentos a afrontar el proceso de muerte, para poder desarrollar un duelo funcional.

- **Equipo:**

- Equipo de lencería: batas, sábanas, toallas.
- Sudario.
- Carro de curas.

- **Material:**

- Material higiene del paciente o útiles de aseo.
- Guantes.
- Mascarilla.
- Etiquetas identificativas del paciente.

- **Procedimiento:**

- La persona responsable de todas las intervenciones será la enfermera a cargo del paciente en el momento de la defunción.
- Comenzar los cuidados post-mortem después de la confirmación por parte del médico.
- Informar cuanto antes a la familia, verificando previamente su identificación y parentesco.
- Consultar a la familia sus prácticas religiosas habituales y actuar en consecuencia.
- Preservar la intimidad de la familia:
 - Separar del compañero de habitación con cortina o biombo.

Permitir a la familia permanecer con el fallecido lo necesario.
Si el fallecido está sólo, recoger las pertenencias en una bolsa y avisar a la familia.
Mantener un ambiente tranquilo y permitir la expresión de sentimientos.

- Garantizar una imagen limpia y aseada del fallecido:
 - Desconectar y retirar todos los equipos excepto si se va a realizar necropsia, no retirar sondas, drenajes o catéteres (sólo pinzar y cerrar llaves)
 - Higiene del fallecido según precise. No taponar los orificios.
 - Limpiar heridas y cambiar apósitos sucios.
 - Cerrar ojos y mantener mandíbula cerrada.
 - Colocar prótesis si es posible.
 - Hacer la cama.
- Mantener una posición del fallecido digna: decúbito supino, brazos a ambos lados del cuerpo, palmas de las manos hacia abajo y tobillos juntos.
- Envolver en una sábana y poner el sudario. Mantener el cuerpo alineado.
- Poner etiqueta identificativa en el sudario.
- Cada centro designará el encargado de transportar al fallecido al depósito y de informar a los familiares de los trámites a seguir con el difunto.
- El certificado de defunción será cumplimentado por el médico de guardia, así como el certificado de necropsia o de extracción de órganos.
- Notificar la baja a los servicios de admisión, cocina y farmacia.
- Recopilar la historia clínica para que la personal administrativo la curse a archivos.
- Recogida de material: recoger ropa y enseres, avisar al servicio de limpieza.
- Avisar al servicio de admisión la disponibilidad de la cama.
- La enfermera registrará en la evolución de enfermería: últimas medidas para evitar la muerte, causa del fallecimiento, hora y fecha.

1.6. INTERPRETACIÓN DE DATOS DE LABORATORIO

• Definición:

Análisis crítico de los datos de laboratorio del paciente para ayudar en la toma de decisiones médicas.

• Objetivo:

Detectar precozmente posibles alteraciones en los parámetros analíticos del paciente.

• Material:

- Analítica.
- Registros de enfermería.
- Valores normales de laboratorio.

• Procedimiento:

- Al recibir un resultado analítico del paciente analizar los valores analíticos tomando en cuenta:
 - a) Conocer los márgenes de referencia del laboratorio.
 - b) Reconocer los factores fisiológicos que puedan afectar a los valores de laboratorio, incluyendo género, edad, embarazo, dieta, hora del día, nivel de actividad y estrés.
 - c) Reconocer los efectos de los fármacos en los valores de laboratorio.
 - d) Monitorizar los resultados secuenciales para ver las tendencias y los cambios bruscos.
- Informar de cambios súbitos y valores críticos de laboratorio al médico inmediatamente.
- Analizar si los resultados obtenidos son coherentes con el comportamiento y estado clínico del paciente.
- Registrar en la documentación de enfermería: los valores de laboratorio, fecha y hora de llegada, incidencias y respuesta del paciente.

1.7. INFORME DE TURNOS: RELEVO DE ENFERMERÍA

• Definición:

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

• **Objetivo:**

Garantizar la calidad y continuidad de los cuidados de enfermería.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

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

1.8. FACILITACIÓN DE PERMISOS AL PACIENTE

• **Definición:**

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

• **Objetivos:**

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

• **Material:**

- Registros de enfermería.
- Informe escrito para el paciente del plan terapéutico.

- Orden médica por escrito del permiso.
- Medicación a tomar.

• **Procedimiento:**

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

1.9. REVISIÓN DEL CARRO DE EMERGENCIAS

• **Definición:**

Revisión sistemática del contenido del carro de emergencia según los intervalos de tiempo establecidos por la institución sanitaria.

• **Objetivos:**

- Mantener el carro de emergencia preparado para actuar cuando se precise.
- Asegurar el buen estado de todo el material del carro incluyendo las caducidades de todos los medicamentos y dispositivos.

• **Equipo:**

- Aspirador: de pared o portátil.

- Pinza de Magill.
- Ambú.
- Tabla de parada.
- Laringoscopio.
- Pilas de repuesto para el laringoscopio.
- Palas del laringoscopio: grande y mediana.

• **Material:**

- Medicación y fluidoterapia según protocolo del centro hospitalario.
- Guantes estériles.
- Sondas de aspiración de diferentes calibres.
- Tubos endotraqueales de cada número.
- Fiadores.
- Tubos de Guedel de dos tamaños.
- Vendas.
- Tubos de lubricante urológico.
- Jeringas de 5 c.c.
- Jeringas de 10 c.c.
- Sondas nasogástricas de los dos números.
- Mascarilla de ambú de dos tamaños.
- Catéteres Intravenosos.
- Agujas intravenosas.
- Hojas de bisturí.
- Equipos de infusión de fluidoterapia.
- Paquetes de gasas estériles.

• **Procedimiento:**

- El carro deberá ser revisado tras su uso y según protocolo del centro.
- Los carros de emergencias deben estar situados en un área accesible y visible de la unidad.
- Durante una emergencia no desechar de inmediato lo administrado y utilizado porque servirá para tener un control de lo administrado y así poder identificar todo lo que se ha de reponer.
- Comparar el equipo del carro con la lista del material que se encuentra encima del carro.
- Localizar todo el equipo y suministros designados en el carro.
- Asegurarse de que el equipo se encuentra en condiciones operativas: buen funcionamiento del laringoscopio, estado de las pilas, ambú, mascarilla y conexiones.
- Limpiar el equipo si es preciso.

- Verificar fecha de caducidad de todos los suministros y fármacos.
- Reemplazar los suministros que falten o estén caducados.
- Instruir al nuevo personal de enfermería acerca del procedimiento de comprobación del carro.
- Registrar la revisión en la gráfica para el registro de firmas que se encuentra encima del carro de emergencias.

1.10. PREPARACIÓN Y LIMPIEZA DEL CARRO DE CURAS

• Definición:

Limpieza, reposición y mantenimiento del carro de curas que utiliza la enfermera en las curas.

• Objetivo:

Facilitar la realización de las curas a la enfermera.

• Equipo:

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Bayeta y paño de secado.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí, pinzas Kocher.
- Pinzas de compresión.

• Material:

- Detergente jabonoso.
- Desinfectante superficies.
- Bolsa de desechos.
- Guantes limpios no estériles.
- Gasas estériles.
- Compresas estériles
- Suero Fisiológico.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Bránulas.
- Puntos de aproximación.
- Apósitos de fijación transparente.
- Llaves de tres pasos con alargadera.
- Tapones de vía estériles
- Compresor.
- Contenedor pequeño para objetos punzantes.

- Pomadas o cremas.
- Tul graso.
- Gasa hemostática.
- Hojas de bisturí.
- Sedas.
- Agujas IV, SC, IM.
- Jeringas de 5cc, 10cc. 20cc.
- Gasa de bordes.
- Anestésico local.
- Hisopos.
- Vendas.
- Apósitos para tratamiento de úlceras.
- Empapadores.
- Guantes estériles
- Mascarillas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Retirar todos los materiales y recipientes que haya en el carro en la sala de curas.
- Trasladar el carro de curas al lugar destinado a su limpieza.
- Limpiar la superficie del carro (bandejas, ruedas, etc.) con detergente desinfectante.
- Enjuagar y secar con un paño limpio.
- Dejar secar.
- Colocar una entremetida o paño sobre la superficie del carro.
- Colocar todo el material.
- Cubrir con una entremetida cuando no se use.
- Vigilar los frascos de los antisépticos, pomadas, cremas que estén tapados y limpios.
- Registrar en la hoja de control de limpieza y revisión del carro de curas cualquier anomalía que se observe en cuanto a la reposición y limpieza del carro, en el apartado de observaciones.
- El personal auxiliar encargado de la reposición y limpieza del carro firmará cada vez que lo reponga y limpie.

• **Observaciones:**

La limpieza del carro se realizará cada 24-48 horas y la reposición cada vez que se utilice.



CAPÍTULO II

Procedimientos relacionados con la respiración del paciente

2.1. NORMAS GENERALES EN EL MANEJO DE LA OXÍGENOTERAPIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para la correcta administración de oxígeno, a una concentración o presión mayor de la de la atmósfera ambiental, y el control de su eficacia.

• Objetivos:

- Administrar al paciente la concentración de oxígeno necesaria y prescrita para mejorar su estado respiratorio.
- Prevenir lesiones debidas a un déficit ventilatorio.

• Equipo:

- Toma de oxígeno de pared o bala de oxígeno.
- Caudalímetro.
- Tubo de oxígeno.
- Ver equipo del procedimiento de aspiración de secreciones.

• Material:

- Mascarilla de oxígeno de concentración variable.
- Gafas nasales.
- Carpa de oxígeno.
- Guantes no estériles.
- Humificador desechable.
- Ver material de aspiración de secreciones.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia de la necesidad de oxígeno.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Conectar humidificador y comprobar el nivel de agua.
- Conectar el sistema a utilizar y comprobar que el oxígeno fluye.
- Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro.
- Colocar al paciente en la postura más adecuada, semi-fowler si es posible.
- Colocarse los guantes desechables.

- Eliminar las secreciones bucales, nasales y traqueales, si procede.
- Comprobar periódicamente el dispositivo de aporte de oxígeno para asegurar que se administra la concentración de oxígeno prescrita.
- Comprobar la eficacia y efectividad de la oxigenoterapia, valorando color de piel y mucosas, frecuencia respiratoria y valores de la gasometría.
- Vigilar la aparición de signos de toxicidad por oxígeno y de erosiones de la piel en las zonas de fricción de los dispositivos de oxígeno.
- Mantener el dispositivo de aporte de oxígeno (mascarilla, gafas nasales, etc.) limpio.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora de inicio, volumen, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Vigilar que el paciente no se quite la mascarilla, gafas, etc. nada más que el tiempo necesario.
- Si el paciente puede deambular, facilitarle una alargadera.
- La eficacia de la administración de oxígeno debe valorarse más en cuanto al efecto sobre la oxigenación tisular, que en los valores de los gases arteriales.
- Valores normales:

PaO ₂	60-100 mmHg
PCO ₂	34-46 mmHg.
PH	7,34 a 7,45
SatO ₂	95-98%

2.1.1. Administración de oxígeno mediante mascarilla

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de una mascarilla.

• **Objetivos:**

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

- **Equipo:**

Ver equipo del manejo de la oxigenoterapia.

- **Material:**

- Ver material del manejo de la oxigenoterapia.
- Vaselina.
- Jabón neutro.
- Toallitas de papel desechables.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia.
- Elegir el tamaño correcto de mascarilla para el paciente.
- Aplicar vaselina alrededor de la boca para evitar irritación.
- Poner la mascarilla sobre la nariz y boca del paciente, ajustarla evitando una presión excesiva.
- Evitar fugas de oxígeno hacia los ojos para evitar la posible aparición de conjuntivitis.
- Limpiar la mascarilla con agua jabonosa cada 8 horas y cuando precise.
- Secar la mascarilla con toallitas.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, concentración de oxígeno, volumen, incidencias y respuesta del paciente.

2.1.2. Administración de oxígeno mediante gafas nasales

- **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de gafas nasales.

- **Objetivos:**

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

- **Equipo:**

Ver equipo del manejo de la oxigenoterapia.

- **Material:**

- Jabón neutro.
- Seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia.
- Registros de enfermería.

II

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxígeno terapia.
- Comprobar la salida de oxígeno por los vástagos de las gafas.
- Introducir los vástagos de las gafas en los orificios nasales del paciente, ajustándolos y fijándolos de una forma cómoda.
- Comprobar que el paciente respire por la nariz y no por la boca.
- Evitar acodaduras que impidan el flujo de oxígeno.
- Vigilar las áreas de presión (orejas y nariz) cada 24 horas.
- Limpiar y humedecer la nariz del paciente, si precisa.
- Enseñar al paciente y familia a humedecer periódicamente la nariz.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del paciente.



2.1.3. .Administración de oxígeno mediante carpa

• **Definición:**

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a través de la carpa.

• **Objetivos:**

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

• **Equipo:**

Ver equipo del manejo de la oxígeno terapia.

• **Material:**

- Ver material del manejo de la oxígeno terapia.
- Esparadrapo.
- Gasas no estériles para desempañar la carpa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en el manejo de la oxígeno terapia.
- Colocar la carpa sobre el niño, según prescripción.
- Vigilar la aparición de irritación en la piel de la cara y hombros del niño.
- Colocar el extremo del tubo de oxígeno dentro de la carpa y fijarlo.
- Abrir ligeramente las ventanas de la carpa para evitar el acúmulo de oxígeno.

- Evitar que el flujo de oxígeno le dé directamente al niño en los ojos.
- Cambiar frecuentemente la ropa del niño, ya que se humedece con facilidad y rapidez.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del paciente.

2.1.4. .Administración de oxígeno a través de una traqueostomía

• Definición:

Aporte de la cantidad de oxígeno prescrita a un paciente con traqueostomía.

• Objetivos:

- Mejorar el estado respiratorio del paciente.
- Prevenir lesiones en el paciente debidas a un déficit ventilatorio.

• Equipo:

- Ver equipo del manejo de la oxigenoterapia.
- Ver equipo del procedimiento aspiración de secreciones por traqueostomía.

• Material:

- Ver material del manejo de la oxigenoterapia.
- Ver material del procedimiento aspiración de secreciones.
- Jabón neutro.
- Toallitas de papel desechables.
- Mascarilla de oxígeno para traqueostomía.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia.
- Comprobar y ajustar la concentración de oxígeno.
- Aspirar las secreciones del paciente cuando precise.
- Ajustar la mascarilla a la traqueostomía.
- Conectar el flujo de oxígeno según prescripción médica.
- Limpiar la mascarilla de oxígeno de la traqueostomía cada 8 horas con agua jabonosa.
- Secar la mascarilla con las toallitas.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, moti-

vo, concentración de oxígeno y volumen, incidencias y respuesta del paciente.

2.2. NORMAS GENERALES EN LA FISIOTERAPIA RESPIRATORIA

• Definición:

Conjunto de medidas que adopta la enfermera para ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio. Estas medidas pueden ser: tos asistida, inspirómetro incentivado, drenaje postural, drenaje por percusión, drenaje por vibración y respiración diafragmática.

• Objetivos:

- Mantener permeables y libres de secreciones las vías respiratorias del paciente.
- Facilitar la expectoración.
- Prevenir infecciones respiratorias.
- Educar al paciente y familia sobre cómo movilizar y eliminar las secreciones.

• Equipo:

- Fonendoscopio.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Definir un plan de ejercicios de fisioterapia respiratoria tras la valoración del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Aplicar el plan de ejercicios de fisioterapia respiratoria.
- Observar la tolerancia del paciente a los ejercicios de fisioterapia respiratoria y su comodidad.
- Controlar la cantidad y tipo de expectoración de esputos.
- Comprobar el funcionamiento correcto del fonendoscopio.
- Auscultar los segmentos pulmonares afectados para comprobar la efectividad de la técnica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La fisioterapia respiratoria está contraindicada en: pacientes con cianosis o disnea producida por la fisioterapia, incremento del dolor o molestias, pacientes con hemorragia prolongada y tiempos de coagulación aumentados, obesidad y pacientes con predisposición a las fracturas patológicas.
- Utilizar técnicas divertidas para estimular la respiración profunda en los niños (hacer burbujas, soplar un silbato, armónica, globos, concurso de soplar pelotas de ping-pong, etc.)

2.2.1. Inspirómetro incentivado

• Definición:

Dispositivo mecánico que ayuda al paciente a mantener el máximo esfuerzo inspiratorio.

• Objetivos:

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio
- Prevenir el desarrollo de atelectacias y neumonías.
- Educar al paciente y familia en la realización de los ejercicios respiratorios y a usar el inspirómetro.

• Material:

- Un inspirómetro.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición sentado o semi-fowler .
- Enseñar al paciente a usar el inspirómetro:
 - 1º Exhalar lentamente (Figura 1).
 - 2º Ponerse la pieza bucal en la boca, entre los dientes.
 - 3º Cerrar los labios alrededor de la pieza bucal (Figura 2).
 - 4º Inspirar sólo a través de la boca, inspiración lenta y profunda.
 - 5º Contener la respiración 3-5 segundos.
 - 6º Conseguir que se eleve el marcador (bola) al inspirar y aguantar el máximo tiempo (Figura 3).

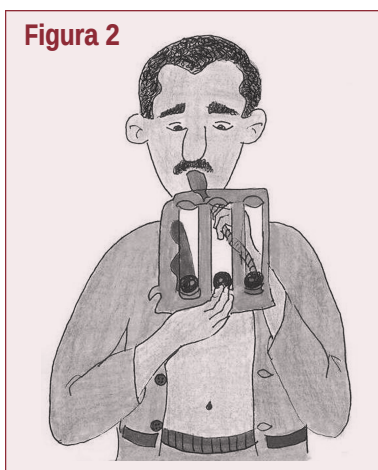
7º retirar la pieza bucal y expulsar el aire por la boca o nariz lentamente (Figura 4).

- Repetir de 10-20 veces por hora.
- Incentivar la tos tras el uso del inspirómetro.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

Figura 1



Figura 2



Figuras extraídas de “Guía práctica de enfermería en el paciente crítico”. Edita Cecova,2000.
Jesús Navarro,Salvador de Haro, Pedro Orgiler, Caridad Vera.

Figura 3

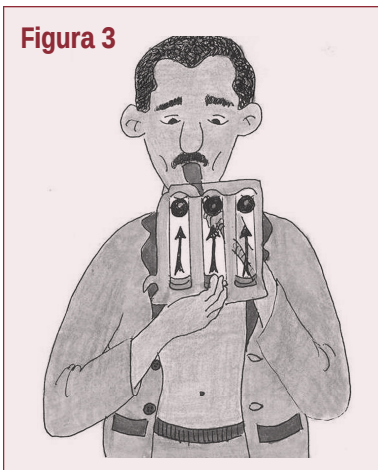
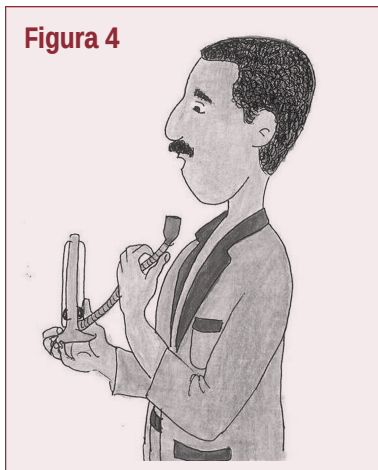


Figura 4



• **Observaciones:**

- El inspirómetro incentivado está contraindicado en: hemorragias pulmonares y neumotórax.
- Interrumpir el uso del inspirómetro, si aparece vértigo o mareo.

2.2.2. Tos asistida

- **Definición:**

Ejercicios respiratorios que provocan el estímulo de la tos.

- **Objetivos:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio
- Provocar la expectoración del paciente a través del estímulo de la tos.
- Educar al paciente y familia en la adquisición de habilidades para la realización de la técnica de tos asistida.

- **Equipo:**

- Una almohada.

- **Material:**

- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición sentado y con la cabeza ligeramente inclinada hacia delante, los hombros dirigidos hacia dentro y los brazos descansando sobre una almohada en el abdomen, si el estado general del paciente lo permite.
- Indicar al paciente que realice una inspiración profunda por la nariz, seguida de una espiración brusca por la boca.
- Repetir 3 veces y a la tercera deberá toser.
- Repetir de 3-6 veces todo el proceso hasta conseguir la estimulación de la tos y con ello la expectoración.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

II

• **Observaciones:**

- Si el paciente está recién intervenido: inmovilizar la zona de la incisión antes de toser. Enseñar cómo debe colocar las manos por encima y por debajo de la incisión quirúrgica.
- Para favorecer la tos, administrar la analgesia prescrita antes de iniciar los ejercicios respiratorios.
- Tener en cuenta que disminuye el reflejo tusígeno si el paciente está en tratamiento con codeína.
- Aumentar la ingesta de líquidos para fluidificar las secreciones si no existe contraindicación.

2.2.3. Drenaje postural

• **Definición:**

Movilización del paciente, programada y planificada según el segmento pulmonar a drenar.

• **Objetivos:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones producidas en el aparato respiratorio
- Favorecer que las secreciones pulmonares se drenen pasivamente hacia los bronquios principales y tráquea.
- Enseñar al paciente y familia las posiciones del drenaje postural.

• **Equipo:**

- Almohadas.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

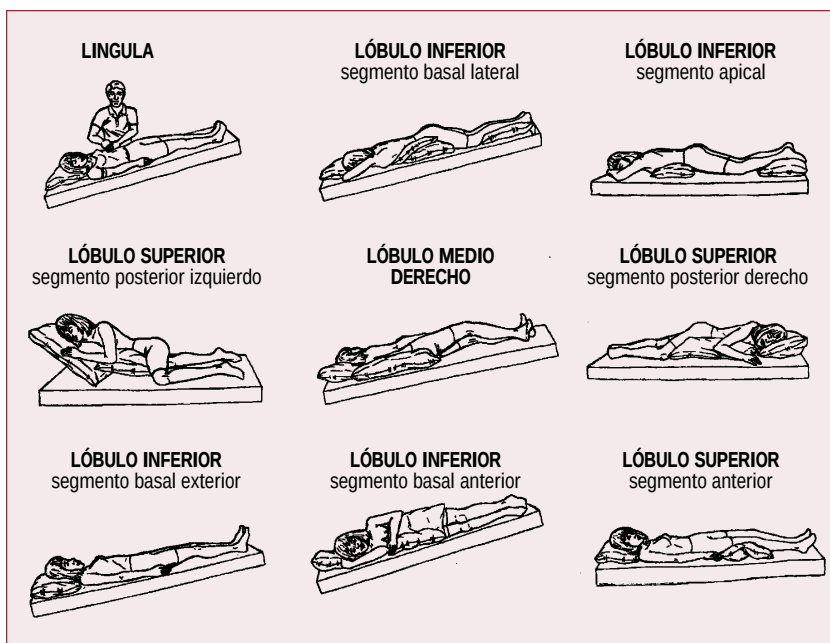
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Realizar previamente, el procedimiento de tos asistida.
- Colocar al paciente en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar, se debe colocar en la posición más alta con

- el bronquio principal a drenar lo más vertical posible. (Ver dibujos)
- Mantener en la posición de 5-10 minutos.
 - Aplicar los procedimientos de percusión o vibración, si las secreciones son muy espesas.
 - Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
 - Auscultar al paciente para comprobar el estado del segmento drenado.
 - Realizar el procedimiento 2 veces al día.
 - Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
 - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- No realizar el drenaje postural tras las comidas.
- La posición de Trendelenburg está contraindicada en: HTA, insuficiencia cardíaca, arritmias, patología intracraneal y distensión abdominal.

POSICIONES DEL DRENAJE POSTURAL



2.2.4. Drenaje por percusión o clapping

- **Definición:**

Maniobras de percusión, que a través de golpes suaves en el tórax del paciente, desprende y desplaza mecánicamente las secreciones adheridas a las paredes bronquiales del paciente.

- **Objetivo:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones adheridas en las paredes pulmonares del paciente.

- **Equipo:**

- Almohadas.
- Fonendoscopio.
- Paño estéril o entremetida

- **Material:**

- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración paciente y familia.
- Colocar al paciente en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar.
- Colocar un paño o entremetida sobre el tórax del paciente para no percutir sobre la piel directamente.
- Colocar las manos ahuecadas, los dedos flexionados y unidos.
- Percutir el segmento torácico a drenar, alternando las manos de forma rítmica.
- Percutir de 2-4 minutos cada segmento. El sonido producido ha de ser hueco y seco.
- No percutir sobre columna vertebral, esternón, riñones, hígado y zonas con lesión cutánea o fracturas.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Auscultar para comprobar efectividad del procedimiento.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al

timbre y objetos personales.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Este procedimiento no debe producir dolor.
- La percusión está contraindicada en: fracturas costales y de columna, hemorragia pulmonar, neumotórax, metástasis costales, mastectomías con prótesis de silicona, cirugía cardiovascular, derrame pleural, las primeras 24 horas tras broncoscopias y en pacientes con osteoporosis.

2.2.5. Drenaje por vibración

• **Definición:**

Maniobras de vibración que aumentan la velocidad y turbulencia del aire espirado por el paciente.

• **Objetivo:**

- Ayudar a movilizar y eliminar las secreciones adheridas en las paredes pulmonares del paciente.

• **Equipo:**

- Almohadas.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Toallitas de papel desechables.
- Bolsa de desechos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en la posición correspondiente según el lóbulo o segmento a drenar.
- Colocar las manos planas (una junto a la otra) y los dedos extendidos, sobre el segmento torácico a drenar.

- Indicar al paciente que respire profundamente.
- En la espiración del paciente, realizar los movimientos vibratorios durante unos segundos.
- Detener la vibración durante la inspiración del paciente.
- Repetir de 3-4 veces los movimientos vibratorios.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Auscultar para comprobar efectividad del procedimiento.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La vibración está contraindicada en: hemorragia pulmonar, neumotórax, fracturas costales y las primeras 24 horas tras broncoscopias.

2.2.6. Respiración diafragmática

• **Definición:**

Movimientos respiratorios que utilizan el diafragma y los músculos abdominales.

• **Objetivos:**

- Aumentar la capacidad respiratoria del paciente.
- Reducir el gasto energético empleado en la respiración.
- Educar al paciente para que utilice el diafragma en la respiración.

• **Equipo:**

- Almohadas.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales del paciente.
- Colocar al paciente en la posición decúbito supino con las rodillas fle-

- xionadas, con una mano sobre el abdomen y la otra sobre el tórax.
- Instruir al paciente para que inspire lenta y profundamente a través de la nariz, con la boca cerrada. A la vez intentar que el abdomen se eleve lo más posible.
- Evitar expandir el tórax.
- Liberar el aire por la boca muy lentamente, con los labios fruncidos, hasta que el abdomen esté vacío.
- Realizar el ejercicio 10 minutos. Repetir 3-4 veces al día.
- Cuando el paciente domine la respiración diafragmática realizar los ejercicios de pie.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

La respiración diafragmática debe convertirse en un hábito del paciente.

2.3. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES OROFARÍNGEAS Y NASOFARÍNGEAS

• **Definición:**

Extracción de secreciones de las vías respiratorias, cuando el enfermo no puede expulsarlas por sí mismo, mediante la introducción de un catéter de aspiración en la vía aérea oral y traqueal del paciente.

• **Objetivos:**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente.
- Conseguir la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria.
- Prevenir infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones.

• **Equipo:**

- Aspirador de vacío.
- Batea.
- Toma de oxígeno.
- Caudalímetro.
- Vacuómetro.
- Tubo conector.

• Material:

- Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
- Recipiente para las secreciones.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril.
- Empapador.
- Batas desechables.
- Bolsa de residuos.
- Toallitas de papel desechables.
- Mascarilla de oxígeno.
- Lubricante estéril.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Conectar el aspirador y el equipo de aspiración. Comprobar su correcto funcionamiento.
- Elegir calibre de la sonda adecuado. El diámetro ha de ser igual a la mitad de la vía aérea (adultos: 12-18 F; niños: 6-12 F y lactantes 5-6 F)
- Seleccionar la presión adecuada en el vacuómetro: adultos 115-150 mmHg, niños 95-115 mmHg y lactantes 50-95 mmHg
- Colocar al paciente en la posición semi-fowler. Si la aspiración se va a realizar vía oral, situar al paciente con la cabeza ladeada; si es vía nasal, poner el cuello del paciente en hiperextensión; si el paciente está inconsciente, colocarlo en decúbito lateral.
- Colocar un empapador cubriendo la almohada o bajo la barbilla del paciente.
- Preoxigenar al paciente si precisa (seguir normas generales en el manejo de la oxigenoterapia)
- Colocarse mascarilla, guantes estériles y bata desechable.
- Medir la distancia a introducir, entre el puente nasal y lóbulo de la oreja (aproximadamente unos 13 cm).
- Lubricar la sonda en la aspiración nasofaríngea.

- Introducir la sonda sin aspiración por la boca o la nariz y realizar una aspiración intermitente al extraer la sonda. Esta maniobra no debe exceder los 10 segundos.
- En la aspiración orofaríngea, insertar la sonda en el lateral de la orofaringe.
- Limpiar la sonda con gasas estériles y aspirar agua o suero fisiológico estéril.
- Repetir las aspiraciones las veces que sea necesario.
- Desechar la sonda y los guantes tras la aspiración.
- Dejar descansar al paciente entre aspiración y aspiración.
- Animar al paciente para que respire profundamente y realice el procedimiento de tos asistida.
- Colocar al paciente en la posición más adecuada con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse guantes y mascarilla.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Técnica estéril.
- Evitar realizar aspiración de secreciones tras las comidas.
- Utilizar una sonda nueva cada vez que se realice la maniobra de aspiración.
- Observar signos de dificultad respiratoria o cardíaca.
- Dejar equipo repuesto tras cada aspiración.

2.4. ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA.

• **Definición:**

Introducción de una sonda estéril a través de la cánula de traqueostomía del paciente, conectada a aspiración.

• **Objetivos:**

- Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del paciente.
- Conseguir la eliminación de las secreciones que obstruyen la vía aérea para facilitar la ventilación respiratoria.
- Prevenir las infecciones respiratorias como consecuencia de la acumulación de secreciones.

• Equipo:

- Aspirador de vacío.
- Batea.
- Toma de oxígeno.
- Caudalímetro.
- Vacuómetro.
- Tubo conector.

• Material:

- Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
- Recipiente para las secreciones.
- Guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Solución de lavado: agua estéril o suero fisiológico estéril.
- Empapador.
- Batas desechables.
- Bolsa de residuos.
- Toallitas de papel desechables.
- Mascarilla de oxígeno.
- Lubricante estéril.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir procedimiento aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas.
- Colocar paciente en semi-fowler.
- Introducir la sonda de aspiración sin aspirar, como máximo 1 cm más de la longitud de la cánula de traqueostomía.
- Instilar de 3-5 c.c. de suero fisiológico, si las secreciones son muy espesas, para humidificarlas y estimular la tos.
- Aspirar secreciones al retirar la sonda con movimientos suaves y ligera rotación.
- Desechar sonda, mascarilla, guantes y bata.
- Dejar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, moti-

vo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Técnica estéril.
- La aspiración repetida puede dañar la mucosa y producir ulceración y hemorragias. Está contraindicado el uso de la aspiración como rutina.

2.5. CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA TRAQUEOSTOMÍA

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al paciente portador de traqueostomía.

• **Objetivos:**

- Mantener la vía aérea (estoma laríngeo) permeable.
- Prevenir las infecciones respiratorias.
- Mantener la piel circundante del estoma en condiciones óptimas.
- Educar al paciente y familia en el manejo de su traqueostomía.

• **Equipo:**

- Ver equipo del procedimiento aspiración de secreciones traqueostomía.
- Toalla.
- Paño estéril.

• **Material:**

- Ver material del procedimiento aspiración de secreciones por traqueostomía.
- Cánula de traqueotomía del número adecuado.
- Cinta de algodón y babero de plástico.
- Guantes estériles.
- 1 Jeringa de 5 c.c. estéril.
- Suero fisiológico (1 ampolla de 10ml)
- Gasas estériles.
- Lubricante estéril (cánulas con balón hinchable).
- Solución antiséptica.
- Bolsa para residuos.
- Registros de enfermería

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a seguir.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Realizar procedimiento de aspiración de secreciones, si procede.
- Retirar la cánula sucia.
- Retirar el material sucio.
- Realizar higiene de la zona que rodea al estoma con suero fisiológico, la limpieza se realizará de dentro hacia fuera.
- Secar y aplicar antiséptico.
- Preparar campo estéril.
- Colocarse guantes estériles.
- Si la cánula lleva balón, comprobar el estado del mismo, para verificar que no está pinchado. Así mismo lubricar el balón antes de insertar la cánula.
- Insertar la cánula limpia, manteniendo la porción curva hacia abajo.
- Si sólo se retira la cánula interna, fijar con una mano la cánula de traqueostomía y con la mano dominante retirar cánula interna y sustituirla por una limpia estéril.
- El cambio de cánula ha de ser diario.
- Alrededor de la cánula colocar apósitos de gasa estéril para proteger estoma y evitar que las secreciones maceren la piel.
- Proteger y vigilar el estado de la piel que roza con la cinta para prevenir erosiones.
- Desechar sonda, mascarilla y guantes.
- Dejar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Técnica estéril.
- En las laringectomías parciales el cambio de cánula debe ser rápido y cuidadoso para evitar desplazamientos de la tráquea.
- El paciente al irse de alta debe conocer: cuidados de la cánula, estoma, recomendaciones en cuanto a la higiene personal, sexualidad, cuidados de urgencia y los métodos de rehabilitación del habla.



CAPÍTULO III

Procedimientos relacionados con la alimentación del paciente

3.1. ALIMENTACIÓN ORAL

3.1.1. Administración de la dieta oral

• Definición:

Aportar la ingesta nutricional al paciente que no puede alimentarse por sí mismo.

• Objetivos:

- Administrar la dieta adecuada al paciente según sus necesidades, situación de salud, aspectos culturales y creencias religiosas.
- Administrar los cuidados de enfermería necesarios en la ingesta.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la administración de la dieta oral.

• Equipo:

- Vaso y platos.
- Palangana.
- Mesa.
- Toalla.
- Bandeja.

• Material:

- Dieta prescrita.
- Cañitas flexibles.
- Cubiertos.
- Servilletas.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Identificar la dieta prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia de la dieta.
- Revisar los artículos de la bandeja, comparándolos con los de la tarjeta. Arreglar la bandeja si fuera necesario.
- Crear un ambiente placentero durante la comida.
- Proporcionar alivio adecuado al dolor antes de las comidas, si procede.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Pedir al paciente que se lave las manos o ayudarlo si fuera necesario.
- Ayudar al paciente a colocarlo en posición adecuada (sentado en posición recta, con la cabeza y cuello ligeramente flexionados)
- Colocar la mesa con la bandeja al alcance del paciente.
- Dar la oportunidad de oler las comidas para estimular el apetito.
- Dar tiempo suficiente para la ingesta.
- En pacientes que no puedan comer sin ayuda:
 1. Administrar cantidades pequeñas a pacientes adultos de edad avanzada y con alteraciones neurológicas. Valorar masticación, deglución y fatiga.
 2. Preguntar al paciente sus preferencias en el orden de los alimentos. Cortar la comida en piezas pequeñas.
 3. Acompañar la comida con agua, y ofrecérsela cuando la solicite.

- Proporcionar las comidas a temperatura adecuada.
- Solicitar al paciente que nos avise cuando haya acabado de comer.
- Realizar higiene bucal y lavado de manos después de las comidas.
- Observar y anotar la cantidad ingerida.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
- Retirar la bandeja.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la ingesta, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**

- Posponer la comida si el paciente estuviera fatigado.
- Si es posible, ajustar la dieta al estilo de vida del paciente.

3.1.2. Prevención de la aspiración

- **Definición:**

Prevención o disminución al mínimo de los factores de riesgo de broncoaspiración en el paciente.

- **Objetivo:**

Evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral.

- **Equipo:**

Ver equipo del procedimiento administración de la dieta oral.

- **Material:**

- Ver material del procedimiento administración de la dieta oral.
- Alimentos pastosos.
- Espesantes.
- Gelatina.

- **Procedimiento:**

- Seguir procedimiento administración de la dieta oral.
- Preguntar al paciente si presenta alguna dificultad para tragar.
- Evitar la ingesta de líquidos y utilizar agentes espesantes.
- Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en pequeña cantidad.
- Insistir a los pacientes con hemiplejía que mastiquen por el lado no afecto.
- Mantener el equipo de aspiración disponible.
- Valorar la aparición de signos de dificultad como: tos, disnea, babeo, etc.
- Mantener al paciente incorporado 30 a 60 minutos después de la ingesta para evitar el reflujo gastro-esofágico.
- Romper o desmenuzar las píldoras antes de su administración.
- Retira la bandeja.
- Realizar higiene bucal y lavado de manos después de las comidas.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, con acceso al timbre y objetos personales.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la ingesta, incidencias y respuesta del paciente.

3.1.3. Progresión de la dieta oral

- **Definición:**

Instituir las necesarias restricciones de la dieta con la consiguiente progresión de la misma según la tolerancia del paciente.

- **Objetivo:**

Facilitar la absorción y digestión de la dieta a través de la modificación de la textura de la misma.

• **Material:**

- Dieta prescrita.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Corroborar la prescripción facultativa de dieta progresiva.
- Determinar la presencia de sonidos intestinales y la salida de flato.
- Comprobar la tolerancia al agua del paciente, si la tolerancia es buena iniciar progresión.
- La progresión de la dieta debe seguir las siguientes fases: dieta líquida, semiblanda, blanda y basal.
- Observar la tolerancia a la progresión de la dieta.
- Registrar en la documentación de enfermería la tolerancia y la etapa de la progresión de la dieta en la que se encuentra el paciente.

• **Observaciones:**

- Dieta líquida: destinada a pacientes que tras un periodo de ayuno o bien tras una cirugía, no puede establecer una dieta completa. Compuesta por pequeñas cantidades de alimento, con texturas fluidas y alimentos de fácil digestión.
- Dieta semiblanda: es una dieta de progresión, por lo que aumenta la consistencia, con las mismas indicaciones que la anterior.
- Dieta Triturada: problemas de masticación y deglución.
- Dieta blanda o blanda mecánica: sirve como progresión a la basal, por lo que posee una textura suave y de fácil masticación. No se aceptan vegetales crudos, cereales completos, fritos y guisos, las grasas están limitadas sobre todo las de origen animal.
- Dieta basal o normal: es la dieta normal indicada a pacientes sin ninguna patología ni recomendación especial.

3.2. ALIMENTACIÓN ENTERAL

3.2.1. Técnica de inserción de la sonda nasogástrica y nasointestinal

• **Definición:**

Introducción de una sonda flexible en la cavidad gástrica o intestino delgado a través de las fosas nasales con fines alimenticios, terapéuticos o diagnósticos.

• **Objetivos:**

- Administrar alimentación como vía alternativa a la alimentación oral.
- Administrar medicación cuando la vía oral no es posible.
- Prevenir aspiraciones en pacientes con alteración del nivel de conciencia.
- Realizar lavado gástrico en caso de intoxicaciones.
- Extraer el contenido gástrico con fines diagnósticos y terapéuticos.

• **Equipo:**

- Toallas.
- Vaso con agua.
- Fonendoscopio.
- Batea.
- Equipo de aspiración, drenado o de alimentación.

• **Material:**

- Sonda nasogástrica estéril adecuada según el motivo del sondaje (Levin, Salem, etc.)
- Lubricante hidrosoluble.
- Cañita.
- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa para residuos.
- Gasas estériles.
- Esparadrapo antialérgico.
- 1 Jeringa de 50 c.c.
- Tapón de sonda nasogástrica.
- Depresor lingual.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento del sondaje nasogástrico:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición Fowler .
- Colocarse los guantes no estériles.
- Examinar mucosa bucal y orificios nasales. Pedir al paciente que se suene.
- Elegir orificio nasal con mayor permeabilidad.



- Retirar prótesis dentales.
- Colocar toalla o paño sobre el tórax del paciente.
- Comprobar que la sonda no presenta defectos y es permeable.
- Medir de forma aproximada la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides. Marcar la distancia con un rotulador (suele ser entre unos 45 cm y 55 cm)
- Lubricar bien el extremo distal de la sonda unos 15-20 cm con una gasa y lubricante hidrosoluble.
- Con la cabeza hiperextendida (hacia atrás) introducir la sonda a través de la fosa nasal hacia la zona posterior de la garganta. Al llegar a nasofaringe tras haber pasado los cornetes (aquí existe una pequeña resistencia) solicitar al paciente que flexione la cabeza hacia delante. Esta maniobra puede producir náuseas.
- Facilitar el procedimiento, solicitándole al paciente que beba pequeños sorbos de agua, si no es posible, insistir en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante la técnica.
- Avanzar de 5 a 10 cm en cada deglución hasta llegar a la señal prefijada. Si se encuentra alguna resistencia, el paciente tose, se ahoga o presenta cianosis, interrumpir la maniobra y retirar la sonda.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda:
 1. Aspirar con jeringa de 50 ml para obtener contenido gástrico.
 2. Introducir de 20-30 ml de aire con la jeringa por la sonda y auscultar en el epigastrio (cuadrante superior izquierdo abdominal) para oír la entrada de aire. La ausencia de ruido indica mala colocación.
- Fijar la sonda a la nariz sin impedir la movilidad y visibilidad del paciente y evitando decúbitos en fosas nasales.
- Conectar al extremo de la sonda el sistema de drenaje, equipo de alimentación o pinzar la sonda con la pinza o colocar tapón de la sonda, según prescripción médica.
- Dejar al paciente en posición cómoda y facilitarle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:



- En prematuros y neonatos medir la distancia desde el puente nasal hasta el extremo inferior del esternón. Para comprobar la colocación de la sonda, introducir entre 2-5 c.c de aire.
- Si durante el procedimiento el paciente tiene náuseas y vómitos y no avanza la sonda, puede que exista un acodamiento o que la sonda esté doblada en la boca o garganta. Inspeccionar la boca ayudándose de un depresor y si fuese necesario retirar la sonda.

• Procedimiento del sondaje nasointestinal:

- Insertar la sonda nasointestinal siguiendo el mismo procedimiento que la sonda nasogástrica excepto:
 1. Colocar al paciente en decúbito lateral derecho, una vez introducida la sonda para facilitar el paso al duodeno.
 2. Dejar colocada la guía hasta la confirmación radiológica de la correcta colocación de la sonda.
- Comprobar 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)

• Observaciones de la SNI:



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

3.2.2. Cuidados generales en el paciente portador de sonda nasogástrica

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con sonda gastrointestinal.

• Objetivos:

- Mantener en buen estado y funcionamiento la sonda gastrointestinal.
- Evitar las posibles complicaciones producidas por la sonda (decúbitos, sequedad de mucosa oral, etc.)
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la sonda nasogástrica.

• Equipo:

- Equipo de aspiración y drenado.
- Carro de curas.

• Material:

- Esparadrapo antialérgico.
- Sonda nasogástrica.
- Vaselina crema.
- Guantes no estériles.
- Colutorios comerciales.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Enseñar al paciente y familia como moverse para evitar desplazamiento o tirones.
- Realizar higiene bucal con enjuagues 3 veces al día. Lubricar labios con vaselina, si precisa.
- Realizar higiene nasal con bastoncillos humedecidos.
- Cambiar apósito fijador c/24 h.y movilizar la sonda para evitar lesiones en mucosa gástrica y fosa nasal.
- Lavar la sonda con agua (50 ml) cada 8 horas, tras las comidas y cuando vaya a permanecer cerrada. Tras la administración de medicación lavar con 20-25 ml de agua.
- Observar cada 8 horas la cantidad, color y consistencia del líquido drenado.
- Proporcionar cuidados de la piel alrededor de la zona de inserción del tubo.
- Cambiar la sonda: PVC o polietileno cada 7-14 días, silicona o poliuretano cada 2-3 meses.
- Dejar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso a sus objetos personales y timbre.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, el motivo, aspecto de la piel circundante, cantidad y características del líquido drenado, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



La sonda no se movilizará en caso de que el paciente haya sido sometido a cirugía esofágica y gástrica.

3.2.3. Retirada de la sonda nasogástrica y nasointestinal

• **Definición:**

Extracción de la sonda nasogástrica o nasointestinal del interior del paciente.

• **Objetivo:**

Retirar la sonda cuando el paciente ya no la necesite, esté obstruida o en posición incorrecta.

• **Equipo:**

- Batea.
- Pinza de clampar.
- Equipo para higiene bucal.

• **Material:**

- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- 1 Jeringa de 50 c.c.
- Gasas.
- Guantes desechables no estériles.
- Material para higiene bucal.
- Toallitas de celulosa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento y que puede ocasionar alguna molestia nasal o náuseas.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Ponerse los guantes no estériles.
- Colocar un empapador encima del tórax del paciente.
- Desconectar la sonda del sistema de aspiración o del equipo de nutrición enteral, si lo hubiera.
- Introducir 10 c.c de aire o agua por la sonda para que no contenga contenido gástrico al retirarla (en pacientes pediátricos de 3- 5 c.c. de agua)
- Retirar las fijaciones de la sonda.
- Pinzar la sonda.
- Pedir al paciente que retenga la respiración para que así se cierre la epiglotis.
- Retirar la sonda suavemente y sin pausa.
- Depositar la sonda en la bolsa de residuos.
- Limpiar los residuos adheridos a la nariz.
- Proporcionar material para la higiene bucal.
- Mantener durante 30 min al paciente en posición semi-fowler para prevenir aspiración.
- Recoger material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Valorar, una vez retirada la sonda, posibles alteraciones gastrointestinales (vómitos, diarrea, distensión abdominal, etc.) y comunicarlo al médico.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

3.2.4. Alimentación enteral por sonda

• Definición:

Aporte de nutrientes y agua a través del tubo digestivo por medio de sonda.

• Objetivos:

- Mantener un estado nutricional óptimo.
- Aportar los nutrientes y agua necesarios utilizando una vía lo más fisiológica posible.
- Mantener la función intestinal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la alimentación por sonda.

• **Equipo:**

- Bomba de infusión de nutrición enteral.
- Fonendoscopio.
- Pinza de clamp.
- Soporte de gotero.
- Vaso.

• **Material:**

- Agua.
- Bolsa para administración de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- 1 Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Guantes no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda para alimentación de nutrición enteral.
- Tapón para la sonda nasogástrica.
- Toallitas de celulosa.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición Fowler durante el procedimiento y hasta una hora después de la administración de la nutrición.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Comprobar la correcta colocación de la sonda y su permeabilidad.
- Comprobación de la tolerancia antes de cada toma y cambio de botella, verificando que el residuo no sea superior a 100 ml en pacientes adultos (volver a introducir el residuo).

Administración intermitente en bolo:

Pinzar la sonda.

Conectar el cilindro de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la sonda.

Rellenar con el preparado comercial.

Despinzar la sonda.

Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión.

Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml de agua en adultos y no más de 10 ml en niños.

Administración intermitente por gravedad:

Pinzar la sonda.

Conectar el sistema de goteo a la botella del preparado comercial y a la sonda.

Despinzar sonda.

Regular la velocidad de goteo.

Lavar la sonda nasogástrica al finalizar con 25 ml agua en adultos y 10 ml en niños.

Administración infusión continua por bomba:

Pinzar la sonda.

Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la sonda y programar el ritmo.

Comprobar tolerancia cada 4-8 horas o cambio de botella.

Lavar la sonda con agua cada 8 horas con 25 ml de agua y siempre que se administre medicación o cambio de botella.

Cambiar sistema y bolsa de alimentación cada 24 horas.

- Cuando haya pasado una hora tras la administración de la nutrición enteral, dejar al paciente en una posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, ingesta, fecha y hora, tolerancia y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la higiene máxima.
- Se utiliza siempre que exista alguna dificultad en la ingesta oral en pacientes con funcionamiento correcto del intestino.
- Mantener las fórmulas nutricionales en lugar seco, no expuestas al sol y a temperatura ambiente. Los productos nutricionales no deben

- permanecer abiertos más de 12 horas.
- Vigilar la aparición de vómitos, diarrea, distensión abdominal, etc. si aparecen comunicarlo al médico.
 - Pesar cada 72 horas, si las condiciones del paciente lo permiten.
 - Medir la diuresis cada 24 horas y las deposiciones observando el número y aspecto.

Formas de administración de la nutrición enteral:

1. *Bolus con jeringa*: método que presenta más riesgo de aspiración, vómitos, diarrea y distensión abdominal. Se suele administrar 300-500 ml de 5-8 veces al día en función de la tolerancia. Se debe administrar muy lentamente.
2. *Goteo por bomba de infusión*: es el método de elección sobre todo en pacientes graves. Permite regular la dosificación. Es muy útil cuando se administran grandes volúmenes o se utilizan sondas muy finas o fórmulas muy densas.
3. *Continuo*: método mejor tolerado. Puede realizarse a lo largo de todo el día o durante 12-16 horas tanto por el día como por la noche.
4. *Intermitente*: 350 ml durante un período 20-30 min de 5-8 veces al día.

3.2.5. Alimentación enteral por gastrostomía/yeyunostomía

• Definición:

Aporte de nutrientes y agua a través de una gastrostomía/yeyunostomía.

• Objetivos:

- Proporcionar una nutrición equilibrada al paciente para mantener un estado nutricional óptimo.
- Mantener la función intestinal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de la gastrostomía/yeyunostomía.

• Equipo:

- Bomba alimentación enteral.
- Fonendoscopio.
- Soporte de gotero.

• **Material:**

- Bolsa de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- Apósito fijador.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles y no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda gastrostomía/yeyunostomía.
- Toallitas de celulosa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Seguir procedimiento alimentación enteral por sonda.
- Comprobar ruidos intestinales.
- Comprobar residuo gastrointestinal (no debe ser > 30 ml antes de iniciar alimentación en la yeyunostomía).
- Pasar 30 ml de agua por sonda antes de la alimentación (en niños no más de 5 ml).
- Administrar la alimentación en infusión continua.
- Técnica aséptica si el estoma no esta cicatrizado.
- Fijar la sonda al abdomen para evitar tracciones o contaminación.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si no hay ruido intestinal, avisar al médico.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema, pero sí máxima higiene.
- La temperatura de la nutrición debe estar temperatura ambiente.
- Anotar y comunicar al médico las incidencias como vómitos, diarrea, distensión abdominal, molestias abdominales.

Formas de administración de la nutrición enteral:

5. *Bolus con jeringa*: método que presenta más riesgo de aspiración, vómitos, diarrea y distensión abdominal. Se suele administrar 300-500 ml de 5-8 veces al día en función de la tolerancia. Se debe administrar muy lentamente.
6. *Goteo por bomba de infusión*: es el método de elección sobre todo en pacientes graves. Permite regular la dosificación. Es muy útil

cuando se administran grandes volúmenes o se utilizan sondas muy finas o fórmulas muy densas.

7. *Continuo*: método mejor tolerado. Puede realizarse a lo largo de todo el día o durante 12-16 horas tanto por el día como por la noche.
8. *Intermitente*: 350 ml durante un período 20-30 min de 5-8 veces al día.

3.3. ALIMENTACIÓN PARENTERAL TOTAL

- **Definición:**

Aporte por vía intravenosa de macro y micronutrientes en cantidades que sean suficientes y equilibradas.

- **Objetivos:**

- Mantener un estado nutricional óptimo.
- Proporcionar al paciente las sustancias nutritivas por una vía central cuando no puede tolerar la alimentación oral o enteral.

- **Equipo:**

- Paños estériles.
- Soporte de gotero.
- Bomba perfusión.

- **Material:**

- Bolsa de alimentación parenteral.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Hoja de tratamiento.
- 1 Jeringa estéril de 5-10 ml.
- 1 aguja intravenosa.
- 1 ampolla de suero fisiológico de 10 ml.
- Medicación prescrita.
- Sistema de bomba de perfusión.
- Solución antiséptica.
- Etiquetas y rotulador.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Identificar la unidad nutriente.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes estériles.
- Antes de conectar la alimentación, comprobar estado catéter central: la permeabilidad con suero fisiológico y los signos y síntomas de contaminación.
- Preparar con rigurosa asepsia la alimentación.
- Desinfectar con solución antiséptica el extremo distal del catéter central.
- Conectar sistema al catéter y programar el ritmo de perfusión de la alimentación según la prescripción de farmacia.
- Realizar balance hídrico.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: fecha de comienzo, tolerancia, ritmo, resultados analíticos, posibles incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:



- No administrar fármacos, hemoderivados o sueros por la misma vía de la nutrición parenteral total.
- Utilizar una luz del catéter sólo para NPT: no utilizar para administrar hemoderivados o tomar la presión venosa central.
- Controlar peso del paciente y las glucemias capilares según la prescripción facultativa.
- Evitar manipulaciones del sistema.
- Administrar la nutrición siempre por bomba de perfusión.
- Seguir estrictas medidas de asepsia en cualquier manipulación.
- La alimentación parenteral no se debe interrumpir bruscamente, si esto ocurriera se administrará suero glucosado al 10 % al mismo ritmo para evitar hipoglucemias.
- Las soluciones cuyo color haya cambiado, desecharlas.
- Las unidades de nutrición han de conservarse en nevera hasta un máximo de 72 horas.

Elección y mantenimiento de vías en la NPT:

- Utilizar una vía central como vía de elección.
- Las venas más usuales suelen ser la subclavia y la yugular pues presentan menor incidencia de contaminación e infección que las venas inferiores como la femoral.
- Cubrir con un apósito de gasa estéril impregnada en solución antiséptica la unión del catéter y el equipo de infusión.
- Revisar cada 24 horas el punto de inserción del catéter mediante palpación y técnica estéril; si no hay dolor a la palpación, sustituir el apósito cada 72 horas, en cambio, si existe dolor levantar el apósito y observar los signos y síntomas de inflamación e infección. Si es positivo retirar el catéter y si es negativo cambiar el catéter cada 15 días.
- Cambiar el equipo de infusión de nutrición parenteral total y la unidad nutriente cada 24 horas de forma estéril.





CAPÍTULO IV

Procedimientos relacionados con la eliminación del paciente

4.1. MEDICIÓN Y CONTROL DE DIURESIS.

• Definición:

Cuantificación y valoración de la cantidad de orina eliminada por el paciente en un periodo de tiempo determinado.

• Objetivos:

- Cuantificar la cantidad de orina eliminada por el paciente.
- Determinar las características físicas de la orina: color, olor, presencia de sangre u otros elementos anormales.

• Equipo:

- Soporte para bolsa de orina.
- Cuña o botella.
- Recipiente graduado.

• Material:

- Guantes desechables.
- Bolsa orina.
- Pañal-braga.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente sobre la necesidad del control de diuresis y explicarle que no realice micciones en el WC.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir.
- Desechar en el WC.
- Si el paciente esta sondado (sistema cerrado), anotar la cantidad de orina de la bolsa en la gráfica y vaciar la bolsa.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería cantidad de orina, aspecto, olor, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



- Los niños que no controlan esfínteres, se medirá por el sistema de doble pesada: pesar pañal seco, luego el mojado y restar el primero al segundo y anotar.

4.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CONTINENTE DEPENDIENTE

4.2.1. Manejo del orinal tipo botella

• **Definición:**

Colocación y retirada de un dispositivo (botella) en el pene del paciente para depositar la orina cuando el paciente no puede hacer uso por sí mismo del inodoro debido a limitaciones en la movilidad, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc.

• **Objetivos:**

- Facilitar la eliminación urinaria en el paciente varón dependiente.
- Educar al paciente y familia en el manejo del orinal tipo botella.

• **Equipo:**

- Botella.
- Recipiente graduado.
- Palangana.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

• **Material:**

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Empapador.
- Detergente.
- Lejía.
- Guantes no estériles.
- Papel higiénico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Colocarse los guantes.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Ayudar al paciente para que adopte una posición adecuada.
- Colocar empapador si el paciente está encamado.
- Proporcionar la botella y en caso de necesitar ayuda, colocar la botella entre las piernas del paciente e introducir el pene.
- Retirar la botella al finalizar la micción y llevarla al sitio destinado para su limpieza.
- Facilitar el papel higiénico o ayudar en la limpieza de los genitales.
- Ayudar o proporcionar material para higiene de las manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y adecuada con acceso fácil al timbre y a sus objetos personales.
- Verter la orina en el recipiente graduado y medir, si precisa.
- Desechar en el WC.
- Realizar limpieza y desinfección de la botella.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería diuresis y características de la orina, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.2.2. Manejo del orinal tipo cuña

• Definición:

Colocación y retirada de un dispositivo (cuña) para que la paciente pueda llevar a cabo tanto la eliminación urinaria (mujeres) como fecal, cuando el paciente no puede hacer uso por sí mismo del inodoro debido a limitaciones en la movilidad, enfermedades neurológicas, psiquiátricas, etc.

• Objetivos:

- Facilitar la eliminación fecal y urinaria del paciente encamado.
- Educar al paciente y familia en el manejo de la cuña.

• Equipo:

- Recipiente graduado.
- Cuña.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

• Material:

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Guantes no estériles.

- Papel higiénico.
- Detergente.
- Lejía.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Ofrecer la botella si es un varón.

- **PACIENTE CON MOVILIDAD:**

Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera de la cama elevada.

Retirar ropa de la cama.

Pedir al paciente que flexione las rodillas y levante las caderas.

Introducir cuña bajo los glúteos y asegurarse que está bien centrada.

- **PACIENTE SIN MOVILIDAD:**

Colocar la cama del paciente en posición horizontal.

Retirar la ropa de cama.

Colocar al paciente en decúbito lateral.

Colocar la cuña bajo las nalgas.

Girar al paciente sobre su espalda con la cuña colocada en las nalgas.

Comprobar que la cuña está centrada bajo el paciente.

Elevar cabecera para su comodidad sino está contraindicado.

- Cubrir al paciente con la sábana superior.
- Proporcionar el papel higiénico.
- Dar tiempo necesario e informar al paciente que nos avise al finalizar.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Colocarse los guantes desechables no estériles.
- Retirar la cuña y trasladarla al sitio destinado para la limpieza.
- Ayudar en la higiene de los genitales.

- Cambiar empapador si precisa y dejar la ropa de la cama bien colocada.
- Proporcionar material para la higiene de las manos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Verter la orina en un recipiente graduado y medir, si precisa
- Desechar en el WC.
- Realizar limpieza y desinfección de la cuña.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.2.3. Manejo del colector urinario

• Definición:

Colocación en el pene del paciente con incontinencia urinaria de un dispositivo (colector) que reconduce la orina a un recipiente (bolsa).

• Objetivos:

- Facilitar la evacuación de la orina en pacientes con incontinencia pero con vaciado vesical completo.
- Educar al paciente y familia en el manejo del colector urinario.

• Equipo:

- Soporte para bolsa.
- Ver equipo procedimiento higiene de los genitales.

• Material:

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Bolsa orina.
- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- Equipo colector: funda del tamaño adecuado y banda elástica adhesiva.
- Guantes desechables no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar todo el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en decúbito supino con la cabecera elevada para su comodidad.
- Poner empapador en los glúteos del paciente.
- Retirar pantalón del pijama.
- Realizar higiene de los genitales. Secar el pene sin friccionar.
- Cubrir al paciente dejando expuesto el pene.
- Observar el pene para detectar irritaciones cutáneas, fisuras o inflamación que contraindique el uso del colector.
- Retirar el vello del pene hacia la base.
- Extender la funda, que ya viene enrollada en el equipo, sobre el pene dirigiéndola hacia la base de este, dejando aproximadamente 2,5 cm entre la punta del glande y el final de la funda.
- Fijar la funda al pene sin apretar demasiado con la tira de esparadrapo elástico alrededor de la base del pene y por encima de la funda. El esparadrapo no debe entrar en contacto con la piel y debe mantener fija la funda, sin impedir la circulación sanguínea.
- Conectar el sistema de bolsa de orina al colector.
- Colocar bolsa al soporte siempre por debajo de la vejiga. Si el paciente va a caminar fijarla a su pierna.
- Instruir al paciente y familia sobre el manejo del sistema.
- Colaborar con el paciente a vestirse.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Observar a los 30 minutos y después cada turno, la eliminación urinaria, aspecto y coloración del pene para asegurar un correcto funcionamiento.
- Retirar y cambiar el colector cada 24 horas durante la realización de la higiene.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:



- No debe utilizarse durante largos periodos de tiempo.
- Vigilar posible retención urinaria, así como signos de infección.
- El cambio de bolsa se realizará con la frecuencia necesaria para que no se llene en exceso y pese demasiado.
- No está recomendado en pacientes con obstrucción crónica y se debe valorar más exhaustivamente en pacientes con neuropatías.

4.3. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN EL PACIENTE CON INCONTINENCIA

4.3.1. Cuidados en la incontinencia intestinal

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a la estimulación de la continencia intestinal y el mantenimiento de la integridad de la piel perineal.

• Objetivos:

- Implantar un programa de educación sanitaria para la disminución de la incontinencia intestinal.
- Mantener la integridad de la piel.
- Estimular y promover el autocuidado.
- Concienciar al paciente y familia que la incontinencia no es una enfermedad sino un problema de salud.

• Equipo:

- Cuña o palangana.
- Toallas.

• Material:

- Compresas higiénicas.
- Gasas no estériles.
- Torundas.
- Pañal-brega.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Determinar la causa física o fisiológica de la incontinencia fecal.
- Explicar al paciente y familia la etiología del problema y la base de las actividades de enfermería.
- Determinar los objetivos del programa de manejo intestinal con el paciente y familia.
- Instruir al paciente y familia a que lleve un registro de defecación.
- Lavar la zona perineal con agua y jabón y secarla bien después de cada deposición.
- Mantener la cama y ropa de cama limpias.
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento intestinal:
 1. Instruir al paciente acerca de los alimentos con alto contenido en fibra y vigilar su ingesta.
 2. Asegurar ingesta adecuada de líquidos.
 3. Dedicar para la defecación un tiempo coherente sin interrupciones. Ir al inodoro a intervalos regulares.
 4. Disponer de intimidad.
 5. Evaluar estado intestinal a intervalos regulares.
 6. Realizar ejercicios de Kegel.
- Vigilar por si se produce evacuación intestinal adecuada.
- Controlar la dieta y la ingesta de líquidos.
- Utilizar bolsa rectal si fuese necesario.
- Colocar pañal, si precisa.
- Registrar en la documentación de enfermería las actividades realizadas.

4.3.2. Cuidados en la incontinencia urinaria

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminados a fomentar la continencia urinaria y a mantener la integridad de la piel perineal.

• **Objetivos:**

- Implantar programa de educación sanitaria para disminuir la incontinencia urinaria.
- Mantener la integridad de la piel de la región perineal.
- Concienciar al paciente y familia que la incontinencia no es una enfermedad sino un problema de salud.
- Favorecer el bienestar físico y psíquico del paciente.

• Equipo:

- Cuña o palangana.
- Toallas

• Material:

- Compresas higiénicas.
- Gasas no estériles.
- Torundas.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Identificar las causas que provocan la incontinencia.
- Proporcionar intimidad para la evacuación.
- Explicar al paciente la etiología del problema y el fundamento de los cuidados a realizar.
- Controlar periódicamente la eliminación urinaria, incluyendo la frecuencia, consistencia, olor, volumen y color.
- Modificar la vestimenta para facilitar acceso al aseo.
- Ayudar a seleccionar compresa de incontinencia adecuada para el manejo a corto plazo.
- Proporcionar prendas protectoras.
- Limpiar la zona dérmica genital a intervalos regulares.
- Mostrar una respuesta positiva a cualquier disminución de los episodios de incontinencia.
- Limitar los líquidos durante las 2-3 horas anteriores a irse a la cama.
- Enseñar al paciente a registrar la producción y esquema urinario.
- Limitar la ingesta de productos irritantes para la vejiga (colas, café, té y chocolate).
- Llevar a cabo un programa de entrenamiento de la vejiga urinaria:
 1. Determinar la capacidad de reconocer la urgencia de eliminar.
 2. Mantener un registro de especificación de continencia durante 3 días para establecer el esquema de eliminación.
 3. Establecer un intervalo de tiempo inicial para ir al aseo, en fun-

ción del esquema de eliminación. El intervalo para ir al aseo debe ser de 1-2 horas.

4. Proporcionar intimidad.
5. Llevar al paciente al aseo si precisa.
6. Disminuir el intervalo de tiempo de ir al aseo en 30 minutos si se producen más de 3 episodios de incontinencia en 24 horas.
7. Aumentar el intervalo de ir al aseo en una hora si el paciente no tiene ningún episodio de incontinencia durante 3 días.
8. Realizar los ejercicios de Kegel.

- Registrar en la documentación de enfermería los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.3.3. Ejercicios de Kegel

• Definición:

Ejercicios musculares que fortalecen la musculatura pélvica y mejoran el control de los esfínteres urinario y anal.

• Objetivos:

- Disminuir la incontinencia fecal y urinaria.
- Educar al paciente y familia sobre los ejercicios de Kegel.

• Material:

Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Informar al paciente y explicarle los ejercicios.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Posición del paciente: sentado o de pie con las piernas separadas.
- Contraer recto, uretra y vagina hacia arriba y mantener contraídos durante 5 minutos.
- Realizar 5-6 contracciones al principio y a medida que se van fortaleciendo los músculos aumentar el número a 25 o más. El objetivo es llegar a realizar 200 contracciones al día.
- Intentar interrumpir y volver a iniciar flujo de orina al miccionar.
- Enseñar al paciente a controlar la incontinencia por esfuerzo realizando los ejercicios de Kegel cuando tenga que realizar algún esfuerzo (toser, reír, estornudar o levantar peso).

4.5. CONTROL DE HECES

- **Definición:**

Medición del patrón de evacuación intestinal del paciente.

- **Objetivos:**

Valorar los hábitos de eliminación intestinal del paciente durante la hospitalización.

- **Equipo:**

- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Ver equipo de manejo y colocación del orinal tipo cuña.

- **Material:**

- Material de higiene de los genitales.
- Material de manejo del orinal tipo cuña.
- Registros de enfermería

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Si el paciente es autónomo, preguntar sobre el patrón de eliminación fecal: cuándo defecó y las características de las heces.
- Si el paciente es dependiente: aplicar el procedimiento manejo del orinal tipo cuña. Realizar higiene de los genitales.
- Observar la cantidad, consistencia, aspecto y color de la deposición.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.6. FOMENTO DE LA ELIMINACIÓN FECAL

- **Definición:**

Conjunto de medidas que adopta la enfermera para prevenir y aliviar el estreñimiento.

• Objetivos:

- Facilitar al paciente la evacuación intestinal diaria, con medidas higiénico-dietéticas.
- Educar al paciente y familia en las medidas higiénico-dietéticas para fomentar la eliminación fecal.

• Equipo:

- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Fonendoscopio.

• Material:

- Material de higiene de los genitales.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de estreñimiento.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Comprobar movimientos intestinales a través de la auscultación del abdomen.
- Identificar los factores (medicamentos, reposo en cama y dieta) que puedan ser la causa del estreñimiento.
- Establecer una pauta de ir al aseo.
- Administrar una dieta rica en fibra y abundantes líquidos, si no está contraindicado.
- Instruir al paciente en el uso correcto de los laxantes si precisa.
- Incentivar al paciente para que camine o se mueva en la cama.
- Preservar la intimidad y facilitar el acceso al cuarto de baño.
- Administrar laxantes o enemas prescritos si precisa.
- Extraer la impactación fecal manualmente, si precisa
- Ayudar al paciente a realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Registrar en la documentación de enfermería: los cuidados realizados, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

En caso de no ser efectivas estas medidas, comunicarlo al médico responsable del paciente.

4.7. EXTRACCIÓN MANUAL DE UN FECALOMA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para extraer la acumulación anormal de materia fecal que forma una masa endurecida en la porción inferior del intestino.

• Objetivos:

- Reestablecer el tránsito intestinal habitual del paciente.
- Fomentar la eliminación fecal.
- Aliviar el malestar que provoca la impactación fecal.

• Equipo:

- Equipo de higiene de los genitales.

• Material:

- Material de higiene de los genitales.
- Lubricante.
- Empapador.
- Guantes desechables no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Proteger la cama con el empapador.
- Colocar al paciente en posición de Sims y acercarle la cuña.
- Colocarse los guantes.
- Lubricar el dedo índice e introducirlo en el esfínter anal.
- Pedirle al paciente que realice respiraciones profundas para que se relaje.
- Extraer fecalomas mediante movimientos del dedo, si son excesivamente grandes no se intentarán sacar sin antes fragmentarlos manualmente.
- Solicitar la colaboración del paciente pidiéndole que haga esfuerzos para que los fecalomas bajen desde la ampolla rectal.
- Realizar higiene de los genitales.

- Colocar al paciente en posición adecuada y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



Tras la extracción de fecalomas vigilar la posible aparición de hemorragias rectales.

4.8. SONDAJES

4.8.1. Sondaje vesical

• **Definición:**

Inserción de un catéter en la vejiga para el drenaje temporal o permanente de la orina.

• **Objetivos:**

- Controlar la incontinencia urinaria en pacientes encamados.
- Evacuar la vejiga en caso de retención urinaria.
- Prevenir alteraciones relacionadas con la diuresis.

• **Equipo:**

- Batea.
- 2 Paños estériles.
- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Pinza de clampar.

• **Material:**

- Esparadrapo hipoalergénico
- Bolsa de orina y soporte.
- Antiséptico diluido.
- 1 Jeringa de 10 c.c. estéril.
- 1 ampolla de 10 ml de agua destilada o suero fisiológico.
- Guantes estériles.
- Guantes desechables no estériles.
- Lubricante urológico estéril.

- Mascarilla, gorro y bata.
- Sonda vesical Foley del nº adecuado.
- 1 Tapón estéril.
- Ver material de higiene de los genitales.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Realizar higiene de los genitales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos antiséptico.
- Preparar el campo estéril depositando el material que se va a utilizar estéril sobre él.
- Colocarse guantes estériles, bata, gorro y mascarilla.
- Comprobar el correcto estado del balón de la sonda inflándolo.
- Lubricar punta del catéter vesical.
- Conectar catéter a circuito de drenaje cerrado.

HOMBRE:

1. Retirar prepucio y aplicar solución antiséptica en los genitales.
2. Lubricar glándula y parte interna de la uretra introduciendo envase de lubricante estéril.
3. Coger el pene con la mano no dominante y sostenerlo a 90°, retra-
yendo prepucio y dejando glándula al descubierto.
4. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla
por el meato hasta notar un tope.
5. Colocar el pene en posición horizontal y hacer ligera tracción hacia
delante indicando al paciente que respire profundamente y seguir
introduciendo hasta que fluya la orina (aprox. 20 cm en adultos)
6. Inflar el globo con la jeringa cargada con suero fisiológico o agua
destilada (cantidad que indique el fabricante unos 10 ml aprox.)
y retirar hasta notar resistencia.
7. Colocar prepucio en posición fisiológica.
8. Colocar la bolsa al soporte y ponerla por debajo de la vejiga del
paciente.
9. Fijar sonda con esparadrapo en la cara superior del muslo.

MUJER: (igual que el hombre excepto)

1. Aplicar el antiséptico a chorro de arriba hacia abajo.
2. Introducir la sonda vesical abriendo la vulva de la paciente y colocando el pulgar y el índice de la mano no dominante entre los labios menores.
3. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla por el meato urinario suavemente (progresar el catéter durante la inspiración de la paciente ya que en ese momento se relaja el músculo externo del esfínter).
4. No insistir si existiera obstrucción o dificultad.

- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: motivo del sondaje, día y hora, tipo y calibre del catéter, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La complicación más frecuente es la infección urinaria.
- Cuando exista retención urinaria (globo vesical) no permitir vaciado de más de 250 c.c. de una vez.
- Evitar dobleces o torsiones de la sonda.
- Avisar al médico si transcurrida 1 hora después del sondaje no presentase orina.
- En el sondaje evacuador: retirar la sonda una vez evacuada la orina.

4.8.2. Retirada de la sonda vesical**• Definición:**

Extracción de la sonda vesical cuando el paciente ya no la precisa, está obstruida o en posición incorrecta.

• Objetivo:

Retirar la sonda vesical evitando posibles complicaciones.

• Equipo:

- Batea
- Recipiente graduado.

• **Material:**

- Bolsa para residuos.
- Empapador.
- Gasas no estériles.
- Guantes desechables no estériles.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar todo el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar al paciente el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en decúbito supino con las piernas ligeramente separadas cuando sea mujer.
- Poner empapador debajo de los glúteos del paciente.
- Extraer el contenido del globo de la sonda vesical con una jeringa.
- Sujetar el cuerpo de la sonda con una gasa y retirarla suavemente, depositarla en la bolsa de los residuos.
- Comprobar que el volumen de orina en cada micción después de la retirada de la sonda es adecuado.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.8.3. Cuidados del paciente con sonda vesical

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para mantener la permeabilidad de la sonda vesical y prevenir infecciones.

• **Objetivos:**

- Mantener permeable la sonda vesical.
- Disminuir el riesgo de infección por sonda vesical.

• Equipo:

- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Ver equipo de lavado vesical.

• Material:

- Ver material procedimiento higiene de los genitales.
- Ver material procedimiento lavado vesical.
- Solución antiséptica.
- 1 Jeringa de 10 ml.
- Suero fisiológico.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar del procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Vigilar signos y síntomas de infecciones de vías urinarias.
- Realizar higiene de los genitales diariamente y cuando precise.
- Lavar sonda externamente con agua y jabón, al menos 2 veces al día.
- Comprobar en cada turno la permeabilidad de la sonda.
- Realizar lavado vesical en caso de obstrucción de la sonda, introduciendo de 30-50 c.c. de suero fisiológico
- Aspirar suavemente o conectar a bolsa para ver permeabilidad.
- Cambiar bolsa cada 7-14 días y siempre que se obstruya el grifo.
- Cambiar la sonda cada 3-4 semanas si es de látex y si es de silicona cada 8 semanas.
- Mantener la bolsa de diuresis por debajo del nivel del paciente. Pinzar el sistema si se ha de elevar la bolsa por encima del nivel del cuerpo del paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Evitar decúbitos de la sonda (en los genitales o zonas de roce de la sonda o el sistema)
- Observar si hay hematuria o dolor.
- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.
- Si existe signos y síntomas de infección urinaria, cursar muestra de urocultivo.

4.8.4. Lavados vesicales

• **Definición:**

Introducción de una solución en la vejiga a través de un catéter vesical, ya colocado, y comprobación de la evacuación de ésta.

• **Objetivos:**

- Mantener o recuperar la permeabilidad del catéter.
- Limpiar la vejiga o aplicar una solución antiséptica en la mucosa vesical.

• **Equipo:**

- Recipiente de recolección graduado.
- Batea.
- Pinzas de Kocher.
- Tapones de sonda.
- Paño estéril.
- Soporte de suero.

• **Material:**

- Solución prescrita para irrigación.
- 1 Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles, mascarilla, bata y gorro.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.



- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Colocar empapador debajo de la zona de unión del sistema de drenaje.
- Colocar paños estériles y depositar el material estéril sobre ellos.
- Colocarse la bata, la mascarilla, los guantes estériles y el gorro.

1. Lavado intermitente con sistema cerrado:

Se precisa sonda vesical de 3 vías

Limpiar con antiséptico zona de conexión entre sonda y sistema de lavado y conectar.

Despinzar el sistema de lavado y regular velocidad de infusión.

Tras entrar unos 100 ml de líquido o lo prescrito, volver a pinzar.

Mantener unos minutos el líquido en vejiga (10 min)

Evacuar el líquido por el sistema de drenaje y repetir varias veces.

Realizar balance de entradas y salidas y características de drenaje.

2. Lavado continuo con sistema cerrado:

Se precisa sonda vesical de 3 vías.

Limpiar con el antiséptico la zona de conexión y conectar.

Despinzar sistema de lavado y calcular velocidad de irrigación (normal 40-60 gotas/min).

Realizar balance y comprobar características del líquido drenado.

3. Lavado del catéter con sistema abierto:

Se precisa sonda vesical de dos vías.

Limpiar con antiséptico la zona de conexión.

Pinzar sonda con pinza Kocher.

Cargar jeringa con 50 c.c. de solución de irrigación y conectar a sonda.

Despinzar e inyectar con suavidad todo el líquido.

- Para evacuar el líquido se puede hacer a través de dos opciones: por la bolsa de drenaje o aspiración lenta a través de la jeringa.
- Realizar balance y observar características del líquido drenado.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirarse los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La solución de irrigación ha de estar siempre a temperatura ambiente.
- Técnica estéril en todo tipo de lavado.
- Aumentar ingesta de líquidos (si no está contraindicado) para asegurar el normofuncionamiento renal y evitar obstrucción de la sonda.
- Comunicar al médico: oclusión del catéter, sangrado, dolor, distensión abdominal o espasmos.

4.8.5. Sondaje rectal

• **Definición:**

Inserción en el recto a través del ano de una sonda rectal.

• **Objetivos:**

- Favorecer la evacuación de gases acumulados y heces.
- Disminuir la distensión abdominal.
- Facilitar la administración de enemas.

• **Equipo:**

- Toallas.
- Cuña o palangana.

• **Material:**

- Compresas higiénicas.
- Torundas.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Guantes no estériles.
- Sonda rectal del calibre adecuado.
- Gasas no estériles.
- Lubricante.
- Empapador.
- Esparadrapo antialérgico.
- Bolsa de basura.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar intimidad del paciente.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar al paciente en posición de Sims.
- Lubricar punta de la sonda rectal abundantemente.
- Separar la nalga y localizar el ano.
- Indicar al paciente que respire profundamente e introducir la sonda lentamente en dirección al ombligo. Para administrar enema insertar 7-10 cm para evacuar gases 10-15 cm (en adultos). En niños unos 5 cm.
- Fijar sonda con esparadrapo y conectar a un sistema de drenaje elegido o a la cuña.
- Retirar la sonda lentamente.
- Realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- No mantener la sonda rectal más de 30 minutos.
- Tener precauciones especiales en pacientes con arritmias por posible reacción vagal.
- Ante la presencia de hemorroides y fístulas pedir al paciente que realice el esfuerzo de defecar a la hora de introducir la sonda.

4.9. ADMINISTRACIÓN DE ENEMAS DE LIMPIEZA Y RETENCIÓN**• Definición:**

Introducción de una solución líquida en el recto o colon sigmoideo a través del ano, con una cánula, con fines terapéuticos o diagnósticos.

• Objetivos:

- Facilitar la evacuación de heces y gases.
- Administrar al paciente sustancias por vía rectal para que sean absorbidas por la mucosa intestinal.

• Equipo:

- Ver equipo de sondaje rectal.
- Ver equipo de higiene de los genitales.
- Soporte del sistema de irrigación.
- Cuña.
- Pinza de clampar.

• Material:

- Ver material de sondaje rectal.
- Ver material de higiene de los genitales.
- Solución a irrigar.
- Sistema de irrigación y soporte.
- Empapador.
- Bolsa de residuos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Comprobar prescripción e identidad del paciente.
- Preparar la solución prescrita con el agua a temperatura templada.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en posición de Sims izquierdo. Esta posición facilita el flujo de la solución por gravedad en el colón sigmoideo y descendente.
- Si es preparado comercial: Introducir la cánula por el ano previamente lubricada y plegar el recipiente sobre sí mismo para vaciarlo.
- Si no es preparado comercial, colocar el sistema del enema sobre el soporte a una altura de 30-35 cm por encima del ano.
- Colocar el empapador debajo de las caderas y nalgas del paciente.
- Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
- Purgar el sistema y pinzarlo.

- Realizar procedimiento de sondaje rectal.
- Despinzar el sistema y administrar la solución. Temperatura adecuada 37-40° Celsius.
- Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.
- Si el paciente no retiene o refiere plenitud cerrar unos 30 segundos y luego continuar.
- Informar al paciente que debe retener 5-10 minutos. Si es un enema de retención unos 30 minutos o el tiempo prescrito.
- Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña.
- Observar aspecto de heces.
- Ayudar o realizar la higiene de los genitales.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, efectividad, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La longitud de la sonda a introducir será en adultos 7-10 cm, en niños 5-7,5 cm y en lactantes 2,5-3,5 cm.
- La lavativa de Harris es similar al enema de limpieza excepto:
 1. La sonda rectal se introduce 25-30 cm.
 2. Se administra 500 c.c solución salina tibia.
 3. Se eleva el sistema irrigador y se irriga hasta que el flujo se detiene o el paciente nota molestias. En este punto se baja el sistema por debajo de las nalgas paciente, repitiendo no más de 3 veces.
- Si el paciente tiene incontinencia fecal colocar sonda rectal con balón.

4.10. CUIDADOS AL PACIENTE OSTOMIZADO

4.10.1. Cuidados del estoma urinario

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera a un paciente con un estoma urinario.

• Objetivos:

- Mantener la permeabilidad del estoma urinario.
- Mantener el estoma urinario en condiciones de higiene.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de mantenimiento del estoma urinario.

• Equipo:

- Palangana.
- Batea.
- Tijeras.
- Toallas.

• Material:

- Guantes desechables no estériles.
- Equipo de estoma urinario.
- Bolsa de residuos.
- Empapador.
- Jabón neutro.
- Esponjas.
- Compresas o gasas.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Explicar el procedimiento al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el empapador bajo el paciente.
- Retirar la bolsa usada suavemente de arriba hacia abajo, sujetando la piel con la otra mano.
- Limpiar el estoma y piel periestomal de fuera hacia adentro con movimientos circulares, utilizando agua tibia y jabón neutro.
- Secar bien el estoma y la piel circundante.
- Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor.
- Medir diámetro del estoma y recortar el disco.
- Seleccionar bolsa apropiada a las características de la ostomía.

- Retirar papel protector y aplicar disco sobre estoma con masaje tanto interior como exterior del aro, para conseguir una buena fijación del apósito.
- Aplicar la bolsa colectora al disco mediante los aros de conexión.
- Si apareciera dermatitis de 2º grado, aplicar apósito protector tipo hidrocoloide o hidrogel, ajustándolo al diámetro del estoma y colocar el dispositivo de dos piezas encima.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería el procedimiento realizado, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

IV

• Observaciones:

- Si se produce obstrucción del estoma urinario por hemorragia debido a la intervención quirúrgica, aspirar y lavar.
- Si existe infección de la herida quirúrgica comunicarlo al médico y curar con suero fisiológico más y solución antiséptica cada 24 horas.
- Las bolsas para urostomías suelen ser abiertas para vaciar la orina sin tener que cambiar la bolsa.
- Si no existe contraindicación, aumentar la ingesta de líquidos, la orina ha de ser lo menos concentrada posible.
- Evitar un aumento excesivo de peso del paciente.
- El paciente debe llevar ropa cómoda evitando comprimir la bolsa.
- Concienciar al paciente y familia que el estoma no es un obstáculo para el baño o ducha.
- Para educación inicial al paciente sobre los cuidados del estoma evitar las horas tras las comidas porque aumenta la actividad intestinal.

4.10.2. Cuidados de las ostomías digestivas

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con ostomías digestivas.

• Objetivos:

- Mantener la permeabilidad de la ostomía digestiva.
- Prevenir posibles complicaciones.
- Mantener la integridad de la piel periestomal.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de mantenimiento de las ostomías digestivas.

• Equipo:

- Batea.
- Carro de curas.
- Toallas.
- Tijeras.

• Material:

- Bolsa drenaje ostomías.
- Bolsa residuos.
- Empapador.
- Gasas no estériles.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Instruir al paciente y familia en la utilización del equipo de ostomía.
- Ayudar al paciente y familia a elegir el equipo de ostomía que más se adapte a las características del tipo de ostomía que le hayan realizado. Ileostomías y colostomías derechas las heces son más líquidas por lo que es más adecuado un sistema abierto; las colostomías izquierdas las heces son más sólidas por lo que van bien los sistemas cerrados.
- Observar la curación de la incisión o estoma.
- Vigilar posibles complicaciones postoperatorias como la obstrucción abdominal, el íleo paralítico, fisura de la anastomosis o la separación de la mucosa cutánea.
- Cambiar y vaciar la bolsa de la ostomía, si procede (ver procedimiento de cambio del dispositivo colector de la colostomía)
- Ayudar al paciente y familia a practicar los autocuidados.
- Animar al paciente y familia a expresar los sentimientos e inquietudes acerca del cambio de imagen corporal.
- Enseñar al paciente y familia a vigilar la presencia de posibles com-

plicaciones como rotura mecánica, química, exantema, fugas, deshidratación, infección, etc.

- Instruir al paciente y familia acerca de los mecanismos para disminuir el dolor.
- Instruir al paciente y familia acerca de la dieta adecuada dependiendo del tipo de ostomía.
- Proporcionar apoyo y asistencia mientras el paciente desarrolla la técnica del cambio de bolsa.
- Enseñar al paciente a masticar bien los alimentos, beber líquidos en abundancia, a añadir un alimento nuevo cada vez para observar las posibles intolerancias.
- Enseñar al paciente y familia a hacer dilataciones periódicas del estoma con el dedo índice y vaselina.
- Comentar sus preocupaciones acerca del funcionamiento sexual.
- Instruir al paciente sobre el tipo de vestido: cómodo y que no ejerza presión directa sobre el estoma.
- Fomentar las visitas al paciente por parte de personas de grupos de apoyo con el mismo estado.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

4.10.2.1. Cambio del dispositivo colector de la ostomía digestiva.

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera con el paciente o la familia para sustituir el dispositivo colector de la ostomía digestiva usado por otro nuevo, cuando el paciente lo precisa.

• Objetivos:

- Mantener el estoma en condiciones de higiene.
- Mantener la integridad de la piel periestomal en el paciente ostomizado.
- Educar al paciente y familia en el cambio del dispositivo colector del estoma.

• Equipo:

- Batea.
- Carro de curas.
- Tijera.
- Toalla.

• Material:

- Bolsa de drenaje de ostomía.
- Bolsa de residuos.
- Empapador.
- Gasas.
- Guantes no estériles.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino con el abdomen al descubierto.
- Proteger la ropa de la cama con el empapador.
- Retirar suavemente la bolsa usada (evitando tracciones de la piel) desde arriba hacia abajo, se debe retirar cuando la bolsa esté medio llena, tenga fuga o produzca incomodidad o picor.
- Retirar los restos de heces con una gasa humedecida en agua.
- Limpiar estoma y la piel periestomal con agua tibia y jabón neutro.
- Secar bien el estoma y la piel circundante.
- Observar estado de piel y estoma.
- Colocar el dispositivo limpio. Recortar según sea el estoma.
- Desechar la materia fecal en el WC y el resto de material en la bolsa de residuos.
- Retirarse los guantes.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a los objetos personales.
- Lavarse las manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: cantidad, aspecto, textura, color de las heces y aspecto del estoma, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La irritación cutánea es la complicación más frecuente en el paciente ostomizado.

- En la ileostomía se tendrá especial cuidado con la piel circundante.
- Si existe vello, cortar con las tijeras pero no rasurar.
- Las bolsas se cambiarán cuantas veces sea necesario.

4.10.2.2. Administración de un enema por ostomía digestiva.

• Definición:

Introducción de una solución líquida en el colón a través de una ostomía digestiva.

• Objetivo:

Facilitar la evacuación de heces y gases por la ostomía digestiva.

• Equipo:

- Batea.
- Toalla.
- Tijera.

• Material:

- Solución a irrigar.
- Guantes no estériles.
- Gasas.
- Lubrificante.
- Suero fisiológico.
- Sistema de irrigación y soporte.
- Dispositivo de drenaje de ostomía.
- Empapador.
- Bolsa de residuos.
- Jabón neutro.
- Registros de enfermería

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar sistema de irrigación a la altura del hombro del paciente.

- Retirar bolsa de ostomía digestiva y realizar higiene estoma.
- Introducir sistema de enema lubricado por el estoma dilatando previamente con el dedo si precisa. Introducir no más de 10 cm.
- Administrar el enema de forma lenta. Si aparece dolor cólico detenerse.
- Retirar sistema y colocar al paciente en posición decúbito supino.
- Limpiar estoma y piel, colocar bolsa de ostomía digestiva.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

La solución a irrigar debe estar a una temperatura de 37° C y el máximo de cantidad a irrigar ha de ser de 500 c.c.

4.11. CONTROL DE ASPIRADOS GÁSTRICOS

• **Definición:**

Medición del contenido gástrico.

• **Objetivo:**

- Cuantificar el contenido gástrico.
- Observar y valorar las características del producto aspirado.

• **Equipo:**

- Recipiente graduado.
- Pinza de Kocher.

• **Material:**

- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa colectora de aspirado.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes.
- Pinzar la sonda nasogástrica.
- Desconectar la bolsa colectora.
- Colocar nueva bolsa colectora.
- Despinzar la sonda nasogástrica.
- Asegurarse de fijar la sonda a la cama del paciente, permitiendo la comodidad del paciente.
- Retirar el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

4.12. BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LÍQUIDOS

IV

• Definición:

Recogida y análisis de los datos del paciente para regular el equilibrio de líquidos.

• Objetivo:

Medir la cantidad de líquidos administrados y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para hacer la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.

• Equipo:

- Báscula.
- Cuña o botella.
- Recipiente graduado.
- Soporte bolsa orina.

• Material:

- Guantes desechables no estériles.
- Bolsa de orina.
- Pañal-braga.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.

4.12

- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Determinar la cantidad, tipo de ingesta de líquidos y los hábitos de eliminación.
- Identificar posibles factores de riesgo de desequilibrio de líquidos (hipertermia, terapia diurética, patologías renales, insuficiencia cardíaca, infección, poliuria, diarrea, etc.)
- Medir y registrar todas las entradas de líquido: comidas, medicación oral, líquidos intravenosos, hemoderivados, nutrición parenteral, etc.
- Medir y registrar todas las salidas: orina, drenados, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica, etc.
- Pesar cada 24 horas.
- Añadir como salidas las pérdidas insensibles. Calculadas según la fórmula: $PI = \text{peso} \times n^{\circ} \text{ horas} / 2$
- Restar salidas a entradas y anotar en la gráfica.
- Al cerrar el balance contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.
- Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

• **Observaciones:**

Observar el estado de piel y mucosas, color de la orina, edemas, ascitis, etc.



CAPÍTULO V

Procedimientos relacionados con el aseo e higiene del paciente

5.1. HIGIENE DEL PACIENTE AUTÓNOMO

• Definición:

Conjunto de actividades de supervisión y evaluación, que realiza la enfermera, de las medidas higiénicas que lleva a cabo el paciente para preservar su piel limpia y en buen estado.

• Objetivos:

- Prevenir alteraciones en la piel.
- Prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Estimular la circulación sanguínea.

• Equipo:

- Toallas.
- Cuña, palangana.
- Artículos de higiene personal: tijeras de uñas, material de afeitado, cepillo, peine, colonia.
- Silla o taburete.
- Alfombrilla antideslizante.

• Material:

- Pijama o camisón limpio.
- Jabón neutro, crema hidratante.
- Bolsa para residuos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Observar el estado de higiene y valorar la frecuencia habitual de higiene general.
- Explorar los factores culturales que puedan estar influenciando en las creencias sobre el significado, frecuencia y forma de llevar a cabo la higiene.
- Comunicar al paciente la necesidad del baño y cómo ha de llevarse a cabo teniendo en cuenta las creencias y valores culturales sobre la higiene detectadas con anterioridad.
- Proporcionar todo el material necesario para la higiene.
- Indicar al paciente que no cierre por dentro el aseo por si la enfer-

mera ha de ayudarlo. Señalar el timbre del aseo y explicarle su funcionamiento por si requiere ayuda.

- Evaluar si las medidas higiénicas llevadas a cabo por el paciente han sido efectivas.
- Registrar en la documentación de enfermería incidencias y respuesta del paciente.

5.2. HIGIENE DEL PACIENTE DEPENDIENTE

5.2.1. Higiene del paciente que requiere ayuda parcial, paciente no encamado

• Definición:

Conjunto de medidas higiénicas que realiza la enfermera al paciente cuando presenta limitación parcial para realizar su propia higiene.

• Objetivos:

- Mantener la piel limpia y en buen estado la piel y sus anejos.
- Prevenir alteraciones de la piel.
- Prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Estimular la circulación sanguínea del paciente.
- Educar al paciente y familia sobre los cuidados de higiene.

• Equipo:

- Alfombrilla antideslizante.
- Silla o taburete.
- Artículos de higiene personal: peine, cepillo, material de afeitado, colonia, desodorantes, etc.
- Toallas.
- Carro de ropa sucia.
- Cuña, palangana.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Esponjas sin jabón.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante o vaselina líquida.
- Pijama o camisón limpio.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladar a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener una temperatura ambiente adecuada: 24-25° C
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas con ducha o bañera con agarraderas o barandillas, alfombra antideslizante, supervisión continua, etc.
- Ayudar al paciente a desvestirse.
- Colocarse los guantes.
- Preparar el agua a temperatura adecuada: 35-36 ° C.
- Proceder al lavado de la siguiente manera: primero la cara con agua sola y el resto del cuerpo de arriba abajo con esponja y jabón. Por último periné y genitales. Enjuagar con agua limpia y secarlo (hacer hincapié en las zonas de pliegue, bajo las mamas, axilas y espacios interdigitales).
- Higiene de la boca.
- Higiene del cabello. Afeitado en hombres, respetando sus preferencias por la barba.
- Hidratar la piel con crema hidratante o vaselina líquida, haciendo hincapié en las zonas de roce y presión.
- Ayudar a vestirse.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material en bolsas de ropa sucia.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- La higiene debe ser diaria.
- En pacientes con bajo nivel de dependencia está indicado el aseo en ducha o bañera.

5.2.2. Higiene del paciente en cama

• Definición:

Conjunto de medidas higiénicas que realiza la enfermera cuando el paciente presenta limitación para realizar su propia higiene y requiere estar encamado.

• Objetivos:

- Mantener limpia y en buen estado la piel y sus anejos.
- Prevenir alteraciones de la piel e infecciones.
- Contribuir al bienestar físico y psíquico del paciente.
- Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y comodidad.
- Educar al paciente y familia en los cuidados de higiene.

• Equipo:

- Sábanas limpias.
- Toallas.
- Palangana o cuña.
- Artículos de higiene personal: peine, cepillo, colonia, desodorante, etc.
- Carro ropa sucia.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Crema hidratante o vaselina líquida.
- Pijama o camisón limpio.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener la temperatura del agua 35-36°C (temperatura ambiente 24-25°C).
- Evitar corrientes de aire en la habitación.
- Proteger al paciente de caídas.

- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Desnudar al paciente y cubrir con una sábana los genitales.
- La ropa sucia introducirla en bolsas de ropa sucia (no tirarla al suelo).
- Comenzar a lavar al paciente por la cara, con agua y sin jabón. Secar.
- Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar. Se ha de enjabonar friccionando suavemente con movimientos circulares.
- Acercar la palangana a las manos del paciente, incorporarlo y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secar las manos.
- Cambiar el agua, jabón y esponja.
- Continuar lavando el tórax. En las mujeres incidir en la zona sub-mamaria, continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.
- Lavar extremidades inferiores, prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
- Cambiar el agua, jabón y esponja.
- Lavar genitales y zona anal. Enjuagar.
- Secar bien la piel.
- Hidratar la piel con crema hidratante o vaselina líquida con suave masaje.
- Realizar fisioterapia respiratoria (clapping, vibración, etc.) y colocar dispositivos de prevención de úlceras por presión, si precisa.
- Vestir al paciente con el pijama limpio.
- Peinar al paciente y facilitarle sus artículos de aseo personal como colonia, desodorante, etc.
- Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y adecuada, con fácil acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger al material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería, el procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Realizar el aseo diario tantas veces como precise el paciente.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo portador de la vía.

5.2.3. Lavado de cabeza en cama

- **Definición:**

Conjunto de medidas higiénicas, que realiza la enfermera, para mantener la higiene del cabello en un paciente encamado.

- **Objetivos:**

- Proporcionar al paciente encamado el aseo necesario para mantener la higiene del pelo y cuero cabelludo.
- Proporcionar bienestar al paciente.
- Evitar la proliferación de parásitos.
- Activar la circulación sanguínea del cuero cabelludo.

- **Equipo:**

- Peine o cepillo.
- Toallas.
- Palangana y una jarra.
- Secador de mano.
- Silla.
- Lavacabezas.

- **Material:**

- Champú (antiparásitos si fuera necesario)
- Crema suavizante.
- Empapador.
- Guantes no estériles.
- Torundas de algodón.
- Bolsa de ropa sucia.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener temperatura ambiente adecuada 25-26 ° C.
- Evitar corrientes de aire.
- Proteger al paciente de caídas.
- Colocarse los guantes.

- Poner la cama en posición horizontal y al paciente en decúbito supino.
- Retirar cabezal de la cama.
- Colocar al paciente en el borde de la cama en posición de Roser (decúbito supino y cabeza colgando por la parte superior de la cama).
- Colocar el empapador debajo de los hombros del paciente.
- Poner una toalla alrededor del cuello y las torundas de algodón tapando los oídos.
- Colocar la palangana o lavacabezas debajo de la cabeza del paciente, sobre una silla.
- La temperatura del agua de la jarra ha de ser de 35-37 ° C.Proceder al lavado.
- Aclarar abundantemente con agua. Aplicar crema suavizante y enjuagar.
- Secar bien con una toalla. Peinar y secar con un secador de mano.
- Retirar las torundas de algodón de los oídos.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y favorecerle que tenga a su disposición el timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Realizar el lavado de cabeza mínimo 1 vez por semana si no existe contraindicación, o cuando el paciente o la enfermera lo considere necesario.
- El lavado de cabeza con palangana debido a la posición de roser, está contraindicado en algunos casos:
 1. Aumento de la presión intracraneal.
 2. Pérdida de líquido cefalorraquídeo.
 3. Incisiones abiertas en cuero cabelludo.
 4. Lesiones cervicales.
 5. Traqueotomía.
 6. Dificultad respiratoria.

5.2.4. Higiene de la boca

• **Definición:**

Conjunto de medidas higiénicas que realiza el personal de enfermería

en la cavidad bucal cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

• **Objetivos:**

- Mantener la cavidad oral del paciente limpia para evitar sequedad, malos olores, grietas en labios y lengua.
- Prevenir infecciones.

• **Equipo:**

- Vaso con agua.
- Palangana.
- Toalla.
- Equipo necesario para la aspiración de secreciones.

• **Material:**

- Cepillo dientes.
- Dentífrico.
- Colutorios.
- Depresor, gasas estériles.
- Guantes desechables.
- Vaselina.
- Mascarilla protectora.
- Material necesario para la aspiración de secreciones.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar la autonomía del paciente y fomentar el autocuidado.
- En pacientes autónomos: informar y facilitar el material necesario.
- En pacientes conscientes que precisan ayuda:
 1. Realizar lavado de manos.
 2. Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
 3. Preservar la intimidad del paciente.
 4. Informar al paciente.
 5. Solicitar la colaboración del paciente y familia.
 6. Colocarse guantes y mascarilla.
 7. Colocar al paciente sentado o semiincorporado.
 8. Cubrir tórax con toalla o empapador.
 9. Cepillar dientes, lengua y encías.
 10. Enjuagar primero con agua limpia y luego con colutorio.
 11. Aplicar vaselina en labios.

- En pacientes inconscientes:
 1. Posición con la cabeza ladeada.
 2. Enrollar una gasa alrededor de una torunda y empapar con un antiséptico.
 3. Limpiar la cavidad oral. Cambiar la gasa a menudo.
 4. Aclarar la boca con agua (jeringa 10 c.c.) y aspirar.
 5. Secar los labios.
 6. Aplicar vaselina en los labios.
- En pacientes con prótesis dental: retirar dentadura y enjuagarla con agua tibia y cepillarla. Dejarla en recipiente con agua.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y facilitarle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirar guantes y mascarilla.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Si existe mucha salivación o secreciones, aspirarlas antes de realizar la higiene.

5.2.5. Higiene de los ojos

• **Definición:**

Conjunto de medidas, que realiza el personal de enfermería encaminadas a mantener en buen estado de los ojos.

• **Objetivo:**

Proporcionar al paciente el aseo necesario para mantener, los ojos limpios y húmedos, evitando la irritación, infecciones, edemas parpebrales y erosiones corneales.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Gasas estériles.
- Guantes no estériles.

- 2 Jeringas de 10cc. estériles.
- Solución salina estéril a temperatura ambiente.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Si el paciente está inconsciente colocarlo en posición decúbito supino o semi-fowler. Si el paciente está consciente en posición Fowler.
- Colocarse los guantes.
- Cargar las jeringas con solución salina fisiológica.
- Humedecer una gasa con solución salina y limpiar del ángulo interno al externo de cada ojo hasta que quede limpio de secreciones. Utilizar una gasa distinta para cada párpado y para cada ojo. Todo esto realizarlo con los párpados cerrados.
- Posteriormente, abrir los párpados del paciente con los dedos índice y pulgar de una mano y con la otra se instila solución salina fisiológica desde el lagrimal hacia fuera. Utilizar una jeringa estéril para cada ojo. Mantener siempre la cabeza ladeada del lado del ojo que se está lavando.
- Secar con una gasa estéril cada ojo.
- Cerrar suavemente los párpados.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y favorecerle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Evitar durante el procedimiento la luz directa sobre los ojos del paciente.
- En pacientes inconscientes, aplicar crema epitelizante tras la limpieza. Dejar los ojos tapados con gasas húmedas de solución salina, renovar la gasa cada 2 horas o cuando se seque. La higiene completa de los ojos en estos pacientes se recomienda cada 8 horas.

5.2.6. Higiene de los genitales

- **Definición:**

Conjunto de medidas que realiza el personal de enfermería para conservar limpia y en buen estado la piel de la zona perineal, cuando el paciente tiene limitación para realizar su propia higiene.

- **Objetivos:**

- Mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene y prevenir infecciones.
- Contribuir al bienestar y comodidad del paciente.

- **Equipo:**

- Cuña o palangana.
- Toallas

- **Material:**

- Compresas higiénicas, gasas y torundas.
- Pañal-braga.
- Guantes no estériles.
- Bolsa ropa sucia.
- Esponja.
- Jabón neutro.
- Solución jabonosa y antiséptica.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Preparar el agua a una temperatura de 35-36° C.
- Evitar corrientes de aire.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Desvestir al paciente y cubrirlo con una sábana. Retirar el pañal si lo tuviera.
- Colocar la cuña.

- HOMBRE:

1. Lavar primero el pene y testículos. Enjuagar.
2. Retraer el prepucio del pene y lavar el glande. Enjuagar. Subir de nuevo el prepucio a su posición para evitar edema de glande.
3. Poner al paciente en decúbito lateral.
4. Lavar zona anal con esponja distinta. Enjuagar de arriba hacia abajo. Secar bien.
5. Aplicar solución antiséptica si el paciente presenta sonda vesical o heridas.

- MUJER:

1. Pedir a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle si no puede.
2. Separar las piernas de la paciente.
3. Lavado de arriba hacia abajo de la zona perineal. Con agua y jabón y gasas o esponjas desechables. Primero lavar la parte externa de la vulva, luego labios mayores y menores, meato. Enjuagar a chorro y repetir mínimo dos veces.
4. Secar de arriba hacia abajo de forma suave. Evitar la humedad.
5. Colocar al paciente en decúbito lateral.
6. Limpiar área rectal desde la vagina a ano en un solo movimiento.
7. Aplicar antiséptico en caso de sonda vesical o heridas.

- Colocar pañal si precisa.
- Dejar al paciente en una posición cómoda, permitiendo fácil acceso al timbre y objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

5.2.7. Cuidados de las uñas

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para el cuidado de las uñas.

• Objetivos:

- Mantener higiene y buen aspecto de las uñas.

- Evitar infecciones, ulceraciones y deformidades.

- **Equipo:**

- Palangana
- Toallas.
- Cepillo de uñas, alicates o tijeras, lima de uñas.

- **Material:**

- Jabón neutro, antiséptico si precisa.
- Guantes desechables.
- Acetona si precisa.
- Crema hidratante.
- Algodón.
- Empapador.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado higiénico de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Preparar agua en una palangana a 30-32° C.
- Proteger cama con el empapador.
- Colocarse los guantes no estériles.

- **PIES:**

1. Lavar los pies con agua y jabón, sumergirlos para reblandecer durezas o si tienen mucha suciedad.
2. Enjuagar con agua a chorro.
3. Secar bien, sobre todo los espacios interdigitales con una toalla.
4. Valorar estado de los pies: durezas, úlceras, deformidades, temperatura y coloración, edemas y pulsos periféricos.
5. Realizar cuidados específicos si presenta úlceras por presión.
6. Limar durezas con suavidad.
7. Cortar uñas en línea recta.
8. Aplicar crema hidratante con un suave masaje.

- **MANOS:**

1. Sumergir las manos en agua unos 2 minutos máximo para evitar



maceraciones.

2. Cortar uñas de forma ovalada, dejando sobresalir como mínimo de la base de la uña 10-15 mm. Valorar la decisión del paciente.
3. Retirar restos de suciedad dentro de las uñas.
4. Aplicar crema hidratante.

- Dejar al paciente en una posición adecuada y facilitarle el acceso al timbre y sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Lavarse las manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

5.3. CAMBIO DE ROPA DE LA CAMA

5.3.1. Cambio de ropa de la cama en el paciente autónomo

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería encaminadas a mantener un correcto aseo e higiene de la cama del paciente.

- **Objetivo:**

Preparar la cama en condiciones de higiene y comodidad para el paciente, evitando arrugas y pliegues en la cama.

- **Equipo:**

- Sábana bajera.
- Sábana encimera.
- Funda de almohada impermeable.
- Funda de colchón impermeable.
- Almohada.
- Colcha.
- Manta.

- **Material:**

- Empapador.
- Guantes desechables.
- Bolsa de ropa sucia.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación.
- Colocarse los guantes.
- Colocar cama en posición horizontal.
- Retirar la ropa de la cama sucia, depositándola en la bolsa de ropa sucia.
- Colocar la funda de colchón y sobre ella la sábana bajera, extendiéndola y ajustándola a las 4 esquinas de forma que no tenga arrugas.
- Extender la sábana encimera, con el dobladillo hacia arriba y plegando las esquinas inferiores.
- Colocar colcha y manta siguiendo el mismo procedimiento que la sábana encimera.
- Colocar funda de almohada.
- Recoger el material.
- Retirar los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar el procedimiento en los registros de enfermería.

• **Observaciones:**

- No airear la ropa.
- Frenar la cama.

5.3.2. Cambio de ropa de la cama del paciente encamado

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para mantener la cama del paciente encamado en condiciones de higiene y seguridad para el paciente.

• **Objetivo:**

Realizar el cambio de ropa de cama para proporcionar bienestar e higiene al paciente encamado.

• **Equipo:**

- Almohadas.
- Colcha.
- Manta.
- Funda almohada impermeable.

- Funda colchón impermeable.
- Sábana bajera.
- Sábana encimera.

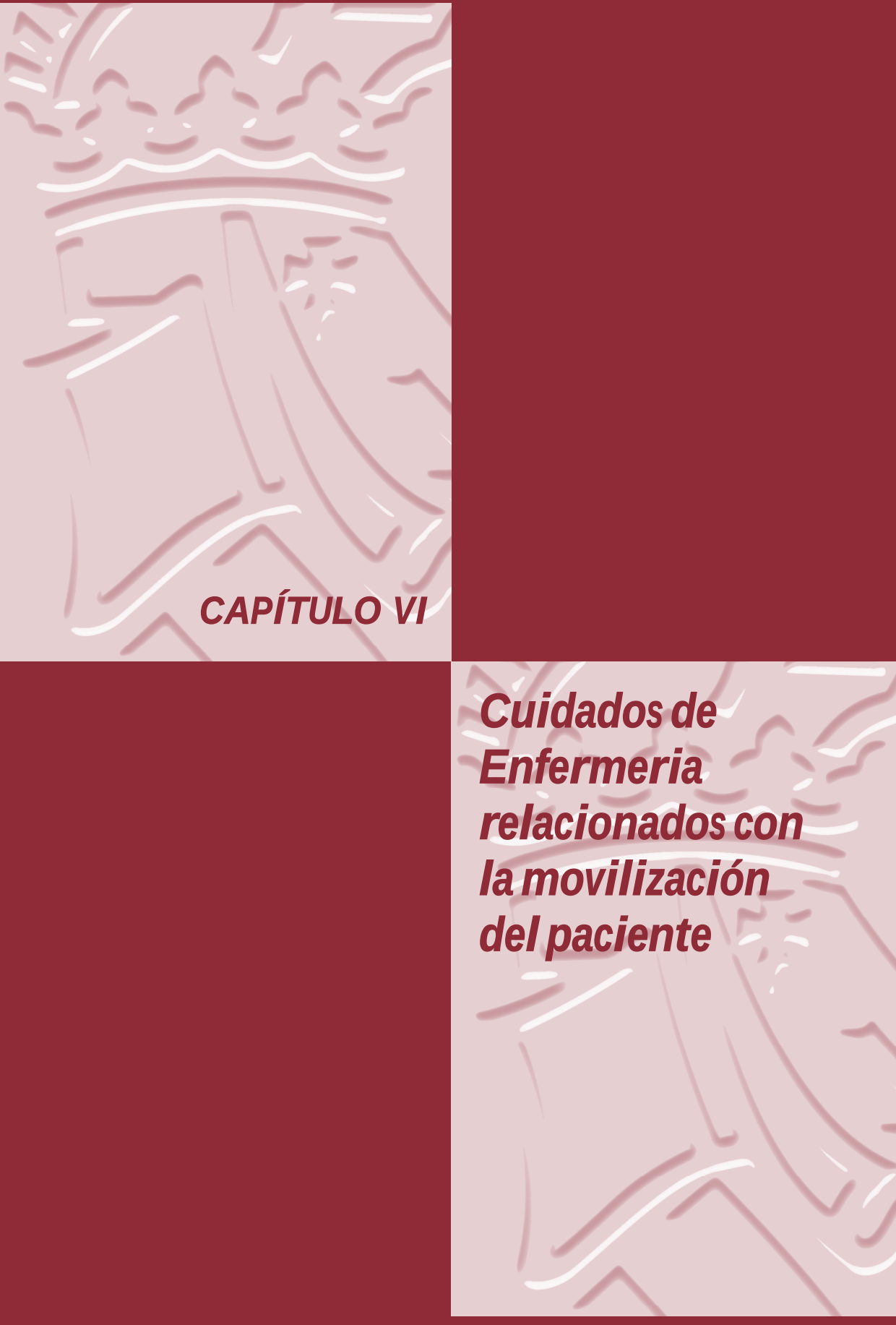
• **Material:**

- Bolsa ropa sucia.
- Empapador.
- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Mantener una temperatura adecuada 25-26° C.
- Evitar corrientes de aire.
- Proteger al paciente de las caídas.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la cama en posición horizontal, si el paciente lo tolera.
- Realizar higiene del paciente encamado.
- Aflojar la ropa de la cama.
- Retirar colcha y manta, si están sucias ponerlas en la bolsa de ropa sucia.
- Dejar la sábana encimera para no dejar al paciente al descubierto.
- Colocar al paciente en decúbito lateral.
- Enrollar la sábana sucia hacia el centro de la cama.
- Colocar la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
- Colocar la entremetida y empapador, si precisa.
- Volver al paciente hacia el lado limpio, retirando la sábana sucia, entremetida y empapador. Depositar la ropa sucia en las bolsas destinadas a tal fin.
- Estirar la sábana y entremetida evitando arrugas, remeterlas por debajo del colchón y efectuar doblez en las dos esquinas.
- Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente.
- Colocar colcha y manta, si precisa.
- Doblar la parte superior de la sábana por encima de la colcha.
- Remeter con holgura la sábana encimera y colcha en los pies de la

- cama para evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
- Quitar el almohadón sucio y sustituirlo por uno limpio.
 - Dejar al paciente en una postura cómoda y facilitarle el acceso al timbre y objetos personales.
 - Recoger material.
 - Retirar los guantes.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, motivo, incidencias y respuesta del paciente.



CAPÍTULO VI

Cuidados de Enfermería relacionados con la movilización del paciente

6.1. NORMAS GENERALES EN LA MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede realizarlas por sí mismo.

• Objetivos:

- Mantener la comodidad del paciente encamado.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios, etc.)

• Equipo:

- Almohadas, según precise.
- Arco balcánico.
- Sistemas mecánicos para movilizar enfermos.
- Ropa de cama: sábana bajera a modo de entremetida, sábanas.
- Sillón.
- Trapecio.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la cama en posición adecuada y frenada.
- Proteger vías, drenajes, sondas y otros dispositivos que pueda tener el paciente.
- Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas bruscas.
- Vigilancia del estado general del paciente.
- Dejar al paciente en una postura cómoda y con acceso al timbre y sus objetos personales.
- Retirar el material utilizado.
- Retirase los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar los cuidados realizados en los registros de enfermería.

• **Observaciones:**

- Evitar el dolor, ansiedad y confusión.
- Evitar mantener la presión prolongada sobre la misma zona.
- Cuando el paciente es portador de tracción mecánica:
 1. En las movilizaciones del paciente en cama, una persona debe vigilar los elementos de la tracción para controlar la tensión, evitar desplazamientos, evitar contracciones musculares y mantener el alineamiento del eje de tracción.
 2. Vigilar alteraciones locales de la zona afectada: enrojecimiento, edema, supuración.

6.1.1. Posiciones de los pacientes encamados

• **Definición:**

Conjunto de actividades que se realizan para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• **Objetivos:**

- Colocar al paciente en la posición indicada para conseguir su comodidad, realizar algún cuidado o exploración.
- Prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, trastornos circulatorios, etc).

• **Equipo:**

Ver equipo para la movilización de los pacientes

• **Material:**

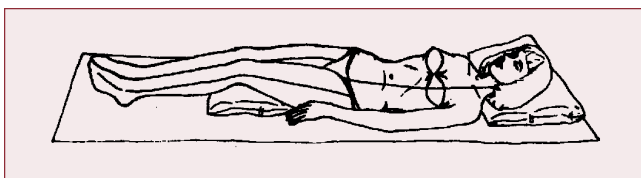
Ver material para la movilización de los pacientes.

• **Procedimiento:**

1. Decúbito supino:

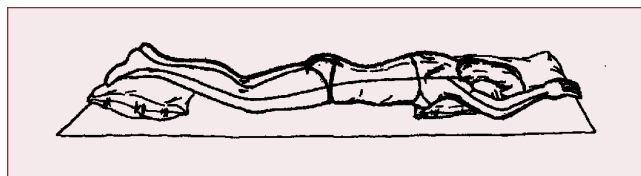
- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándonos que está frenada.
- Colocar al paciente tendido sobre su espalda, con las piernas extendidas y los brazos al lado del cuerpo, guardando el eje longitudinal.
- Colocar la almohada bajo la cabeza, zona lumbar y huecos poplíteos.

- Cuando el paciente se desplace hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera según el procedimiento desplazamientos de los pacientes.
- Acomodar la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.
- Vigilar las zonas del occipucio, omóplatos, codos, sacro, cóxis, talones y dedos de los pies.



2. Decúbito prono:

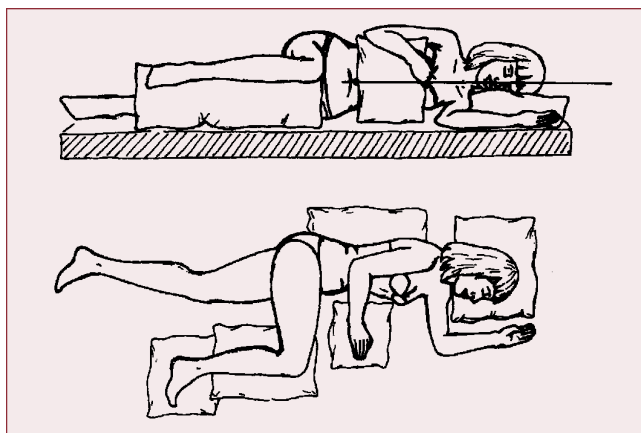
- Seguir normas generales de movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose que está frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre tórax y abdomen.
- Descansar la cabeza sobre una almohada pequeña, evitando una excesiva distensión de la columna vertebral.
- Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen por debajo del diafragma.
- Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
- Colocar una pequeña almohada debajo de la flexura de los pies para elevar los dedos de los pies.
- Vigilar los dedos de los pies, rodillas, genitales en el varón y mamas en la mujer, mejillas y oídos.



3. Decúbito lateral:

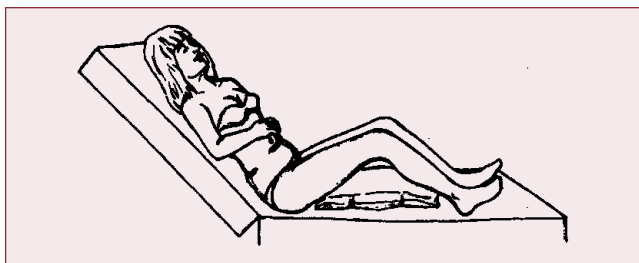
- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo.
- Colocar una almohada bajo la cabeza y cuello.

- Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre la almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior, semiflexionada desde la ingle hasta el pie.
- Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.
- Elevar la cabecera de la cama según las necesidades y seguridad del paciente.
- Vigilar las zonas de las orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maleólos.



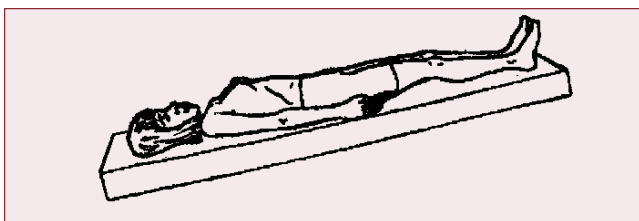
4. Posición de Fowler y semi-fowler:

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Colocar al paciente en decúbito supino.
- Elevar la cabecera de la cama entre 45° y 60°.
- Retirar almohada de la cabeza.
- Colocar una almohada en la zona lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña bajo los tobillos.
- Vigilar las zonas del sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.
- La posición de semi-fowler tiene un grado de inclinación menor de 30°



5. Posición de Trendelemburg:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino inclinando el plano de la cama de tal forma que la cabeza del paciente queda en un plano inferior al de los miembros inferiores.
- La posición antitrendelemburg se inclina el plano de la cama de tal forma que la cabeza queda por encima de los miembros inferiores.
- Vigilar omóplatos, sacro, coxis, talones, dedos de los pies, codos y protección de la cabeza.
- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar aspiraciones en caso de tener vómitos.



6.1.2. Otras posiciones de los pacientes: Sims

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• Objetivo:

Colocar al paciente en la posición indicada para realizarle algún cuidado (administración de enemas, medicación, tactos rectales y extracción de fecalomas.)

• Equipo:

Ver equipo de la movilización del paciente.

• Material:

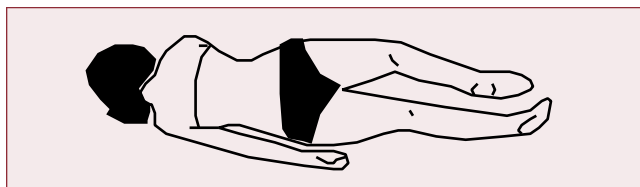
Ver material de la movilización del paciente.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar cama en posición horizontal, asegurándose de que esté frenada.
- Colocar al paciente en posición horizontal descansando sobre el

abdomen.

- Colocar una almohada bajo la cabeza del paciente.
- Colocar una almohada bajo el brazo superior, flexionado, apoyando esté a la altura del hombro.
- Colocar una almohada bajo la pierna superior flexionada, a la altura de la cadera.



6.1.3. Otras posiciones de los pacientes: Posición de litotomía (ginecológica)

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• Objetivo:

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

• Equipo:

- Entremetida.
- Cama articulada o camilla ginecológica
- Almohada.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Retirar ropa interior si la tuviera.
- Colocar la cama en posición horizontal.
- Poner al paciente en posición supino.
- Pedir al paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas.

- Cubrir abdomen y área genital con una entremetida.
- Elevar la cabecera de la cama con una almohada.
- Dejar al paciente con una posición cómoda al finalizar la exploración o técnica.

6.1.4. Otras posiciones de los pacientes: Posición genupectoral

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente que no puede moverse por sí mismo.

• Objetivo:

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

• Equipo:

- Almohada.
- Cama articulada o camilla.
- Entremetida.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Seguir normas generales en la movilización de pacientes.
- Retirar ropa interior del paciente.
- Colocar al paciente de rodillas sobre la cama.
- Hacer descansar el cuerpo del paciente sobre las rodillas y pecho.
- Volver la cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores por encima de la altura de la cabeza flexionándolos a nivel de los codos.
- Cubrir al paciente con la entremetida.
- Dejar al paciente en posición cómoda una vez realizada la exploración o técnica.

6.2. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA LA CABECERA DE LA CAMA

• Definición:

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

- **Objetivo:**

Desplazar al paciente encamado a una posición adecuada para favorecer su bienestar y comodidad.

- **Equipo:**

Ver equipo de la movilización del paciente.

- **Material:**

Ver material de la movilización del paciente.

- **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Cuando el paciente se desplace hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera de la siguiente manera:
 1. Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.
 2. Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.
 3. Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.
- En los pacientes que no puedan colaborar:
 - a) Colocar una sábana doblada a modo de entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos.
 - b) El personal se situará a cada lado del paciente y con la ayuda de la sábana, se desplazará al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando así los movimientos de fricción.
- Subir la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.

6.3. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE DESDE LA CAMA A OTRA CAMA O CAMILLA

- **Definición:**

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

- **Objetivo:**

Desplazar al paciente hacia otra cama o camilla para su transporte hacia exploraciones, pruebas y traslado a otra unidad o hospital, asegurando su comodidad y bienestar.

- **Equipo:**

- Sábanas.
- Almohadas.
- Camilla o cama.

- **Material:**

- Guantes no estériles.
- Registros de enfermería

- **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.

- 4 personas:**

- Colocar la cama o camilla junto a la del paciente.
- Colocar la cama en posición horizontal, cerciorándose de que esté frenada.
- Se colocarán 2 personas al lado de la cama del paciente y otras 2 personas al lado de la camilla o cama.
- Enrollar los extremos de la sábana que está debajo del paciente lo más cerca posible del paciente.
- A la señal convenida elevar ligeramente al paciente a la vez que se desplaza hacia la camilla o cama.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y taparlo.

- 3 personas:**

- Colóquese una persona a la cabecera, otra a los pies y otra en el lado de la camilla o cama.
- Colocar las manos del paciente cruzadas sobre el tórax y los pies también cruzados.
- Coger al paciente por debajo de las axilas y sujétele las muñecas, por los pies, y por la espalda y nalgas.
- A la señal convenida elevar y desplazar hacia la camilla al paciente.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y tapado.

6.4. MOVILIZACIÓN DEL PACIENTE HACIA EL SILLÓN O SILLA DE RUEDAS

- **Definición:**

Conjunto de actividades para movilizar al paciente encamado que no puede moverse por sí mismo.

- **Objetivo:**

Desplazar al paciente de la cama al sillón o silla de ruedas garantizando su seguridad y bienestar.

- **Equipo:**

Ver equipo de la movilización del paciente.

- **Material:**

Ver material de la movilización del paciente.

- **Procedimiento:**

- Seguir normas generales en la movilización del paciente.
- Colocar la cama del paciente en posición horizontal, cerciorándonos de que se encuentra frenada.
- Aproximar el sillón o silla de ruedas a la cama en posición paralela.
- Cubrir el sillón o silla con una sábana
- Retirar las almohadas.
- Colocar al paciente en posición de Fowler.
- Colocar los brazos del paciente cruzados sobre su tórax.
- Si la situación del paciente lo permite, el paciente se ayudará con el triángulo de apoyo del cuadro Balcánico.
- Sujetar al paciente pasando los brazos por debajo de las axilas del paciente.
- Otra persona se colocará frente a la cama delante del sillón cogiéndole las rodillas y tercio inferior de muslos con los antebrazos.
- A la señal convenida levantar al paciente y sentarlo en el sillón.
- Colocar elementos de protección y almohadas de apoyo si fuera preciso.



CAPÍTULO VII

Procedimientos relacionados con la seguridad del paciente

7.1. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.

• Definición:

Conjunto de actividades que planifica la enfermera para pacientes con riesgo de lesiones por caídas.

• Objetivos:

- Prevenir las caídas del paciente hospitalizado.
- Establecer precauciones en pacientes con riesgo de lesión por caídas.
- Educar al paciente y la familia en las medidas de prevención de caídas.

• Pacientes de riesgo:

Se considera anciano de alto riesgo de caídas a las personas mayores de 75 años, o de 70-74 años con uno o más de los siguientes factores: alteración cognitiva, alteración del equilibrio, de la marcha, debilidad muscular, uso de medicamentos psicotropos o cardiológicos (benzodiazepinas, antihipertensivos, etc.) y uso de 4 o más medicamentos.

• Equipo:

- Cama.
- Barras.
- Andadores, muletas, bastones, etc.
- Tijeras.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de caída: si el paciente utiliza correctamente los dispositivos de ayuda, si se han colocado barreras para prevenir las caídas, la altura de la cama si es adecuada, si el paciente está inquieto o agitado, si toma medicamentos que aumenten el riesgo de caídas.
- Bloquear las ruedas de las sillas, camas u otros dispositivos.
- Colocar los objetos al alcance del paciente sin que tenga que hacer esfuerzo.

- Mantener barandillas de la cuna en posición elevada cuando el cuidador no esté presente, si procede.
- Enseñar en la utilización de calzado adecuado y correctamente ajustado, durante su estancia hospitalaria.
- Identificar las características del ambiente (iluminación, tipo de suelo, etc.) que puedan aumentar las posibilidades de caídas.
- Retirar de la habitación del paciente el material que pueda provocar caídas.
- Vigilar la deambulación del paciente y ayudar a la persona inestable.
- Proporcionar dispositivos de ayuda a la deambulación para conseguir una movilidad estable (bastón, muletas, andador, etc.)
- Comprobar que la cama esté frenada.
- Instruir al paciente para que pida ayuda al moverse, si precisa.
- Utilizar las barandillas de la cama, si precisa.
- Mantener medidas de sujeción, si precisa, como última medida.
- Mantener una iluminación adecuada para aumentar la visibilidad.
- Enseñar al paciente a incorporarse de forma progresiva y lenta de la cama.
- Evaluar de forma continua la seguridad del paciente.
- Registrar las medidas tomadas en la documentación de enfermería.

• **Observaciones:**

En la prevención de caídas es fundamental la identificación del paciente de riesgo, así como conocer las causas que las provocan.

7.1.1. Sujeción del paciente

• **Definición:**

Aplicación y control de dispositivos de sujeción mecánica o manual para limitar la movilidad física del paciente.

• **Objetivo:**

Evitar que el paciente se lesione así mismo o a los demás.

• **Equipo:**

- Tijeras.
- Cama articulada.

- **Material:**

- Sujeciones mecánicas.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Trasladar el material a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente y familia de la necesidad de la sujeción y de las conductas necesarias para el cese de la intervención.
- Asignar el personal suficiente para ayudar en la aplicación segura de los dispositivos de sujeción.
- Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.

- **SUJECCIÓN DE EXTREMIDADES:**

1. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con una presión moderada.
2. Fijar las sujeciones fuera del alcance del paciente, no atarlas a la barandilla de la cama.
3. Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción: color, temperatura y sensibilidad de las extremidades sujetadas.
4. Permitir movimiento y ejercicio de acuerdo con el nivel de auto-control, estado y capacidad del paciente.

- **SUJECCIÓN DEL TRONCO:**

1. Sujetar al paciente a nivel de la cintura o del tórax por debajo de las axilas.
 2. Poner la sujeción por encima del pijama del paciente (nunca sobre la piel)
 3. Comprobar el estado de la piel en el punto de sujeción: color, temperatura.
 4. Valorar la respiración del paciente.
- Evaluar a intervalos regulares la necesidad del paciente de continuar con la sujeción.
 - Retirar gradualmente las sujeciones a medida que aumente el auto-control.
 - Valorar la respuesta del paciente al retirar la sujeción.
 - Retirar material.
 - Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: el fundamento de la aplicación de la intervención y las razones del cese si procede.

- **Observaciones:**

- Revisión frecuente de las sujeciones.
- Este procedimiento se debe llevar a cabo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

7.1.2. Cuidados de enfermería en las caídas

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera a un paciente que ha sufrido una caída.

- **Objetivos:**

- Paliar las lesiones sufridas por la caída.
- Administrar los cuidados necesarios según la lesión.

- **Equipo:**

- Equipo necesario según las lesiones.

- **Material:**

- Material adecuado según las lesiones.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Trasladar al paciente a la cama.
- Solicitar ayuda si es necesario.
- Tranquilizar al paciente y familia tras la caída.
- Valorar la existencia de lesiones, y en caso de existir avisar al médico.
- Vigilar el nivel de conciencia.
- Administrar los cuidados necesarios en relación a la lesión provocada.
- Detectar la causa de la caída.
- Planificar los cuidados necesarios para evitar otra caída.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados llevados a cabo.

7.2. PREVENCIÓN DE INFECCIONES

• Definición:

Aplicación de medidas de prevención y detección precoz de la infección, por parte de la enfermera, en un paciente de riesgo.

• Objetivos:

- Minimizar el riesgo de desarrollar una infección nosocomial.
- Educar al paciente y familia en las medidas de prevención de la infección.

• Equipo:

- Equipo necesario según los cuidados que se apliquen.

• Material:

- Material necesario según los cuidados que se apliquen.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Valorar los signos o síntomas de infección.
- Valorar el grado de vulnerabilidad del paciente a las infecciones.
- Limitar el número de visitas si procede.
- Mantener las normas de asepsia en el paciente.
- Aplicar las precauciones de aislamiento, si procede.
- Seguir las precauciones estándar.
- Lavarse las manos antes y después de cada procedimiento.
- Curar las heridas con técnica estéril.
- Valorar el estado de cualquier herida, drenaje o punción.
- Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.
- Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.
- Manipular lo menos posible los sistemas de infusión.
- Fomentar la ingesta nutricional y de líquidos necesarios.
- Facilitar el descanso.
- Mantener la integridad de piel y mucosas.
- Observar si hay cambios en el nivel de vitalidad.
- Instruir al paciente y familia acerca de los signos y síntomas de infección y de cómo evitarla.
- Emplear medidas de limpieza y desinfección del mobiliario y habitación del paciente.
- Los enseres de aseo del paciente serán individuales.

• **Observaciones:**

Informar de la sospecha de infecciones nosocomiales al servicio de Medicina Preventiva.

7.2.1. Precauciones estándar

• **Definición:**

Medidas a adoptar por el personal sanitario ante cualquier paciente hospitalizado, independientemente de la patología que padezca, siempre que vaya a entrar en contacto con sangre o fluidos corporales.

• **Objetivo:**

Prevenir la transmisión de patógenos que se vehiculizan a través de la sangre o fluidos corporales mediante la interposición de barreras adecuadas.

• **Equipo:**

Equipo necesario para aplicar las precauciones.

• **Material:**

- Material necesario para aplicar las precauciones, barreras físicas como: guantes, jabón, antiséptico, mascarillas, batas, calzas y gafas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Informar al paciente y familia de las medidas adoptadas y su fundamento.
- Ponerse guantes siempre que se vaya a entrar en contacto con cualquier mucosa del paciente o fluidos corporales excepto el sudor.
- Retirarse los guantes tras el contacto con un paciente.
- Lavarse las manos antes y después de la asistencia al paciente y al ponerse o quitarse los guantes.
- Utilizar la mascarilla, gafas y bata siempre que exista el riesgo de salpicadura y cambiar inmediatamente si estas se manchan.
- En caso de salpicadura de sangre o fluidos en mucosas lavar abundantemente con suero salino (o en su defecto agua y jabón) y aplicar un antiséptico. Si la salpicadura se produce en los ojos, aplicar un colirio antiséptico.
- Las agujas no deben recapsularse NUNCA ni manipularlas. Tras la

- utilización de cualquier objeto cortante o punzante se depositarán en los contenedores para material punzante y de riesgo biológico.
- Ante una parada cardiorrespiratoria utilizar el ambú en la ventilación del paciente.
 - Las muestras de laboratorio de sangre o líquidos corporales deben remitirse al laboratorio en recipientes cerrados de doble empaquetamiento.
 - Si existe derramamiento de sangre o líquidos corporales sobre la piel del personal (intacta o no): lavar inmediatamente con agua y jabón y uso de antiséptico (clorhexidina y solución yodada)
 - La eliminación de los residuos hospitalarios se hará de acuerdo a la política de gestión de residuos con riesgo biológico.

• **Observaciones:**

- La descontaminación de superficies (verticales y horizontales) contaminadas con sangre o fluidos corporales se realizará inmediatamente con agua y lejía al 1/10

7.2.2. Lavado de manos: higiénico y antiséptico

• **Definición:**

Conjunto de medidas higiénicas que persigue eliminar el mayor número posible de microorganismos patógenos de las manos mediante la técnica de lavado de manos con agua, jabón neutro y antiséptico.

• **Objetivos:**

- Prevenir la propagación y transmisión de microorganismos patógenos.
- Disminuir la flora bacteriana de las manos antes de un procedimiento.

• **Equipo:**

- Lavabo para las manos

• **Material:**

- Agua.
- Jabón neutro y antiséptico.
- Cepillo.
- Toalla a ser posible desechable.

• Procedimiento:

- Iniciar el lavado manual, abriendo el paso del agua.
- Mojarse las manos.
- Enjabonar manos y muñecas por delante y por detrás, insistiendo en los espacios interdigitales unos 20-30 segundos. En el lavado antiséptico 60 segundos.
- Enjuagar manos y muñecas.
- Cerrar el paso del agua con los codos.
- Secar las manos y muñecas con toallas de celulosa y desechar.
- En el lavado antiséptico utilizar jabón antiséptico y hacer más énfasis en uñas y espacios interdigitales.

• Observaciones:

- No utilizar barnices de uñas.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- No aplicar cremas en las manos durante la jornada laboral pues interfieren en la efectividad de las soluciones antisépticas.
- El lavado higiénico está indicado en:
 1. A la llegada y salida de la unidad de trabajo.
 2. Antes y después de la distribución de las comidas y de comer.
 3. Antes y después de extracciones sanguíneas, excepto hemocultivos que es un lavado antiséptico.
 4. Después de manipular objetos en contacto con el paciente.
 5. Antes y después de usar guantes limpios.
 6. Antes y después de preparar la medicación.
 7. Después de hacer uso del wc, estornudar o sonarse la nariz.
 8. Después de usar guantes estériles.
 9. Después de realizar técnicas invasivas.
 10. Después del contacto con secreciones, excreciones y sangre del enfermo.
- El lavado antiséptico está indicado en:
 1. Antes y después de la administración de medicación por vía parenteral, aspiración bronquial, manipulación de catéteres y sondajes.
 2. Antes y después de cambios de apósitos o curas.
 3. Antes del uso de guantes estériles.
 4. Antes y después de cuidar a un paciente con sospecha de infección en áreas de alto riesgo.
 5. En el manejo de enfermos inmunodeprimidos.

7.2.3. Lavado quirúrgico de manos

- **Definición:**

Proceso realizado antes de cualquier intervención quirúrgica para eliminar el mayor número de microorganismos patógenos de manos y antebrazos a través de un lavado mecánico y de desinfección con productos químicos.

- **Objetivos:**

- Disminuir la flora resistente de las manos y antebrazos.
- Prevenir las infecciones nosocomiales.

- **Equipo:**

Lavabo amplio, profundo y con grifo con palanca especial.

- **Material:**

- Agua
- Jabón antiséptico.
- Cepillo estéril.
- Palito de naranjo.
- Gasas, paños y toallas estériles.

- **Procedimiento:**

- Duración del lavado: 6-10 minutos.
- Mantener manos por encima del nivel de los codos en todo el procedimiento.
- Realizar un lavado preliminar con jabón antiséptico y agua tibia, enjabonando manos y brazos hasta 5 cm por debajo de los codos.
- Limpiar bajo las uñas, si precisa, con el palito de naranja.
- Aclarar en profundidad.
- Preparar los cepillos cerca del lavabo, abriendo los paquetes y dejándolos dentro del mismo.
- Coger el cepillo con la mano contraria al brazo que vamos a lavar y cepillar durante 15 segundos uñas, yemas de dedos, espacios interdigitales y resto de los dedos por este orden y frotando con movimientos circulares.
- Hacer lo mismo con la otra mano, cambiando de cepillo.
- Desechar el cepillo y coger otro, pasando a frotar 15 segundos, manos, muñecas, antebrazos y codos hasta 5 cm por debajo, primero con un brazo y luego con el otro.
- Desechar el cepillo y aclarar bien con agua.

- No agitar las manos.
- Mantener manos por encima del nivel de los codos y secar bien con paños estériles, empleando uno para manos y otro para brazos.

- **Observaciones:**

- Prescindir de barniz de uñas.
- Mantener las uñas cortas y limpias.
- No utilizar anillos ni pulseras.

7.2.4. Preparación de un campo estéril

- **Definición:**

Zona claramente delimitada donde se mantienen unas condiciones de asepsia completa y será una zona libre de microorganismos.

- **Objetivo:**

Evitar contaminación del campo para prevenir posibles infecciones en el paciente y posteriores complicaciones.

- **Equipo:**

Equipo estéril: paños, pinzas, mango de bisturí, etc.

- **Material:**

- Material estéril: gasas, compresas, guantes, batas, apósitos, etc.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Lavado antiséptico de manos.
- Informar al paciente de las dimensiones del campo para que evite movimientos bruscos que contaminen el campo.
- Colocar campo estéril: abrir paño estéril con la punta de los dedos tocando sólo las esquinas.
- Colocar bata, mascarilla y guantes (todo estéril)
- Colocar los elementos estériles a utilizar en el campo siguiendo el orden a utilizar.
- Poner pinzas estériles para coger gasas, compresas, etc.

- **Observaciones:**

Evitar derramar líquidos sobre el campo porque puede favorecer la penetrabilidad de gérmenes.

7.2.5. Limpieza del material quirúrgico

- **Definición:**

Conjunto de medidas de limpieza del material quirúrgico encaminadas a preparar dicho material para su posterior utilización o esterilización si procede.

- **Objetivo:**

- Establecer condiciones de asepsia del material quirúrgico.

- **Equipo:**

- Batea.

- **Material:**

- Guantes no estériles.
- Bata.
- Agua.
- Detergente.
- Cepillo o escobilla.
- Solución desinfectante.

- **Procedimiento:**

- Limpiar con agua más detergente todo tipo de material utilizado.
- Utilizar cepillo o escobilla, si procede.
- Aclarar el material con abundante agua.
- Sumergir el material lavado en solución desinfectante unos minutos.
- Volver a aclarar con agua.
- Secar bien el material.
- Reunir el material y realizar el recuento.
- Remitir a la unidad de esterilización.

- **Observaciones:**

- No deberá realizarse un proceso de desinfección o esterilización sin un proceso de limpieza previo.
- Si el material contiene varias piezas, previo a la limpieza habrá de ser desmontado.
- Si el instrumento no se puede limpiar inmediatamente tras su uso, sumergirlo en solución desinfectante hasta la limpieza.

7.2.6. Almacenamiento del material esterilizado

- **Definición:**

Mantenimiento y conservación del material esterilizado.

- **Objetivo:**

Conservar el material esterilizado en condiciones de asepsia para su utilización.

- **Procedimiento:**

- No mezclar objetos metálicos con artículos de ropa.
- Controlar la fecha de caducidad y estado de los envoltorios.
- Colocar el material esterilizado el más antiguo delante.
- Tener los armarios cerrados y libres de humedad.

7.2.7. Precauciones de aislamiento: transmisión aérea, transmisión por gotículas y por contacto

- **Definición:**

Conjunto de medidas que adopta el personal sanitario ante la sospecha clínica o confirmación bacteriológica de la presencia en el paciente de microorganismos patógenos transmisibles por aire, gotículas o contacto.

- **Objetivos:**

- Evitar la transmisión o difusión de la infección desde el paciente infectado a otros pacientes y al personal sanitario, interrumpiendo la cadena epidemiológica.
- Aislar la infección, no así el paciente, y reducir los costes asociados con precauciones de aislamiento innecesarias.

- **Equipo:**

Mesita.

- **Material:**

- Material necesario según el tipo de aislamiento: guantes no estériles, bata, mascarilla, calzas, gorro, carteles indicativos de las precauciones a tomar, etc.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.

- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Informar al paciente y familia del procedimiento a realizar y los motivos.
- Aplicar las precauciones estándar.
- Precauciones de transmisión aérea: diseñadas para reducir el riesgo de transmisión aérea de los agentes infecciosos que se propagan en partículas de menos de 5 micras. Pueden ser dispersadas por las corrientes de aire de la habitación.
 1. Habitación individual: con presión negativa o manteniendo siempre las puertas cerradas.
 2. Protección respiratoria: siempre que se va entrar en la habitación.
 3. Evitar movimientos del paciente fuera de la habitación, pero si fueran necesarios, limitar la dispersión colocándole al paciente una mascarilla.
 4. Eliminación de residuos en bolsa o contenedor identificado.
 5. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.
- Precauciones de transmisión por gotículas: diseñadas para prevenir la propagación de agentes infecciosos que se vehiculizan en gotículas de más de 5 micras y que pueden ser producidas por el paciente cuando tose, estornuda, etc.
 1. Habitación: es recomendable habitación individual. Cuando no se dispone de habitación individual, mantener la separación espacial de al menos un metro entre el paciente infectado y otros pacientes o visitantes. No es necesario sistema especial de ventilación.
 2. Utilizar mascarilla cuando se va a trabajar cerca del paciente.
 3. Evitar movimiento y traslado del paciente fuera de la habitación, pero si fuera necesario limitar la dispersión de gotículas colocándole una mascarilla al paciente.
 4. Eliminar los residuos en bolsas o contenedores identificados.
 5. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.
- Precauciones de transmisión por contacto: diseñadas para pacientes que se sabe o se sospecha que están infectados o colonizados por microorganismos que pueden ser transmitidos por contacto directo del paciente o contacto indirecto con superficies del medio ambiente o utensilios utilizados en el cuidado al paciente.
 1. Recomendada la habitación individual. Cuando no se dispone de

habitación individual consultar con Medicina Preventiva antes de colocar al paciente.

2. Además de llevar guantes en las situaciones que indica las precauciones estándar, deben llevarse puestos cuando se entra en la habitación, en el transcurso de la atención al paciente. Cambiar inmediatamente cuando se entre en contacto con material infectado (materia fecal, drenaje de heridas, etc.). Retirarse los guantes contaminados y lavarse las manos con jabón antiséptico inmediatamente.
3. Bata: siempre que se prevea que la ropa del profesional sanitario pueda entrar en contacto con material infectado.
4. Si el paciente se traslada fuera de la habitación, asegurarse que se mantienen las precauciones para minimizar el riesgo de transmisión de microorganismos a otros pacientes y la contaminación de superficies o equipos sanitarios.
5. Eliminar los residuos en bolsa o contenedores identificados.
6. Aplicar protocolo de limpieza, desinfección y esterilización para material e instrumental de uso del paciente.

• **Observaciones:**

- Poner una mesita auxiliar en la puerta de la habitación o antesala con todo el material necesario para el aislamiento: batas, mascarillas, guantes, calzas, gorros, etc.
- Colocar un cartel en la habitación del paciente informando de las precauciones necesarias que hay que adoptar.

7.3. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

• **Definición:**

Conjunto de cuidados que planifica la enfermera para la prevención de la formación de úlceras por presión (UPP) en un paciente con riesgo de desarrollarlas.

• **Objetivos:**

- Mantener la integridad de la piel.
- Disminuir o eliminar los factores de riesgo que favorecen la aparición de las UPP (presión, humedad, desnutrición, etc.).
- Educar al paciente y familia en las medidas preventivas.

• **Equipo:**

- Almohadas.
- Carro de curas.
- Colchón antiescaras.
- Ropa de cama.
- Equipo necesario para la higiene del paciente en cama.

• **Material:**

- Ver material de higiene del paciente en cama.
- Guantes no estériles.
- Productos hidratantes: vaselina, vaselina líquida
- Protectores locales: apósitos, compresas, esparadrapo, vendas de almohadillar, vendas de crepé.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo de aparición de UPP al ingreso y cada 7 días a través de las escalas según protocolo del centro (Braden, Norton, etc.), en pacientes con alto riesgo se valorará todos los días.
- Vigilar estrechamente cualquier zona enrojecida.
- Realizar higiene diaria con agua y jabón neutro.
- Mantener buena hidratación de la piel.
- Eliminar humedad en la piel causada por transpiración, drenaje heridas, incontinencia fecal o urinaria.
- Realizar masajes en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidas.
- Mantener la ropa de cama limpia, seca y sin arrugas.
- Pautar cambios posturales cada 2-3 horas en pacientes con riesgo.
- Colocar el programa de giros en la cama del paciente.
- Colocar apósitos protectores en zonas de presión y colocar almohadillado en prominencias óseas con riesgo de fricción (talones, codos, etc.)
- Asegurar una nutrición adecuada.
- Registrar en la documentación de enfermería las medidas adoptadas.



7.4. CUIDADOS DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera sobre las úlceras por presión que presenta el paciente para fomentar la regeneración de los tejidos hasta su curación o mejoría.

• Objetivo:

Restablecer la integridad de la piel del paciente.

• Equipo:

- Material de curas: mango bisturí, pinzas de Kocher, pinzas de disección con o sin dientes.
- Paños estériles.

• Material:

- Apósitos estériles.
- Compresas estériles.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Esparadrapo antialérgico.
- Hoja de bisturí del nº 15-21
- Desbridantes.
- Apósitos.
- Suero fisiológico al 0,9%
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el carro de curas y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para curar la úlcera.
- Valorar la úlcera: localización, estadio, tamaño (longitud, amplitud y profundidad), descripción del aspecto, signos de infección o dolor.
- Normas básicas para todas las úlceras por presión:
 1. Aplicar el procedimiento de prevención.
 2. Realizar lavado de manos.

3. Colocarse guantes estériles.
4. Utilizar equipo de curas estéril.
5. Limpiar la herida con suero fisiológico a chorro.
6. Secar la herida sin arrastrar.

- Curar según técnica de cura húmeda.
- Aplicar el tratamiento adecuado al estadio de la úlcera.

Estadio I: fase eritematosa

- Hidratar la piel.
- Colocar apósito protector.
- No masajear la zona enrojecida.

Estadio II: fase escoriativa (*úlcera superficial que afecta a dermis y epidermis con un exudado moderado*)

- Colocar apósito protector absorbente.
- Si hay cavidad: también pasta hidrocoloide.
- Si hay tejido necrótico: desbridar.

Estadio III y IV: fase escoriativa/necrótica (*úlcera que afecta a tejido subcutáneo, muscular y a veces óseo y tendones*)

- Colocar apósito protector absorbente rellenando las 3/4 partes de la cavidad con los productos específicos.
- Retirar el material de relleno de otras curas.
- Si existe mucho exudado, además de lo anterior poner apósito de hidrofibra.
- Si existe tejido necrótico, desbridar.
- Úlceras con mal olor: apósitos de carbón activado.
- Utilizar apósito estéril no transparente.
- No cura oclusiva si la afectación de la úlcera es ósea y tendinal.
- Úlceras infectadas:
 - No usar cura oclusiva.
 - Limpiar la úlcera con suero fisiológico al 0,9% cada 12 horas.
 - Colocar apósito hidrofibra y apósito estéril no transparente.
 - Si no mejora en 10 días, tomar muestra de cultivo de la herida y comunicar al médico por si procede antibioterapia sistémica.

Úlcera con tejido necrótico: tratamiento → desbridamiento

Tipos de desbridamiento:

- Quirúrgico: Técnica y material estéril. Requiere destreza, es rápido y puede resultar doloroso. Recortar por planos y en diferentes sesio-

nes comenzando siempre por el centro de la lesión.

- Enzimático: es más lento, no doloroso y puede llegar a macerar el tejido sano. Se aplica con gasas humedecidas en suero fisiológico (colagenasa)
- Autolítico: apósitos que producen condiciones de cura húmeda. Estos productos reblandecen y separan la necrosis y placas secas absorbiéndolos en la estructura gelatinosa. Es lento, selectivo y no daña el tejido de granulación.
- Se pueden combinar los desbridamientos enzimático y autolítico con el quirúrgico.

Técnica de colocación de los apósitos comerciales tipo hidrocoloides, hidrogeles, etc.

- Aplicar directamente sobre la úlcera dejando un margen de 2-3 cm.
- Cambiar cada 48-72 horas o siempre que el gel rebose por los bordes.
- No retirar precozmente porque destruye el tejido de granulación que se esté formando.
- Reforzar los bordes con esparadrapo.
- Poner fecha de aplicación del apósito.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en registros de enfermería: registrar los cuidados aplicados.

• Observaciones:

- En pacientes con varias úlceras comenzar siempre por la menos contaminada.
- El cambio y frecuencia de curas dependerá del grado de exudado y el estado en que se encuentre el apósito.
- No usar ningún tipo de antiséptico pues destruye el tejido de granulación.



CAPÍTULO VIII

Procedimientos relacionados con el descanso del paciente

8.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA PARA FAVORECER EL DESCANSO DEL PACIENTE

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza el personal de enfermería para fomentar el sueño/vigilia del paciente.

• Objetivos:

- Favorecer el descanso del paciente.
- Enseñar al paciente y familia medidas para fomentar el sueño.

• Equipo:

- Ver equipo del procedimiento higiene del paciente en cama.
- Ver equipo del procedimiento manejo del orinal tipo botella y cuña.
- Ver equipo del procedimiento actuación de enfermería en la prevención de caídas.

• Material:

- Ver material de los procedimientos anteriores.
- Alimentos, infusiones, etc.
- Medicación prescrita.
- Objetos personales.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Incluir el ciclo regular sueño/vigilia del paciente en la planificación de cuidados.
- Observar y registrar el esquema del número de horas de sueño del paciente.
- Crear un ambiente adecuado para el descanso (luz, ruido, temperatura, colchón y cama)
- Facilitar el mantenimiento de las rutinas habituales del paciente a la hora de irse a la cama.
- Ofrecer medidas de comodidad antes de ir a dormir (aseo personal, cambiar ropa de la cama, ayudar en la eliminación urinaria) si procede.
- Evitar la ingesta de alimentos o bebidas que entorpezcan el sueño.

- Ajustar el programa de administración de medicamentos para apoyar el ciclo de sueño/vigilia del paciente.
- Ofrecer infusiones, alimentos o bebidas calientes si precisa.
- Ofrecer sus objetos personales, si precisa.
- Facilitar la comunicación para disminuir miedos, ansiedad.
- Comentar al paciente y familia las medidas de comodidad, técnicas para favorecer el sueño (relajación muscular progresiva, etc.) y cambios en el estilo de vida que contribuyen a un sueño óptimo.
- Proporcionar seguridad al paciente, aplicando el procedimiento de actuación de enfermería ante la prevención de caídas.
- Registrar en la documentación de enfermería: medidas tomadas, motivo, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si el paciente padece insomnio, comunicarlo al médico.
- Estimular la vigilia durante el día para favorecer el descanso nocturno.



CAPÍTULO IX

Procedimientos sobre el control de fármacos

9.1. NORMAS GENERALES EN EL MANEJO DE LA MEDICACIÓN

• Definición:

Facilitar la utilización segura y efectiva de los medicamentos prescritos y de libre dispensación.

• Objetivos:

- Proporcionar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.
- Disminuir el riesgo de reacciones anafilácticas.
- Minimizar los posibles efectos secundarios de la medicación.
- Enseñar al paciente y familia como manejar la medicación que se le ha prescrito.

• Equipo:

Equipo necesario para la preparación y administración de medicación según la vía de administración.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la prescripción.
- Material necesario para preparar y administrar la medicación según el tipo de vía a utilizar.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Comprobar fármaco prescrito, dosis, vía, caducidad del medicamento, nombre del paciente, posibles alergias del paciente y estabilidad del fármaco.
- Preparar la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar identificación del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar la capacidad del paciente para automedicarse.
- Vigilar la eficacia de la modalidad de administración de la medicación.
- Observar los efectos terapéuticos y si hay signos y síntomas de toxicidad de la medicación.

- Observar si se producen efectos adversos derivados de los fármacos.
- Observar si se producen interacciones no terapéuticas por la medicación.
- Revisar al ingreso con el paciente y familia los tipos y dosis de medicación habitual que toma el paciente.
- Facilitar los cambios de medicación con el médico, si procede.
- Enseñar al paciente y familia la acción deseada y los efectos secundarios posibles de los fármacos.
- Determinar el impacto del uso de la medicación en el estilo de vida del paciente.
- Ayudar al paciente y familia a realizar los ajustes necesarios en el estilo de vida asociados a ciertos medicamentos, si procede.
- Conocer si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que pueda tener su uso sobre la medicación.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

9.2. NORMAS GENERALES EN LA ADMINISTRACIÓN DE LA MEDICACIÓN

• Definición:

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

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• Equipo:

Equipo necesario para la preparación y administración de medicación según la vía de administración.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la prescripción.
- Material necesario para preparar y administrar la medicación según el tipo de vía a utilizar.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Verificar la orden médica antes de administrar el fármaco.
- Comprobar que la prescripción médica escrita contiene: nombre del paciente, fecha de la prescripción, nombre y dosis del fármaco a administrar, vía de administración, frecuencia, firma del médico que prescribe. La prescripción médica debe ser clara, ante cualquier duda consultar con el médico.
- Programar los horarios de administración según protocolo conjunto con el servicio de farmacia.
- Comprobar la existencia de alergias, interacciones y contraindicaciones respecto de los medicamentos.
- Preparar la medicación de cada paciente por separado.
- Preparar los medicamentos utilizando el material y técnicas apropiadas para la modalidad de administración de la medicación.
- Verificar el buen estado del medicamento, caducidad e identificación del fármaco.
- Rechazar la medicación abierta y los comprimidos rotos.
- Cuando se trate de medicación parenteral, utilizar agujas distintas en la preparación y en la administración.
- Los viales de múltiples usos (insulinas, etc.) serán desinfectados antes de su uso con antiséptico sobre el tapón.
- Asegurarse de nuevo que la dosis, vía, frecuencia y hora de administración es la correcta.
- Comprobar que el paciente que va a recibir la medicación es el paciente correcto. En niños verificar con los padres la identidad, en pacientes desorientados o inconscientes con el brazalete.
- Preparar la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Administrar la medicación con la técnica y vía adecuada.
- Permanecer con el paciente mientras toma la medicación.
- Instruir al paciente y familia en el manejo de la medicación: dosis, horarios, forma de administración, si procede (medicación oral, tópica, rectal e inhaladores)
- Instruir al paciente y familia acerca de la acción y efectos adversos esperados de la medicación.
- Valorar al paciente por si necesita medicación a demanda.
- Si el paciente rechaza la medicación, anotarlo en la documentación

de enfermería y comunicarlo al médico.

- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente. Firmar en la hoja de administración de medicación con las iniciales de la enfermera.

- **Observaciones:**

- Si el paciente es un niño: mejor utilizar jarabes de sabor dulce que comprimidos. Evitar mezclar los medicamentos con la comida y si el medicamento tiene un sabor extraño decírselo.
- Si el paciente es un anciano pueden presentarse problemas relacionados con los cambios fisiológicos de la edad:
 1. Memoria alterada.
 2. Menor agudeza visual.
 3. Disminución de la función renal: que provoca una eliminación más lenta de los fármacos.
 4. Absorción incompleta.
 5. Aumento de la proporción de grasas en la masa corporal, facilitando la retención de los fármacos liposolubles por que aumenta la toxicidad.
- En situaciones especiales, las órdenes verbales o telefónicas se firmarán por el médico antes de las 24 horas, se registrará por la enfermera en la hoja de cuidados poniendo el nombre del médico que la prescribe y el nombre de la enfermera.
- Verificar que la dosis del fármaco no sobrepase los límites de seguridad.

9.2.1. Administración de medicación por vía oral

- **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía oral y evaluación de la respuesta del paciente.

- **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oral en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

- **Equipo:**

Carro o batea de medicación.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Jeringas dosificadoras.
- Vasos para líquidos.
- Vasitos de unidosis.
- Cañitas flexibles (pajitas).
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales de administración de medicación.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-fowler.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Valorar la capacidad de deglución del paciente. Si está disminuida, valorar otras vías de administración.
- Administrar los medicamentos con el estómago vacío o con comida, si procede.
- Proporcionar al paciente agua u otro líquido para tragar la medicación.
- Asegurarse de que la medicación ha sido ingerida por el paciente.
- Vigilar posibles aspiraciones del paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes, si procede.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Los medicamentos que provocan erosión de la mucosa gástrica se administrarán con las comidas y nunca inmediatamente antes de acostarse.
- Valorar la influencia de los alimentos en la absorción del medicamento.
- Existen varios tipos de presentaciones de los medicamentos por vía oral:

- a) Comprimidos: Preservar de la humedad, luz y aire. Las formas de liberación controlada o los comprimidos con recubrimiento entérico no triturar ni diluir. Los comprimidos efervescentes hay que diluirlos totalmente.
- b) Grageas y cápsulas: No triturar ni retirar la cápsula protectora. No administrar con leche o alcalinos pues disuelven la cobertura protectora. Administrar con estómago vacío y abundante agua para que llegue antes al intestino.
- c) Polvos: una vez disueltos administrarlos.
- d) Jarabes: si se toma con otros medicamentos, tomar el jarabe en último lugar.
- e) Suspensiones: agitar bien antes de administrar y las suspensiones antiácidas no deben diluirse.

9.2.2. Administración de medicación por vía sublingual

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía sublingual y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivos:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía sublingual en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• Equipo:

Carro o batea de medicación.

• Material:

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Jeringas dosificadoras.
- 1 Aguja.
- Vasitos de unidosos.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Colocar al paciente en posición semi-fowler.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Colocar la medicación debajo de la lengua del paciente.
- Indicar al paciente que mantenga la medicación bajo la lengua hasta que se disuelva.
- Vigilar que no se trague ni mastique la medicación.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

9.2.3. Administración de medicación por sonda nasogástrica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por sonda nasogástrica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por sonda nasogástrica en condiciones de seguridad.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Fonendoscopio.
- Pinza de clamp.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- 1 Jeringa de 50 c.c.

- Sonda nasogástrica
- 1 Vaso para líquidos.
- Agua, zumo, etc.
- Vasitos de monodosis.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar (triturar y diluir con agua, 30 c.c. en adultos y 20 c.c. en niños) la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
- Colocar al paciente en posición Fowler o semi-fowler.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Comprobar la colocación y permeabilidad de la sonda con el fonendoscopio.
- Pinzar la sonda y colocar el cono de la jeringa en la conexión de la sonda.
- Lavar la sonda nasogástrica con 10 c.c. de agua.
- Despinzar la sonda y permitir que el agua entre por gravedad, para ello retirar el émbolo de la jeringa.
- Verter el contenido de la medicación en la jeringa dejando que caiga por gravedad.
- Añadir de 10-20 c.c. de agua para lavar la sonda (5-10 c.c. en niños) tras la medicación.
- Si la medicación no pasa por gravedad, se utilizará el émbolo de la jeringa.
- Pinzar la sonda nasogástrica y retirar la jeringa.
- Mantener pinzada la sonda 1 hora para que se absorba la medicación.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En pacientes con nutrición enteral no añadir el medicamento a la fórmula para evitar interacciones.
- En caso de que los medicamentos prescritos no se puedan triturar o diluir por sus características propias, se comunicará al médico para una posible sustitución de la medicación o cambio de vía.
- No administrar los jarabes en bolo en el intestino pues puede ocasionar diarrea osmótica.
- Los lavados de la sonda se deben efectuar con agua tibia para evitar la formación de grumos y posible obstrucción.

9.2.4. Administración de medicación por vía rectal

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía rectal y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía rectal con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Toalla.
- Sábana.
- Ver equipo de higiene de los genitales.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médica de la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Gasas no estériles.
- Jabón neutro.
- Lubricante.
- Ver material de higiene de los genitales.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.

- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar la presencia de estreñimiento, diarrea y la habilidad del paciente para retener supositorio o enema.
- Colocar al paciente en posición Sims.
- Cubrir al paciente y dejar las nalgas del paciente libres.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Examinar el ano y realizar higiene de los genitales, si precisa.
- Lubricar el supositorio o cánula en el extremo.
- Separar las nalgas con la mano no dominante.
- Introducir suavemente el supositorio o cánula a través del ano a la vez que se indica al paciente que respire lenta y profundamente por la boca. Introducir de 2,5 a 5 cm.
- Indicar al paciente que permanezca en posición horizontal o de lado unos 5 minutos y que retenga la medicación unos 20 minutos.
- Limpiar la zona anal con gasas.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Mantener los supositorios en la nevera.
- Los enemas o supositorios laxantes se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- Si se ha de administrar un supositorio de una dosis menor de la presentación, cortar el supositorio de forma longitudinal.

9.2.5. Administración de medicación por vía tópica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía tópica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía tópica con

fines terapéuticos.

- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Toalla.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Gasas no estériles.
- Jabón neutro.
- Aplicador o depresor.
- Vendas.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósitos.
- Esponjas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocarse los guantes.
- Determinar el estado de la piel del paciente en la zona donde se aplicará la medicación.
- Retirar los restos de medicación y limpiar la piel con agua jabonosa, aclarar y secar sin friccionar.
- Aplicar el fármaco tópico según esté prescrito.
- Extenderlo sobre la superficie cutánea afectada en la dirección del vello para prevenir la irritación de los folículos pilosos.
- Aplicar parches transdérmicos en zonas de piel sin vello.
- En el caso de medicación en aerosol, ver la distancia a la que hay que pulverizar, agitar y dejar secar.
- Cubrir la zona con vendaje y apósito si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.

- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si la piel de la zona de aplicación está intacta se usará guantes desechables, pero si existe rotura de la integridad de la piel, el procedimiento se realizará mediante técnica estéril.
- Los parches transdérmicos hay que administrarlos siempre a la misma hora y alternando las zonas de aplicación par evitar la irritación cutánea.

9.2.6. Administración de medicación por vía oftálmica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía oftálmica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía oftálmica con fines terapéuticos y diagnósticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa para residuos.
- Jeringa.
- Suero salino fisiológico.
- Apósitos.
- Ver material del procedimiento de lavado de los ojos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósitos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación y trasladarla a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar al paciente y familia su colaboración.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Utilizar de forma individualizada todo fármaco oftálmico etiquetando el envase con el nombre del paciente y fecha de apertura. Utilizar un frasco para cada ojo.
- Colocar al paciente en posición supina o sentado con la cabeza inclinada hacia atrás (si se aplica pomada) y de lado si es colirio.
- Indicar al paciente que mire hacia arriba.
- Realizar higiene de los ojos.
- Desechar la primera gota antes de instilar el tratamiento.
- Instilar la medicación en el saco conjuntival.
- Aplicar el medicamento:
 - a) Colirio: instilar el número de gotas prescrito e indicar al paciente que cierre los ojos.
 - b) Pomada: aplicar un cordón fino de pomada sobre la conjuntiva a lo largo del borde interno del párpado inferior, desde el ángulo interno al externo. Indicar al paciente que mantenga el ojo cerrado.
- Limpiar el exceso de medicación y de secreciones con una gasa estéril desde el ángulo interno al externo.
- Colocar apósito oftálmico si precisa.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

El fármaco debe estar a temperatura ambiente antes de su administración.



9.2.7. Administración de medicación por vía ótica

- **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía ótica y evaluación de la respuesta del paciente.

- **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía ótica con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

- **Equipo:**

- Batea.

- **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa para residuos.
- Suero salino fisiológico.
- Torundas de algodón.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición decúbito lateral con el oído afecto al descubierto, siempre que sea posible.
- Poner recto el canal auditivo tirando del pabellón auricular hacia atrás y afuera.
- Limpiar suavemente con una torunda de algodón empapada en suero fisiológico la parte más externa del canal auditivo.
- Instilar las gotas prescritas a la temperatura corporal, colocando el cuentagotas a 1 cm sobre el canal auditivo.
- Indicar al paciente que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos.

- Realizar una suave presión o masajear el oído con el dedo.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

El fármaco debe estar a temperatura corporal de lo contrario podría provocar vértigo.

9.2.8. Administración de medicación por vía inhalatoria

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía inhalatoria y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivos:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía inhalatoria con fines terapéuticos.
- Humidificar la vía aérea.
- Educar al paciente y familia en el uso y manejo de los inhaladores

• **Equipo:**

- Batea.
- Toma de oxígeno de pared.
- Caudalímetro.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Suero salino fisiológico.
- 1 Mascarilla de oxígeno
- 1 Jeringa.
- Nebulizador.
- Bolsa de residuos.
- 1 Cámara de inhalador.

- 1 Vaso.
- Antiséptico bucal o bicarbonato sódico diluido en agua.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición Fowler.

- Si es un nebulizador de pequeño volumen (aerosolterapia):

- a) Diluir el fármaco en 3-4 ml de suero fisiológico.
- b) Ajustar la mascarilla a la boca-nariz o estoma (si está traqueostomizado) del paciente.
- c) Conectar cazoleta nebulizadora a la toma de oxígeno.
- d) Introducir medicación en la cazoleta.
- e) Conectar el oxígeno a 6-8 l/min.
- f) Comprobar la correcta salida de vaho por la mascarilla.
- g) Mantener la mascarilla de 10-15 minutos.
- h) Explicar al paciente que realice inspiraciones profundas manteniendo la respiración unos 2 segundos.
- i) Retirar la mascarilla y limpiarla.
- j) Cambiar a diario el equipo nebulizador.
- k) Limpiar la piel facial o la zona de alrededor del estoma del paciente.
- l) Realizar higiene bucal del paciente con antiséptico bucal.

- Si son inhaladores:

- a) Agitar el inhalador para mezclar su contenido.
- b) Destapar el inhalador y prepararlo para su utilización.
- c) Pedirle al paciente que realice una inspiración profunda.
- d) *Inhalador presurizado:* inhaladores de dosis controladas:
 - Colocar el inhalador en posición invertida.
 - Colocar la boquilla del cartucho en la boca, sellando los labios alrededor de ella sin interponer los dientes. En caso de ser un paciente traqueostomizado se conectará al dispositivo de plástico que une la traqueostomía o tubo endotraqueal y realizar las inhalaciones.

- Indicar al paciente que incline ligeramente la cabeza hacia atrás.
- Inspirar lenta y profundamente por la boca a la vez que se presiona una sola vez el inhalador.
- El paciente deberá seguir tomando aire lenta y profundamente hasta llenar los pulmones.
- Retirar el inhalador de la boca y mantener la respiración unos 10 segundos.
- Si se ha de administrar más dosis del mismo aerosol o de otro, esperar un mínimo de 20 a 30 segundos entre cada toma.
- Si se utiliza cámara: acoplar el cartucho en el orificio de la cámara, colocar la boquilla de la cámara totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor. Efectuar una pulsación del dosificador y pedir al paciente que realice una inspiración profunda del aire de la cámara. Retirar la cámara de la boca y mantener la respiración 10 segundos. Indicar al paciente que realice otra inspiración profunda para aprovechar la dosis administrada.

e) *Dispositivos de polvo seco*: se pueden dividir en:

- Sistema turbuhaler: girar la rosca de la parte inferior en sentido contrario a las agujas del reloj. Volver a girar en sentido a favor de las agujas del reloj (se oirá un clic). Colocar la boquilla entre los dientes y cerrar los labios sobre la misma. Aspirar energicamente. Si se ha de repetir dosis esperar 30 segundos.
 - Sistema accuhaler: deslizar el protector de la pieza bucal, pulsar el gatillo lateral hacia abajo y a tope. Colocar los labios alrededor de la pieza bucal. Aspirar profundamente.
-
- Indicar al paciente que se enjuague la boca y haga gargarismos con bicarbonato sódico o antiséptico bucal diluido en agua, sobre todo si el inhalador contiene corticoides.
 - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
 - Recoger el material.
 - Retirarse los guantes.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- La boquilla del inhalador se debe limpiar todos los días con agua y jabón.
- Cuando se utilice más de un inhalador, utilizar primero el broncodilatador dejando para el final los corticoides.
- Enseñar al paciente y familia la técnica de autoadministración.
- En neonatos con oxígeno en carpa, se fijará el nebulizador sin la mascarilla en el interior de la carpa.

9.2.9. Administración de medicación por vía nasal

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía nasal y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía nasal con fines terapéuticos.
- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Suero salino fisiológico.
- 1 Jeringa de 2-5 c.c.
- Bolsa de residuos.
- Gasas estériles.
- Toallitas de papel.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes no estériles.

- Indicar al paciente que se suene la nariz antes de la aplicación del medicamento, si no está contraindicado.
- Administración de gotas:
 - a) Colocar al paciente en posición decúbito supino con la cabeza inclinada hacia atrás.
 - b) Sujetar la cabeza del enfermo con la mano no dominante y abrir los orificios nasales presionando con suavidad sobre la punta de la nariz.
 - c) Introducir el cuentagotas 1 cm sin tocar la nariz e instilar las gotas prescritas.
 - d) Mantener la cabeza del paciente en hiperextensión unos minutos.
 - e) Ofrecer toallitas de papel para que se retire los restos de medicación sin sonarse.
- Nebulizador nasal:
 - a) Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado.
 - b) Introducir el cartucho de medicación en la narina, mientras se sella la otra con un dedo.
 - c) Comprimir el envase con los dedos para expulsar la medicación y pedir al paciente que lo inhale al mismo tiempo.
 - d) Mantener la cabeza del paciente inclinada hacia atrás unos minutos.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

9.2.10. Administración de medicación por vía vaginal

• Definición:

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía vaginal y evaluación de la respuesta del paciente.

• Objetivo:

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía vaginal con fines terapéuticos.

- Educar al paciente y familia en el régimen terapéutico.

- **Equipo:**

- Batea.
- Cuña.
- Toalla.
- Equipo de higiene de los genitales.

- **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Compresas.
- Esponjas.
- Jabón neutro.
- Lubricante.
- Bolsa de residuos.
- Gasas estériles.
- Material de higiene de los genitales.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición de litotomía.
- Ponerle la cuña.
- Examinar estado del periné, genitales externos y canal vaginal.
- Realizar higiene de los genitales.
- Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.
- *Administración de óvulos:* 1. Sacar el óvulo del envoltorio. 2. Introducir el óvulo lubricado por la parte redondeada en el canal vaginal metiendo el dedo en su totalidad (8-10 cm)
- *Administración de cremas o pomadas:* 1. Rellenar el aplicador con la crema o pomada. 2. Introducir el aplicador de 5-7 cm dentro del canal vaginal. 3. Empujar émbolo del aplicador para introducir la medicación. 4. Retirar el aplicador. 5. Limpiar restos que hayan

- quedado en los labios mayores con una gasa.
- Retirar la cuña y poner una compresa a la paciente.
 - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
 - Recoger el material.
 - Retirarse los guantes.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

Indicar a la paciente que se mantenga acostada 5 minutos tras la administración del medicamento.

9.2.11. Administración de medicación por vía intradérmica

• **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intradérmica y evaluación de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intradérmica con fines diagnósticos.

• **Equipo:**

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- 1 Aguja intradérmica.
- 1 Jeringa de hipodérmica.
- Torunda algodón.
- Antiséptico incoloro.
- Rotulador
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial) y trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o sentado con el codo y el antebrazo extendidos y apoyados en una superficie plana.
- Seleccionar zona de punción y examinar la piel por si hay contusiones, edemas, lesiones. Se utiliza la cara anterior del antebrazo. En niños cara medial del muslo.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico incoloro. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.
- Insertar la aguja de forma que el bisel quede hacia arriba con un ángulo de 5-15°.
- Avanzar la aguja a través de la piel del paciente aproximadamente 3mm.
- Inyectar la medicación lentamente hasta formar una vesícula.
- Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.
- No frotar ni dar masaje en la zona.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material punzante y depositarlo en el contenedor destinado a tal fin.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Se utiliza para el test de la tuberculina (Mantoux) y para la realización de pruebas de alergia. Se administran pequeñas cantidades (0.01-0.1 ml)

9.2.12. Administración de medicación por vía subcutánea

- **Definición:**

Preparación y administración de medicamentos prescritos por vía subcutánea y evaluación de la respuesta del paciente.

- **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía subcutánea con fines terapéuticos.

- **Equipo:**

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- Medicación prescrita.
- Guantes desechables.
- Aguja subcutánea.
- 1 Jeringa de 1 o 2 ml.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Rotulador.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

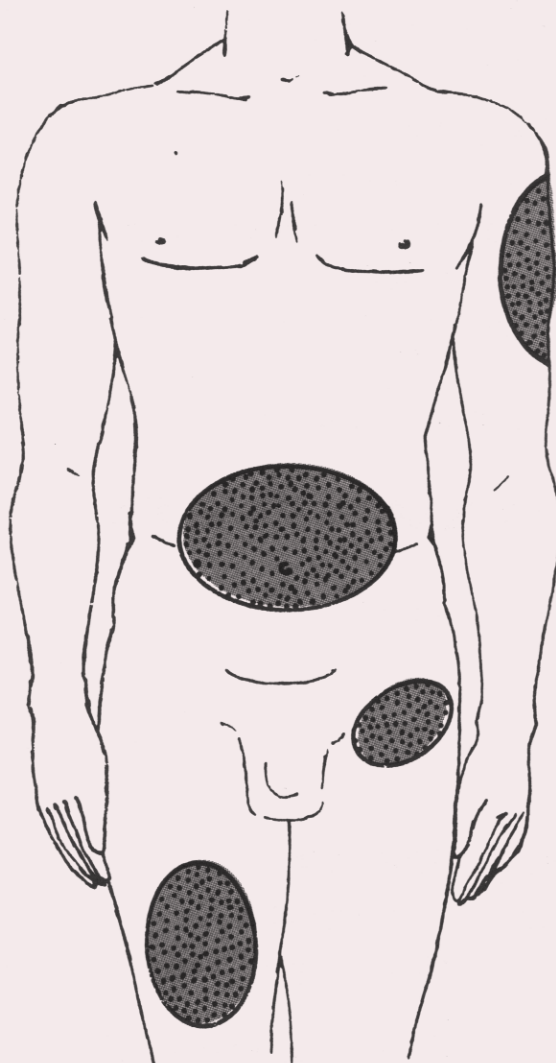
- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial) y trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Elegir el lugar de punción.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido.
- Valorar la zona de punción por si hay contusiones, edemas, lesiones, abrasiones o infecciones.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.

- Formar un pliegue cutáneo con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante.
- Sostener jeringa con mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba con un ángulo de 45-90°.
- Aspirar para comprobar que no estamos en vía venosa e inyectar lentamente (si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja y desechar jeringa y medicación. Repetir el procedimiento)
- Se recomienda no aspirar al administrar heparina.
- Retirar la aguja y aplicar una suave presión sobre la zona de punción (sin fricción).
- *Administración de Heparina Cálcula:*
 - a) Seleccionar punto de punción en el abdomen del paciente, por encima del nivel de la espina ilíaca anterior.
 - b) Pellizcar un pliegue de 1,5 cm y clavar la aguja en él formando un ángulo de 90°, no soltar el pellizco hasta extraer la aguja.
 - c) No aspirar ni aplicar masaje tras la inyección, pues puede originar hematoma.
 - d) En jeringas precargadas no eliminar la burbuja de aire.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor.
- Recoger el resto de material.
- Retirarse los guantes.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Alternar zonas de punción para evitar atrofia del tejido subcutáneo y abscesos. Las zonas más frecuentes son: abdomen, parte externa brazos, parte externa muslos y glúteos.
- Cuando en la administración de insulina se utilicen dos preparados se cargará primero la insulina rápida. Se debe administrar la mezcla antes de 5 minutos pues la insulina lenta disminuye la acción de la rápida.

PUNCIÓN INTRADÉRMICA Y SUBCUTÁNEA



9.2.13. Administración de medicación por vía intramuscular

- **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intramuscular y evaluación de la respuesta del paciente.

- **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intramuscular con fines terapéuticos.

- **Equipo:**

- Batea.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- 1 Aguja intramuscular de 40 x 0.8.
- 1 Jeringa.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación (preparar correctamente la dosis a partir de una ampolla o vial) y trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración que posee el paciente.
- Colocarse los guantes.
- Elegir el lugar de inyección.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido: decúbito lateral derecho o izquierdo si se inyecta en glúteo, decúbito supino si se inyecta en muslo.
- Limpiar la zona con algodón impregnado en antiséptico. Realizar movimientos circulares una zona de 5 cm de dentro hacia afuera.
- Dejar secar el antiséptico.
- Insertar la aguja perpendicular a la piel con un ángulo de 90° en un

movimiento rápido y seguro. La técnica se puede realizar mediante dos sistemas:

a) abierto: jeringa y agujas separadas.

b) Cerrado: jeringa y aguja conectadas.

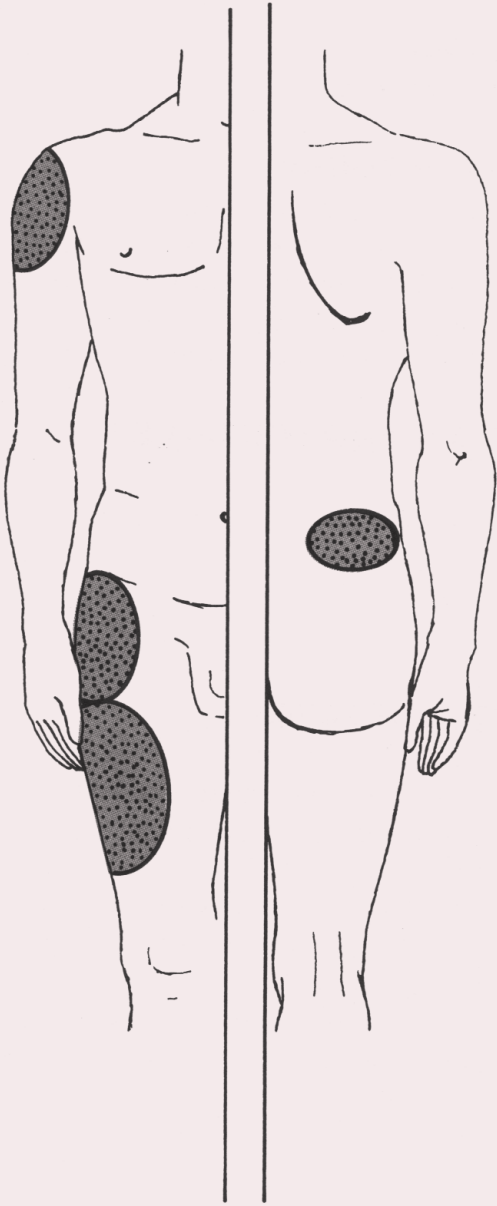
- Aspirar para comprobar que no estamos en vía venosa e inyectar lentamente (si al aspirar refluye sangre, retirar la aguja o buscar otro plano)
- Retirar la aguja evitando desplazamientos laterales y aplicar ligero masaje para ayudar a la distribución del fármaco.
- Controlar si el paciente presenta dolor agudo en el lugar de inyección o alteraciones sensoriales o motoras en el lugar de inyección o fuera de él.
- Si el medicamento a inyectar es irritativo o puede teñir la piel, se utiliza la técnica en Z:
 1. Realizar un desplazamiento del tejido subcutáneo y de la piel que hay sobre el músculo, antes de la inyección.
 2. Una vez inyectado el fármaco, antes de retirar la aguja se esperará 10 segundos.
 3. Una vez retirada la aguja soltar el tejido desplazado.
 4. No masajear el punto de punción.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Las zonas de punción son:
 1. Músculo glúteo mayor (adultos).....0.1 a 5 ml.
 2. Músculo vasto lateral externo (adultos).....0.1 a 5 ml.
 3. Músculo vasto lateral externo (niños) 0.1 a 1 ml.
 4. Músculo deltoides (adultos).....0.1 a 2 ml.
 5. Músculo ventroglúteo (> 7 meses).....0.1 a 5 ml.
- La vía intramuscular está contraindicada en la administración de tratamientos anticoagulantes y adrenalina por su efecto irritante.



ZONAS PARA LA ADMINISTRACIÓN DE INYECTABLES
POR VIA INTRAMUSCULAR



9.2.14. Administración de medicación por vía intravenosa

- **Definición:**

Preparación y aporte de medicamentos prescritos por vía intravenosa y evaluación de la respuesta del paciente. Se utiliza cuando se necesita una acción rápida.

- **Objetivo:**

- Administrar la medicación prescrita al paciente por vía intravenosa con fines terapéuticos y diagnósticos.

- **Equipo:**

- Batea.
- Soporte suero.
- Compresor.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- Medicación prescrita.
- Hoja de tratamiento médico con la medicación prescrita.
- Guantes desechables no estériles.
- Guantes estériles.
- Apósitos.
- Equipo inyector de suero.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Obturador.
- 1 Aguja intravenosa 25 x 0.9-0.8.
- 1 Jeringa.
- Torunda de algodón.
- Antiséptico.
- Etiqueta identificativa de la medicación.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparar la medicación: preparar la concentración de medicación intravenosa a partir de una ampolla o vial. Mantener asepsia, se desinfectará con solución antiséptica el tapón del vial antes de la

carga.

- Trasladarla a la habitación del paciente.
- Determinar el conocimiento sobre la medicación y la comprensión del método de administración del paciente.
- Colocar al paciente en posición cómoda según el lugar de inyección elegido: decúbito supino, generalmente.
- Colocarse los guantes estériles.

- *Administración de medicación intravenosa en bolo:* dependiendo del tiempo de duración se denomina bolus si es inferior a un minuto e intravenosa lenta si es más 2-5 minutos.

a) Inyección directa:

1. Localizar zona de punción (preferentemente fosa antecubital) escoger la vena de mayor calibre.
2. Colocar compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción.
3. Aplicar antiséptico y dejar que se seque.
4. Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa con un ángulo de 30° con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena.
5. Comprobar que la aguja está en vena aspirando, si fluye sangre hacia la jeringa es correcto.
6. Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente.
7. Retirar aguja y jeringa y aplicar presión en el lugar de punción con gasa estéril unos 3 minutos.
8. Colocar apósito en el lugar de punción.

b) A través de una vía canalizada:

1. *Si hay llave de 3 pasos:*

- Retirar tapón.
- Limpiar la entrada de la llave con antiséptico.
- Insertar jeringa y girar la llave en la posición para introducir medicación.
- Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.
- Administrar la medicación lentamente.
- Limpiar el catéter con 2-3 ml de suero fisiológico que estará preparado en otra jeringa.
- Girar la llave a su posición inicial, retirar jeringa y volver a colocar tapón nuevo.

- *Administración de medicación IV en perfusión intermitente:*
 1. Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.
 2. La duración de la administración oscila entre 15 minutos y varias horas.
 3. Perforar el recipiente de medicación con un equipo de suero.
 4. Administrar la medicación al ritmo prescrito.
 5. Retirar sistema una vez administrada la medicación.
- *Administración de medicación IV en perfusión continua:* el tiempo de infusión es continuo, se utiliza sueros de gran volumen como diluyentes y bombas de infusión.
- Valorar la respuesta del paciente a la medicación y la aparición de posibles reacciones adversas.
- Vigilar la zona de punción IV por si se produce infiltración o flebitis.
- Desechar la aguja y jeringa en el contenedor.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar: la medicación administrada, dosis, vía, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En caso de obstrucción no irrigar la vía para evitar embolias o infecciones.
- Evitar mezclas múltiples y si las hay verificar que no existen interacciones.
- Las mezclas de medicación se harán con técnica aséptica.
- Vigilar diariamente la zona de punción por si aparece flebitis, inflamación, infiltración, hematomas, etc.
- En pacientes pediátricos el volumen del diluyente oscilará entre 5-50 c.c. dependiendo de la edad y el peso.
- Evitar administrar conjuntamente con medicación: hemoderivados, nutrición parenteral total, soluciones de bicarbonato y drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina, etc.)
- Los signos y síntomas de reacción anafiláctica son: picor, erupción cutánea, dificultad para respirar, edema generalizado, aumento de la tensión arterial y frecuencia cardiaca, rubor facial, dolor de cabeza, opresión torácica, disminución de la conciencia, shock y paro cardíaco.

9.3. ADMINISTRACIÓN DE FLUIDOTERAPIA

- **Definición:**

Preparación y aporte de líquidos intravenosos prescritos.

- **Objetivo:**

Administrar líquidos intravenosos a fin de conseguir un efecto terapéutico sobre los compartimentos LIC(líquido intracelular) y LEC (líquido extracelular).

- **Equipo:**

- Batea.
- Bomba de perfusión (opcional)
- Soporte de suero.

- **Material:**

- Agujas.
- Jeringas.
- Fluidoterapia prescrita.
- Alargadera con llave de 3 pasos.
- Contenedor de material punzante.
- Material de la bomba de perfusión.
- Sistema de gotero.
- Esparadrapo.
- Apósito fijador estéril.
- Guantes estériles.
- Regulador de flujo.
- Etiquetas identificativas del medicamento.
- Solución antiséptica.
- Microgoteros.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Preparación de material:
 - a) Realizar la mezcla de medicación con la solución IV de forma aséptica.
 - b) Comprobar color y claridad de la mezcla.
 - c) Etiquetar la mezcla: nombre paciente, medicación, hora de

comienzo y fin.

- d) Abrir equipo de infusión en condiciones de esterilidad.
- e) Quitar la cubierta protectora del equipo de infusión e insertar el extremo proximal dentro del frasco de infusión con el sistema cerrado.
- f) Comprimir la cámara de goteo para que se llene de solución entre 1/3 y la mitad de su capacidad.
- g) Abrir el sistema (pinza) lentamente para purgar todo el aire del sistema.
- h) Conectar al extremo distal del sistema el regulador de flujo y alargadera con llave de 3 pasos.

- Trasladar el material a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración.
- Canalizar vía venosa, si no la hubiera.
- Conectar el extremo distal del equipo del catéter de forma aséptica.
- Abrir el sistema y valorar la permeabilidad del catéter.
- Ajustar el ritmo de goteo según la frecuencia de administración.
- Fijar el sistema de gotero con esparadrapo para evitar tirones.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, fecha y hora inicio, volumen administrado, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Para perfundir líquidos con la máxima precisión se utilizará bombas de perfusión volumétricas.

9.4. ADMINISTRACIÓN DE PRODUCTOS SANGUÍNEOS

• **Definición:**

Aporte de hemoderivados y monitorización de la respuesta del paciente.

• **Objetivo:**

Administrar hemoderivados a fin de reponer la volemia, evitar el shock hemorrágico, aumentar la capacidad de transporte de oxígeno de la sangre y reponer las plaquetas o los factores de coagulación para reponer la hemostasia.

• **Equipo:**

- Batea.
- Soporte de suero.

• **Material:**

- Hoja de tratamiento médico con el hemoderivado prescrito.
- Hemoderivado prescrito.
- Equipos de infusión para la transfusión
- Presurizador.
- Contenedor de material punzante.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Verificar las órdenes del médico y que el hemoderivado corresponde al prescrito.
- Verificar nombre y apellidos del paciente, grupo sanguíneo, Rh y número de unidades a transfundir.
- Comprobar que se han realizado las pruebas cruzadas y que existe concordancia. Comprobar todos estos datos tanto en la historia del paciente, la documentación de banco de sangre y en las propias bolsas de hemoderivados.
- Inspeccionar la sangre en busca de alteraciones, si existe cualquier anomalía llamar a banco de sangre.
- Realizar lavado de manos.
- Seguir normas generales en la administración de medicación.
- Enseñar al paciente y familia signos y síntomas de las reacciones adversas a la transfusión.
- Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada para la transfusión.

- Tomar constantes vitales antes de comenzar la transfusión (TA, FC, FR y temperatura corporal)
- Comprobar que la vía venosa es permeable y de un calibre adecuado para la transfusión. Canalizar nueva vía si no la hubiera o no fuera adecuada.
- La temperatura del producto a transfundir ha de ser similar a la temperatura ambiente.
- Insertar el sistema a la bolsa del hemoderivado y purgar.
- Conectar el extremo distal del sistema al catéter IV de forma aséptica y fijar con esparadrapo.
- Ajustar el ritmo de goteo y vigilar durante la transfusión. El tiempo de administración de una unidad no debe superar las 4 horas.
- Permanecer junto al paciente durante los primeros 15 minutos desde el comienzo de la transfusión, observándolo para detectar posibles reacciones transfusionales.
- Volver a tomar las constantes vitales a los 15 minutos y al final de la transfusión.
- Suspender inmediatamente la transfusión ante cualquier reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea y avisar al médico.
- Administrar suero fisiológico cuando termine la transfusión.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, tipo de hemoderivado y unidades, fecha y hora inicio, volumen administrado, incidencias y la respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- No inyectar jamás fármacos en la bolsa de sangre, sólo puede administrarse a la vez suero fisiológico. Si fuera necesario administrar alguna medicación lavar con suero fisiológico la vía antes y después de la administración del medicamento.
- Cuando se transfunde cualquier hemoderivado se ha de cambiar el sistema con cada unidad.
- Si se produce una reacción transfusional:
 1. Interrumpir la transfusión.
 2. Avisar al médico.
 3. Valorar al paciente. Controlar sus constantes, diuresis y esfuerzo



respiratorio.

4. Retirar equipo de infusión y hemoderivado, guardar para enviar a banco de sangre más tarde.
5. Mantener una vía permeable con perfusión de suero salino fisiológico.
6. Notificar la reacción a banco de sangre.
7. Registrar todo lo ocurrido.

9.5. EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE EL RÉGIMEN TERAPÉUTICO A SEGUIR POR EL PACIENTE EN SU DOMICILIO.

• Definición:

Formación de un paciente y su familia antes del alta hospitalaria, para que tome de forma segura y eficaz los medicamentos prescritos en su domicilio.

• Objetivos:

- Enseñar al paciente y familia la autoadministración de los fármacos de forma segura y eficaz.
- Conseguir el cumplimiento del régimen terapéutico por parte del paciente.
- Evitar los efectos adversos de la medicación debidos a errores en las dosis o forma de administrar.

• Equipo:

Información escrita.

• Material:

- Informe de alta de enfermería y médico.

• Procedimiento:

- Enseñar al paciente y familia a reconocer las características propias de cada medicamento.
- Informar al paciente y familia tanto del nombre genérico del medicamento como del comercial.
- Informar al paciente y familia de la acción de cada medicamento, la dosis, vía y duración de los efectos de cada medicación.
- Instruir al paciente y familia sobre la forma de administración.
- Evaluar las habilidades del paciente y familia para administrarse los

medicamentos.

- Informar al paciente y familia sobre que hacer si se salta una dosis o en que casos puede decidir alterar el horario o la dosis.
- Informar sobre las consecuencias de no tomar o suspender de forma brusca la medicación.
- Informar al paciente y familia sobre las interacciones de los fármacos con las comidas, sobre los posibles efectos secundarios adversos y como prevenirlos o aliviarlos.
- Enseñar al paciente y familia como debe almacenar los medicamentos.
- Ayudar al paciente a desarrollar un horario de medicación escrito.
- Asegurarse de que el paciente y familia se va de alta con el informe de enfermería y el médico.



CAPÍTULO X

Procedimientos sobre el control de las heridas

10.1. VIGILANCIA DE LA PIEL

• Definición:

Recogida y análisis de datos del paciente con el propósito de mantener la integridad de la piel y membranas mucosas.

• Objetivos:

- Mantener la integridad de la piel y membranas.
- Prevenir infecciones en las heridas.
- Educar al paciente y familia en los signos y síntomas de alarma.

• Equipo:

Guía de cumplimentación de la hoja de valoración de enfermería.

• Material:

- Hoja de valoración de enfermería.
- Hoja de planificación de cuidados de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Inspeccionar el estado del sitio de la incisión o herida, si procede.
- Observar su color, calor, pulsos, textura, si hay inflamación, edema y ulceraciones en las extremidades.
- Observar si hay enrojecimiento, calor extremo y pérdida de la integridad de la piel, erupciones y abrasiones.
- Observar si hay fuentes de presión y fricción.
- Observar si hay infecciones.
- Observar si hay excesiva humedad o sequedad en la piel.
- Vigilar color de la piel.
- Comprobar temperatura de la piel.
- Instaurar las medidas apropiadas para evitar mayor deterioro.
- Instruir al paciente y familia sobre signos de pérdida de la integridad de la piel.
- Registrar en la documentación de enfermería: valoración de la piel, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

10.2. NORMAS GENERALES EN EL CUIDADO DE LAS HERIDAS

• Definición:

Conjunto de actividades que aplica la enfermera para la estimulación de la curación de las heridas.

• Objetivo:

Prevención de las complicaciones de las heridas: hemorragia, infección, dehiscencia y eventración.

• Equipo:

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

• Material:

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Empapador.
- Hilo de sutura.
- Puntos aproximación adhesivos.
- Hoja de bisturí.
- Solución antiséptica.
- Jabón antiséptico.
- Suero fisiológico.
- Agua oxigenada.
- Apósitos estériles.
- Vendas.
- Bolsa para residuos.
- Cremas, pomadas, geles, etc.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar el empapador debajo de la zona de la herida.
- Retirar el apósito.
- Retirar guantes.
- Colocarse guantes estériles.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos.
- Limpiar con jabón antiséptico.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar antiséptico, ungüento según proceda.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar apósito adecuado y fijarlo.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características de la herida, valoración de la herida, fecha y hora y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Máxima asepsia.
- Comparar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Si se aplican pomadas desecar la primera porción de la pomada.

10.2.1. Cuidados heridas mediante técnica cura seca

• **Definición:**

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

• **Objetivos:**

- Facilitar la cicatrización de la herida.
- Prevenir las infecciones.

- Educar al paciente y familia en las medidas de protección de la herida.

- **Equipo:**

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

- **Material:**

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Empapador.
- Hoja de bisturí.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Puntos aproximación adhesivos.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Vendas.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar empapador debajo de la zona a curar.
- Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si esta muy adherido.
- Inspeccionar el sitio de incisión o herida por si presenta enrojecimiento, inflamación, signos de dehiscencia, evisceración o exudado.

- Vigilar el proceso de curación.
- Retirar guantes.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar puntos de aproximación adhesivos, si procede.
- Aplicar antiséptico.
- Retirar suturas si está indicado.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Aplicar apósito adecuado y fijarlo.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la incisión durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente a minimizar la tensión en el sitio de incisión.
- Enseñar al paciente y familia a cuidar la incisión incluyendo signos y síntomas de infección.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características de la herida, valoración de la herida, fecha y hora y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico.
- Comparar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Realizar el cambio de apósito cada 24 horas o cuando esté manchado o húmedo.
- La deambulación mejora la circulación sanguínea y en consecuencia la irrigación de la herida.
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

10.2.2. Cuidados de heridas mediante técnica cura húmeda

- **Definición:**

Limpieza, seguimiento y fomento de la curación de una herida que cierra por segunda intención.

- **Objetivos:**

- Facilitar la cicatrización de la herida.
- Prevenir las infecciones.
- Educar al paciente y familia en las medidas de protección de la herida.

- **Equipo:**

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

- **Material:**

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Hoja de bisturí.
- Gasas estériles.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Puntos aproximación adhesivos.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Cremas, pomadas, geles, apósitos hidrocoloides, etc.
- Apósitos estériles.
- Vendas.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar empapador debajo de la zona a curar.
- Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si esta muy adherido.
- Inspeccionar el sitio de incisión y herida por si presentará enrojecimiento, inflamación, signos de dehiscencia o evisceración o exudado.
- Vigilar el proceso de curación .
- Retirar guantes.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar pomada, gel, apósitos de gasa impregnados en soluciones, según proceda.
- Cubra apósito húmedo con otro seco.
- Masajear la zona de alrededor de la herida para estimular la circulación.
- Fijar con esparadrapo el apósito.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Instruir al paciente acerca de la forma de cuidar la herida durante el baño o la ducha.
- Enseñar al paciente y familia a cuidar la herida incluyendo signos o síntomas de infección.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características de la herida, valoración de la herida, fecha y hora y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico.

- Comparar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Realizar el cambio de apósito según indicaciones del fabricante o cuando esté manchado o húmedo.
- Utilizar apósitos de gasa, no algodón.
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

10.3. CONTROL Y CUIDADOS DE LOS DRENAJES QUIRÚRGICOS

• Definición:

Vigilancia y mantenimiento de un sistema de drenaje que presenta una herida.

• Objetivo:

Mantener la permeabilidad de un sistema de drenaje evitando complicaciones como las infecciones, desplazamiento o arrancamiento y dehiscencia de la sutura.

• Equipo:

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Soporte para la bolsa de drenaje.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

• Material:

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Bolsa de drenaje.
- Hoja de bisturí.
- Sistema de drenaje estéril.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Vendas.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar empapador debajo de la zona a curar.
- Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si está muy adherido.
- Valoración del drenaje: permeabilidad, color y olor del exudado.
- Inspeccionar suturas y estado de la incisión.
- Vaciar el sistema de drenaje. En los dispositivos tipo redón pinzar el tubo, desconectar el recipiente y medir en la copa graduada. Colocar un nuevo recipiente de recogida al cual se le ha hecho el vacío y despinzar.
- Retirar guantes.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar antiséptico.
- Cortar con las tijeras estériles las gasas desde la mitad de sus bordes al centro y colocarla alrededor de la salida del tubo de drenaje, fijándola a la piel (drenajes cerrados).
- En los drenajes tipo Penrose se tapaná la herida con gasas suficientes para absorber el exudado. Si es excesivo colocar bolsas colectoras.
- Numerar los dispositivos de recogida si hubiera más de uno.
- Fijar con esparadrapo el drenaje a las ropas del paciente o la cama.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, características del exudado, fecha y hora y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**

- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico.
- Realizar el cambio de apósito cada 24 horas o cuando esté manchado o húmedo.
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.

10.4. RETIRADA DE SUTURAS QUIRÚRGICAS

- **Definición:**

Técnica de retirada de los puntos de sutura no reabsorbibles de la herida de un paciente.

- **Objetivo:**

Facilitar el proceso de curación de una herida.

- **Equipo:**

- Carro de curas o batea.
- Paños estériles.
- Tijeras quita-agrafe.
- Equipo de curas: pinzas con dientes, sin dientes, tijeras estériles, mosquito, mango bisturí.

- **Material:**

- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- Gasas estériles.
- Hojas de bisturí.
- Empapador.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en una posición adecuada para tener acceso a la zona a curar.
- Colocarse guantes no estériles.
- Colocar empapador debajo de la zona a curar.
- Retirar el apósito en la dirección del vello, mojando el apósito con suero fisiológico si esta muy adherido.
- Inspeccionar suturas y estado de la incisión.
- Retirar guantes.
- Preparar campo estéril y poner encima todo el material necesario para la cura.
- Colocarse guantes estériles.
- Limpiar la herida con suero salino fisiológico a chorro por arrastre, desde el centro de la herida a los extremos, desde la zona más limpia a la menos limpia.
- Secar con gasas estériles.
- Aplicar antiséptico.
- Verificar el tipo de sutura para elegir material y procedimiento.
- Determinar si hay que retirar todos los puntos o puntos alternos.
- Valorar la herida, retirar los puntos a partir del 7º-10º día.
- Valorar la retirada de puntos y cierre por segunda intención si la herida presenta signos de maceración, tensión y exudado.
- Sujetar el punto de sutura por uno de los nudos del extremo con la pinza de disección y cortar la sutura cerca de la superficie de la piel.
- Tirar con cuidado hasta retirarlo.
- Si la sutura es metálica, colocar la punta del quita-agrafe debajo de la grapa.
- Cerrar el quita-agrafe para extraer la grapa.
- Aplicar antiséptico y dejar secar.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición adecuada y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**

- Máxima asepsia.
- Lavado de manos con antiséptico
- Se avisará al médico si se observan signos de infección.



CAPÍTULO XI

Hemodinámica



11.1. VALORACIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL SUPERFICIAL

• Definición:

Medición de la temperatura corporal a través de un termómetro clínico.

• Objetivo:

Conocer la temperatura corporal del paciente.

• Equipo:

- Termómetro clínico.
- Bolígrafo rojo.

• Material:

- Gasas no estériles.
- Antiséptico.
- Registro de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Lavar el termómetro del desinfectante con agua fría.
- Comprobar que el termómetro clínico se encuentra en situación de medida.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.

- AXILAR:

- a) Valorar la axila del paciente, secar si estuviera húmeda con toques, no frotar.
- b) Colocar termómetro en la axila, indicando al paciente que ponga el brazo sobre el pecho. Si el paciente no puede mantener la posición ayudarle a sujetar el termómetro.
- c) Mantener el termómetro 8-10 minutos.
- d) Observaciones:
 1. La solución antiséptica donde se sumerge el termómetro cambiarla cada 24 horas.
 2. Si el paciente acaba de lavarse la axila, esperar 15 minutos ya que la fricción aumenta la temperatura.

- RECTAL:

- a) Utilizar termómetro de bulbo redondo.

- b) Colocar al paciente en decúbito lateral izquierdo si es adulto, si es un niño en decúbito supino.
- c) Poner lubricante en una gasa y aplicarlo al bulbo del termómetro.
- d) Introducir el termómetro en el recto: adulto entre 2,5 y 3,5 cm; en el niño 1,5 y 2,5 cm.
- e) Mantener el termómetro 3 minutos.
- f) Lavar el termómetro con agua jabonosa y aclarar con agua fría. Dejar el termómetro en el recipiente con antiséptico.
- g) **Observaciones:**
 - 1. Se puede ver alterada por enemas o supositorios. Esperar 15 minutos tras su administración.
 - 2. Está contraindicada en pacientes con cirugía rectal, alteraciones rectales, en pacientes con Infarto agudo de miocardio (reacción vagal) y en pacientes con convulsiones (rotura del termómetro)

- Retirar y leer con el termómetro a la altura de los ojos y en posición horizontal.
- Limpiar el termómetro con agua fría y dejar en un recipiente con antiséptico. Secar.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar con bolígrafo de color rojo la temperatura y la zona de toma.

• **Observaciones:**

- Existen otros procedimientos de toma de temperatura corporal con termómetros timpánicos, digitales, etc.
- Correlación grados Celsius-Fahrenheit $37^{\circ}\text{C}=98,6^{\circ}\text{F}$.
- La temperatura media normal:
 - Axilar: $36-37^{\circ}\text{C}$.
 - Bucal: $0,5^{\circ}\text{C}$ mayor que la axilar.
 - Rectal: 1°C más que la axilar.
- Febrícula:* entre 37° y 38°C .
- Fiebre moderada:* entre 38° y 39°C .
- Fiebre alta:* entre 39° y 40°C .
- Hipertermia:* más de 40°C .

11.2. VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA CARDIACA

• Definición:

Medición de la frecuencia cardiaca a través del pulso en las arterias.

• Objetivos:

- Valorar frecuencia, ritmo y volumen de pulso.
- Valorar flujo sanguíneo en una zona determinada.

• Equipo:

- Reloj con segundero.
- Fonendoscopio.
- Bolígrafo azul.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Asegurarse antes de la medición de la frecuencia cardiaca que el paciente no ha realizado actividad física o emocional importante. Si es así dejar en reposo 5-10 minutos antes de medir.
- Elegir el lugar o arteria para la medición: radial, apical, femoral u otros pulsos periféricos.
- Si la toma es de pulso apical: colocar fonendoscopio sobre ápice cardíaco: 5º espacio intercostal izquierdo y línea clavicular media (adultos), 4º espacio intercostal izquierdo y línea clavicular media (niños hasta 4 años).
- Si es por palpación de una arteria, apoyar los dedos 2º y 3º (índice y medio) sobre la arteria elegida (preferentemente la radial), haciendo una ligera presión.
- Contar las pulsaciones durante un minuto.
- Registrar en la documentación de enfermería: nº pulsaciones, ritmo, intensidad y la hora.

• Observaciones:

- Si existe alguna alteración importante en la primera toma, buscar otra arteria y comparar si son simétricos y de igual frecuencia cardíaca.
- El pulso apical ofrece una valoración más precisa de la frecuencia cardíaca y el ritmo.
- No utilizar el dedo pulgar en la medición, pues posee latido propio.

Características a valorar:

1. Frecuencia cardíaca: nº latidos cardíacos que se producen en un minuto.
Valores normales:
Recién nacido: 120 ± 30 Adolescente: 80 ± 20
Preescolar: 100 ± 20 Mayores de 14 años: 80 ± 20
Escolar : 90 ± 20
2. Ritmo: el intervalo de tiempo entre cada latido debe ser el mismo.
3. Si la frecuencia es menor de lo normal se denomina bradicardia y si es mayor taquicardia.
4. Calidad o amplitud: intensidad o fuerza con que apreciamos el pulso.

11.3. VALORACIÓN DE LA FRECUENCIA RESPIRATORIA

• Definición:

Medición del nº de respiraciones por minuto, así como las características de las mismas.

• Objetivos:

- Determinar el nº de respiraciones por minuto y la calidad de los movimientos respiratorios.
- Detectar alteraciones del ritmo de la respiración.

• Equipo:

- Fonendoscopio.
- Reloj con segundero.
- Bolígrafo negro.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Comprobar el correcto funcionamiento del fonendoscopio.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente en posición cómoda y correcta.
- Comprobar que no haya realizado ejercicio físico o emocional previo.
- Observar y contar las elevaciones del tórax y abdomen del paciente durante 1 min. Si no se pueden observar los movimientos torácicos poner la mano sobre tórax o abdomen y contabilizar la frecuencia.
- Observar la regularidad, tipo y características de las respiraciones.
- Registrar en la documentación de enfermería: nº respiraciones, fecha y hora y las características de las respiraciones.

• Observaciones:

- Para auscultar los ruidos respiratorios colocar el fonendoscopio en diversos lugares del tórax y pedirle al paciente que realice los movimientos respiratorios.

Características a valorar:

1. Frecuencia respiratoria: nº de respiraciones por minuto.

Valores normales (eupnea):

Recién nacido: 40 ± 10

Preescolar: 20 ± 5

Lactante pequeño: 40 ± 10

Escolar: 20 ± 3

Lactante grande: 30 ± 10

Adolescente y adulto: 15 ± 3

2. Profundidad.

3. Ritmo.

4. Carácter: sibilante, ruidos, etc.

- Se denomina bradipnea a una frecuencia respiratoria inferior a lo normal y taquipnea si es superior.

11.4. VALORACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

• Definición:

Medición de la presión arterial, tanto sistólica como diastólica.

• **Objetivo:**

Obtener con un método no invasivo o indirecto la medición de la tensión arterial producida por el paso de la sangre a través de una arteria.

• **Equipo:**

- Fonendoscopio y esfigomanómetro
- Bolígrafo verde.

• **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Revisar el perfecto funcionamiento del equipo.
- Realizar lavado de manos.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocar al paciente sentado o en decúbito supino.
- Asegurarse que el paciente está a reposo al menos 10 minutos antes de la toma de tensión arterial.
- Desvestir la parte superior del brazo del paciente, asegurándose de que no comprima la ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antecubital a nivel del corazón.
- Colocar el manguito del esfigomanómetro 2 cm por encima de la fosa antecubital y rodear uniformemente el brazo.
- Palpar arteria braquial y colocar el fonendoscopio encima.
- Cerrar con la otra mano la válvula de la perilla.
- Inflar el manguito hasta que el esfigomanómetro marque 20-30 mmHg por encima de la tensión arterial habitual del paciente.
- Abrir la válvula de salida de aire lentamente. Hacerlo observando la escala para detectar el lugar en el que se escucha el primer sonido o presión sistólica o máxima que gradualmente aumenta de tono e intensidad y se modifica progresivamente hasta que desaparece (presión diastólica o mínima).
- El siguiente sonido menos intenso es la 2ª cifra o presión diastólica.
- Continuar disminuyendo la presión del manguito hasta que no se escuchen ruidos 3ª cifra o 2ª presión diastólica.
- Retirar el manguito y fonendoscopio.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y objetos personales.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería las cifras obtenidas, fecha y hora de la toma.
- Si los valores están fuera de la normalidad, actuar según prescripción facultativa o avisar al médico.

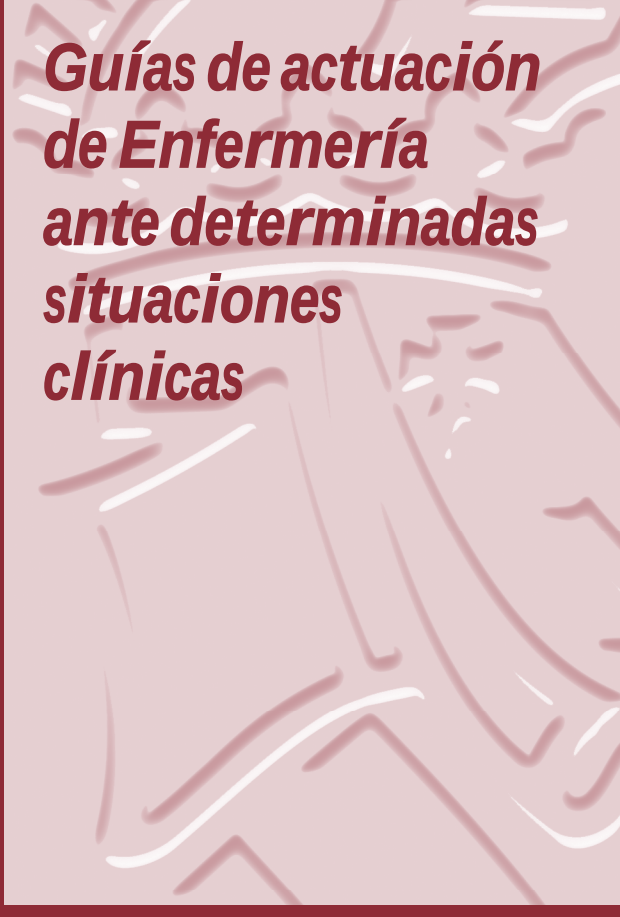
• **Observaciones:**

- Revisión del tensiómetro cada 6 meses o cuando se precise, por la supervisora.
- Si se duda de alguna cifra obtenida, esperar 2 minutos y volver a realizar medición.
- El tamaño del esfigmomanómetro ha de ser de ancho dos tercios del brazo y de largo el perímetro del brazo más un 20%. Han de ser los apropiados según peso y edad.
- No tomar la presión arterial en el brazo de una paciente mastectomizada, con fístula arterio-venosa o amputación, tampoco en el brazo que soporta fluidoterapia.
- Si se realiza la medición MMII colocar el fonendoscopio en el hueso poplíteo.
- La OMS establece: HTA si TAS>140 mmHg y TAD>100 mmHg
HipoTA si TAS<100 mmHg





CAPÍTULO XII



Guías de actuación de Enfermería ante determinadas situaciones clínicas

12.1. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON HIPOTERMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera de calentamiento y vigilancia de un paciente cuya temperatura corporal central se encuentra por debajo de 35° C.

• Objetivo:

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

• Equipo:

- Termómetro clínico.
- Manta.
- Manta eléctrica.
- Ropa de cama.
- Bolsa de agua caliente.
- Foco de calor.

• Material:

- Bebidas calientes.
- Compresas.
- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Retirar al paciente del frío y colocarlo en ambiente cálido. Si es necesario aumentar la temperatura ambiente.
- Mantener la ropa de la cama del paciente limpia y seca al igual que los apósitos, vendajes o pañales que pudiera llevar.
- Monitorizar la temperatura del paciente.
- Valorar la presencia de síntomas asociados a la hipotermia como fatiga, debilidad, confusión, apatía, deterioro de la coordinación, escalofríos, cianosis, etc.
- Valorar el nivel de conciencia.

- Valorar la termorregulación del paciente .
- Determinar los factores que condujeron al episodio hipotérmico.
- Aplicar medios físicos: manta, manta eléctrica, foco calor, compresas calientes, bolsa de agua caliente.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos para evitar deshidratación y, por lo tanto, pérdida de calor. Proporcionar bebidas calientes que no contengan cafeína.
- Administrar la medicación prescrita, que puede ser infundir líquidos intravenosos a una temperatura de 37-40 grados.
- Vigilar la piel y extremar las medidas de prevención de las úlceras por presión.
- Controlar la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial y la diuresis con la frecuencia que valore la enfermera.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la termorregulación, procedimientos realizados, fecha y hora, constantes, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**

- Los medios físicos no aplicarlos directamente sobre la piel; poner ropa de cama entre éstos y el paciente.
- Vigilar tiempo de exposición a los medios físicos para evitar quemaduras.

12.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA AL PACIENTE CON FIEBRE

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente con fiebre causada por factores no ambientales.

- **Objetivo:**

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

- **Equipo:**

- Termómetro clínico.
- Palangana.
- Batea.

- Ropa de cama.
- Bolsa de hielo.

• **Material:**

- Bebidas frías.
- Compresas.
- Hielo.
- Pañales.
- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Tomar la temperatura al paciente y confirmar la fiebre.
- Destapar al paciente y cubrirlo con una sábana.
- Mantener la ropa de la cama del paciente limpia y seca al igual que los apósitos, vendajes o pañales que pudiera llevar.
- Monitorizar la temperatura del paciente.
- Valorar la termorregulación del paciente.
- Aplicar medios físicos: compresas frías en axilas, ingles, huecos poplíteos, baño con esponja, bolsa de hielo.
- Mantener una adecuada ingesta de líquidos bajos en hidratos de carbono.
- Administrar la medicación antipirética prescrita.
- Controlar la temperatura, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, tensión arterial, diuresis y nivel de conciencia con la frecuencia que valore la enfermera.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la termorregulación, procedimientos realizados, fecha y hora, constantes, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Los medios físicos no aplicarlos directamente sobre la piel, poner ropa de cama entre éstos y el paciente. Las bolsas de hielo no

administrarlas más de 30 minutos.

- En pacientes pediátricos la hipertermia puede producir convulsiones. Evitar también los descensos bruscos de temperatura pues producen el mismo efecto.

12.3. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON CONVULSIONES

• Definición:

Cuidados de enfermería ante el paciente con un ataque convulsivo y durante el estado postictal.

• Objetivos:

- Controlar la actividad convulsiva del paciente.
- Prevenir la aparición de lesiones secundarias a las convulsiones.

• Equipo:

- Almohadas.
- Batea.
- Soporte de gotero.
- Equipo necesario para el procedimiento Técnica de Inserción de Catéteres Periféricos.
- Equipo necesario para el procedimiento Aspiración de Secreciones.

• Material:

- Tubo de Guedel del tamaño adecuado.
- Gasas y compresas.
- Guantes no estériles y estériles.
- Jeringas.
- Agujas intravenosas.
- Fármacos específicos.
- Material necesario para el procedimiento aspiración de secreciones.
- Material necesario para el procedimiento técnica de inserción de catéteres periféricos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Solicitar ayuda y avisar al médico.
- Permanecer con el paciente durante la crisis.
- Preservar la intimidad del paciente, si es posible.
- Retirar muebles y objetos de alrededor del paciente para evitar

lesiones.

- Proteger la cabeza con almohada.
- Si el paciente está de pie o sentado en el momento de la crisis, colocarlo en el suelo.
- Si el paciente está en la cama colocar las barandillas y la cama en posición horizontal.
- Colocar tubo de Guedel:
 1. Retirar prótesis dentales si las hubiera.
 2. Seleccionar tamaño del tubo de Guedel adecuado.
 3. Mantener en hiperextensión la cabeza del paciente.
 4. Introducir la cánula en la boca con la concavidad en el paladar.
 5. Deslizar la cánula por el paladar hasta introducir la mitad.
 6. Girar 180° mientras se avanza hacia la faringe.
 7. Aspirar secreciones, si precisa.
- Aflojar la ropa.
- Vigilar la dirección de la cabeza y ojos durante el ataque.
- Colocar al paciente en decúbito lateral, si es posible con la cabeza ligeramente flexionada hacia delante para facilitar la expulsión del vómito si lo hubiera.
- Canalizar una vía intravenosa.
- Administrar los anticonvulsivos que prescriba el médico y otras medicaciones.
- Vigilar signos vitales.
- Reorientar después de la crisis, proporcionando un entorno tranquilo y seguro.
- Registrar en la documentación de enfermería: cómo y cuando empezó la crisis, duración, partes corporales implicadas, actividad motora, conducta postcrisis, si ha habido incontinencia, vómitos, si la crisis ha ido precedida de pródromos.

• **Observaciones:**

Cuando acaba una crisis epiléptica puede ser necesario hacer una limpieza de boca para eliminar restos de comida o mucosidad y evitar una aspiración si el nivel de conciencia está deprimido.

12.4. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante un paciente que presenta dolor.

• **Objetivos:**

- Aliviar o disminuir el dolor a un nivel de tolerancia que sea aceptable para el paciente.
- Controlar al máximo posible el dolor que siente el paciente.
- Enseñar al paciente y su familia a controlar el dolor.

• **Equipo:**

Escalas de valoración del dolor: analógica visual y la pediátrica.

• **Material:**

- Medicación prescrita.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar una valoración exhaustiva del dolor.
- Asegurarse de que el paciente reciba los cuidados analgésicos correspondientes.
- Adecuar posición antiálgica para favorecer el confort del paciente.
- Utilizar estrategias de comunicación terapéutica para reconocer la experiencia del dolor y mostrar la aceptación de la respuesta del paciente al dolor.
- Valorar las influencias culturales sobre la respuesta al dolor.
- Determinar el impacto de la experiencia del dolor sobre la calidad de vida (sueño, apetito, actividad, relaciones, trabajo, etc.).
- Evaluar con el paciente y familia la eficacia de las medidas anteriores de control del dolor.
- Proporcionar información acerca del dolor, tales como las causas, tiempo que durará y cómo controlarlo.
- Evaluar la capacidad del paciente y familia para controlar su dolor.
- Controlar los factores ambientales que puedan aumentar las molestias del paciente (temperatura de la habitación, ruidos, luz, etc.).
- Administrar la medicación prescrita para el dolor y evaluar su efecto analgésico.
- Administrar los analgésicos a la hora adecuada para evitar picos y valles de la analgesia.
- Administrar analgésicos complementarios cuando precise el paciente.
- Instruir al paciente y familia para que solicite la medicación adicional para el dolor antes de que sea severo.
- Corregir los conceptos equivocados o mitos del paciente o miem-

- bro de la familia sobre los analgésicos, sobre todo los opiáceos.
- Instruir al paciente y familia que recibe narcóticos que produce somnolencia durante 2-3 días, pero esta somnolencia luego remite.
 - Evaluar la eficacia del analgésico a intervalos regulares tras la administración, especialmente en las dosis iniciales y observar también si hay señales de efectos adversos como depresión respiratoria, náuseas y vómitos, estreñimiento y sequedad de boca.
 - Evaluar el nivel de sedación de los pacientes que reciben opiáceos.
 - Llevar a cabo acciones que disminuyan los efectos adversos de los analgésicos como el estreñimiento o la irritación gástrica.
 - Enseñar al paciente y familia el uso de técnicas no farmacológicas de alivio del dolor como: estimulación nerviosa transcutánea, relajación muscular progresiva, terapia musical, distracción, acupresión, masajes, aplicación de frío o calor.
 - Administrar la medicación adicional al paciente antes de una actividad que le va a provocar dolor.
 - Instaurar y modificar las medidas de control del dolor en función de la respuesta del paciente.
 - Fomentar periodos de descanso adecuados que faciliten el alivio del dolor.
 - Avisar al médico si las medidas analgésicas no tienen éxito o si el dolor actual ha experimentado un cambio significativo en cuanto a experiencias pasadas de dolor.
 - Registrar en la documentación de enfermería: los resultados de la valoración objetiva y subjetiva del dolor así como la respuesta del paciente a las medidas tomadas para el alivio del dolor.

12.5. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPOGLUCEMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre inferiores a lo normal.

• Objetivos:

- Mantener los niveles de glucosa en sangre del paciente dentro de límites normales o aceptables.
- Enseñar al paciente y familia a identificar los signos y síntomas precoces de la hipoglucemia.

• **Equipo:**

- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Equipo necesario para la realización de la Glucemia Basal.
- Equipo necesario para la realización de la Administración Medicación Intravenosa.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.

• **Material:**

- Material necesario para el procedimiento de la realización Glucemia basal.
- Material necesario para la Administración de Medicación Intravenosa.
- Material necesario para la Técnica de inserción Catéter Periférico.
- Suero glucosado.
- Azúcar, bebidas dulces, etc.
- Ampollas de glucosa intravenosa
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar si el paciente tiene alto riesgo de presentar una hipoglucemia: pacientes con vómitos, diarreas, diabéticos, etc.
- Determinar la presencia en el paciente de signos y síntomas de hipoglucemia: palidez, diaforesis, taquicardia, palpitaciones, hambre, parestesia, temblores, incapacidad de concentración, confusión, habla con mala articulación, visión borrosa, somnolencia, incapacidad para despertarse del sueño, ataques convulsivos, debilidad, ansiedad, irritabilidad, escalofríos, frío, mareos, náuseas, cefaleas, cansancio, calor, y cambios de conducta.
- Determinar los niveles de glucosa en sangre.
- Si se confirma la hipoglucemia administrar carbohidratos simples.
- Avisar al médico.
- Si la hipoglucemia no remonta canalizar vía periférica si el paciente no tiene y administrar suero glucosado intravenoso según prescripción médica.
- Monitorizar los niveles de glucosa hasta su normalización según cri-

terio de la enfermera y médico.

- Examinar sucesos anteriores de hipoglucemia para determinar la causa.
- Enseñar al paciente y familia los signos o síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Pedirle al paciente que orine, si no puede valorar la necesidad de sondaje
- Recoger el material.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

12.6. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA HIPERGLUCEMIA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para prevenir y tratar los niveles de glucosa en sangre superiores a lo normal.

• Objetivos:

- Mantener los niveles de glucosa en sangre del paciente dentro de límites normales o aceptables.
- Enseñar al paciente y familia a identificar los signos y síntomas precoces de la hiperglucemia.

• Equipo:

- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Equipo necesario para la realización de la Glucemia Basal.
- Equipo necesario para la realización de la Administración de Medicación Intravenosa.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.

• Material:

- Material necesario para el procedimiento de la realización Glucemia basal.
- Material necesario para la Administración de Medicación Intravenosa.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Determinar los niveles de glucosa en sangre.
- Observar si el paciente presenta signos y síntomas de hiperglucemia: poliuria, polidipsia, polifagia, debilidad, malestar, letargia, visión borrosa o jaquecas.
- Vigilar la presencia de cuerpos cetónicos en orina si esta prescrito. Indicar al paciente que orine en un frasco, introducir la tira reactiva en la orina del paciente, esperar para su lectura lo que indique el fabricante y proceder a la lectura e interpretación del resultado.
- Administrar insulina subcutánea prescrita.
- Avisar al médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de la hiperglucemia.
- Mantener vía venosa, canalizar vía periférica si el paciente no tiene.
- Monitorizar los niveles de glucosa hasta su normalización, a criterio de la enfermera o según prescripción facultativa.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Identificar las causas posibles de la hiperglucemia.
- Enseñar al paciente y familia los signos o síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hiperglucemia.
- Realizar seguimiento y monitorización de la dieta y régimen terapéutico del paciente.
- Recoger el material.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

12.7. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON DOLOR TORÁCICO INESPECÍFICO

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera de forma inmediata al paciente que presenta dolor torácico inespecífico.

• Objetivos:

- Aliviar el dolor que presenta el paciente.

- Disminuir la ansiedad del paciente y familia.

• **Equipo:**

- Electrocardiógrafo.
- Equipo necesario para Oxigenoterapia, si procede.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para Oxigenoterapia, si procede.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar las características del dolor y los síntomas que le acompañan.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o la que se encuentre el paciente más cómoda.
- Obtener electrocardiograma.
- Avisar al médico.
- Tranquilizar al paciente y familia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Tomar la frecuencia cardíaca y presión arterial.
- Administrar oxígeno en gafas a 2-3 litros por minuto, si existe dificultad respiratoria.
- Valorar la necesidad de vía venosa.
- Informar en todo momento al paciente y familia de los procedimientos que se realizan a fin de aliviar la ansiedad.
- Pedir al paciente que nos informe de cualquier cambio en el dolor o síntomas que presente.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Ante cualquier dolor torácico o epigástrico agudo cabe la posibilidad de la existencia o de un infarto agudo de miocardio o una angina de pecho.



- En caso de situación crítica y si el médico así lo decide, preparar el traslado a UCI según el procedimiento 1.3.

12.8.CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON HEMORRAGIA AGUDA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera para la disminución o eliminación de una pérdida rápida y excesiva de sangre.

• Objetivos:

- Proporcionar de forma urgente la atención necesaria para detener la hemorragia.
- Disminuir la ansiedad del paciente y familia.

• Equipo:

- Presurizador.
- Equipo necesario para Oxígeno terapia.
- Equipo necesario para el Sondaje Vesical.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Equipo necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Compresas y gasas estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para Oxígeno terapia.
- Material necesario para el Sondaje Vesical.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Valorar estado general del enfermo: coloración de piel y mucosas, características de la piel.
- Colocar al paciente en la cama en posición adecuada a su situación.

- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Tranquilizar al paciente y familia.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Observar cantidad y naturaleza de la pérdida de sangre.
- Observar si hay hemorragia en membranas mucosas, hematoma tras un trauma mínimo, presencia de petequias.
- Identificar causa de la hemorragia.
- Colocarse guantes desechables
- Comprimir el punto de sangrado si es externo.
- Tomar la FC, FR y TA .
- Administrar oxígeno en gafas a 2-3 litros por minuto.
- Mantener 1-2 vías venosas gruesas, canalizar vía periférica si el paciente no tiene.
- Extraer sangre venosa para analítica, hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas , si prescripción médica.
- Perfundir el suero prescrito por el médico en espera de transfusión, si precisa.
- Preparar medicación de urgencia en espera de las órdenes médicas.
- Informar en todo momento al paciente y familia de los procedimientos que se realizan a fin de aliviar la ansiedad.
- Realizar sondaje vesical.
- Si se decide intervenir al paciente, preparar el traslado según el procedimiento 13.
- Ante parada cardiorrespiratoria actuar según el procedimiento 12.9.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias, localización de la hemorragia, cantidad, balance hídrico, constantes, medicación administrada y respuesta del paciente.

12.9. ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE CON PARADA CARDIORRESPIRATORIA

• Definición:

Conjunto de maniobras protocolizadas encaminadas a revertir la situación de parada cardiorrespiratoria, sustituyendo e intentando reanudar la respiración y circulación espontánea.

• **Objetivos:**

- Proporcionar de forma urgente la atención necesaria para recuperar las funciones cerebrales de forma completa del paciente.
- Mantener el soporte vital del paciente.
- Disminuir la ansiedad de la familia.

• **Equipo:**

- Carro de parada.
- Equipo necesario para Oxígeno terapia.
- Equipo necesario para la Aspiración de Secreciones.
- Equipo necesario para la Realización de Electrocardiograma.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa y Arterial.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Tabla de parada.
- Desfibrilador.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Compresas y gasas estériles.
- Medicación específica.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para la Aspiración de Secreciones.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa y Arterial.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar la situación y estado del paciente: si el paciente respira colocarlo en posición lateral de seguridad (ver figura 1).
- Si el paciente no respira: confirmar que el paciente está en situación de parada cardio-respiratoria:
 1. Valorar estado de consciencia: sacudir suavemente al paciente preguntándole en voz alta ¿Cómo se encuentra?
 2. Valorar la ventilación: acercar la cara a la boca del paciente,

observando si hay movimientos torácicos y si se nota la salida de aire por la nariz o boca, durante no más de 10 segundos.

3. Valorar la circulación: buscar la presencia de pulso carotídeo (localizarlo con dos dedos lateralmente a la altura de la nuez). En niños se palpará la arteria braquial, no debe durar esta comprobación más de 10 segundos.

- Fijarse en la hora de inicio de la parada.
- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocar al paciente en decúbito supino sobre la tabla de parada.
- Monitorizar al paciente si se dispone de monitor.
- Dar un golpe precordial sobre el esternón, si está indicado.
- Permeabilizar la vía aérea:
 1. Limpiar boca de secreciones, alimentos, prótesis dentales, etc.
 2. Elevar manualmente la mandíbula e inclinar la frente hacia atrás (maniobra frente-mentón). Si se sospecha lesión cervical elevar la mandíbula sin movilizar el cuello.
- Ventilar al paciente:
 1. Conectar ambú a la fuente de oxígeno.
 2. Realizar dos insuflaciones seguidas (deben durar dos segundos cada una).
- Iniciar masaje cardíaco externo si no hay pulso:
 1. Localizar el punto de compresión: 2 traveses de dedo por encima del apófisis xifoides.
 2. Colocar la base de la mano en ese punto y la base de la otra mano encima. Con los dedos entrelazados sin que estén en contacto con el tórax.
 3. Mantener los brazos perpendiculares al punto de compresión y cargar el peso del cuerpo sobre ellos sin flexionar los codos.
 4. La compresión deprimirá el esternón 4-5 cm (un tercio del diámetro anteroposterior) y el ritmo será de 100 compresiones por minuto como mínimo. La compresión y descompresión deben tener la misma duración.
- Sincronizar el masaje cardíaco con la ventilación: cada 2 insuflaciones 15 compresiones independientemente de uno o dos reanima-



dores. Al cuarto ciclo comprobar pulso carotídeo.

- Si se dispone de desfibrilador y el médico lo indica: seleccionar el voltaje indicado, aplicar pasta conductora a las palas para realizar la desfibrilación, e indicar a todo el personal que se aparte de la cama del paciente. Una de las palas se coloca en la parte superior derecha del esternón (2º espacio intercostal derecho) y el otro a nivel del ápex cardíaco (generalmente a la izquierda del pezón izquierdo) 5º-6º espacio intercostal línea media axilar izquierda.
- Canalizar y mantener 1-2 vías venosas gruesas.
- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico.
- Preparar material y ayudar al médico en la intubación endotraqueal si lo indica.
- Interrumpir las maniobras de resucitación cuando el médico lo ordene.
- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
- Recoger el material utilizado y limpiarlo.
- Reponer el material, utilizado del carro de paradas, dejándolo preparado para volver a utilizar cuando se precise.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio de las maniobras de resucitación y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

• Observaciones:

Este procedimiento por su grado de complejidad requiere adaptarse a cada uno de los centros hospitalarios de la Comunidad Valenciana. Las recomendaciones que se hacen en este procedimiento se basan en las últimas recomendaciones publicadas por el European Resuscitation Council del año 2000. ^(27,28,29)

Consideraciones en pediatría:

1. Punto de compresión para el masaje:
 - Lactantes: 1 dedo por debajo de la línea intermamaria, utilizar los dedos medio y anular de la mano.
 - Niños pequeños: igual que el adulto pero sólo utilizar la base de una mano.
 - Niños > de 8 años: igual que adulto.
2. Frecuencia de compresión:
 - Lactantes: 100-120 compresiones/minuto.
 - Niños: 100 compresiones/minuto.

3. Profundidad de la compresión.
 - Lactantes: un tercio del diámetro anteroposterior.
 - Niños: un tercio del diámetro anteroposterior.
4. Volumen de ventilación:

La ventilación se debe realizar con extremo cuidado para evitar el barotrauma. Se insuflará hasta ver elevarse el tórax.
5. Frecuencia de ventilación:
 - Lactantes: 20-25/minuto.
 - Niños: 15-20/minuto.

Consideraciones en la embarazada:

La RCP en la mujer gestante tiene la misma secuencia que una RCP en una mujer no gestante. Las diferencias estriban en la posición correcta de la embarazada, modo de desobstrucción de la vía aérea y localización del punto de compresión torácico.⁽³⁰⁾

POSICIÓN: Decúbito supino sobre una superficie plana y dura proceder a desplazar el útero hacia la izquierda. Se colocará una cuña bajo el flanco de la cadera derecha aprox. 15-30°. También puede hacer de cuña los muslos del segundo reanimador. Si existe sospecha de lesión vertebral, desplazar manualmente el útero hacia la izquierda, empujando el abdomen con las manos.

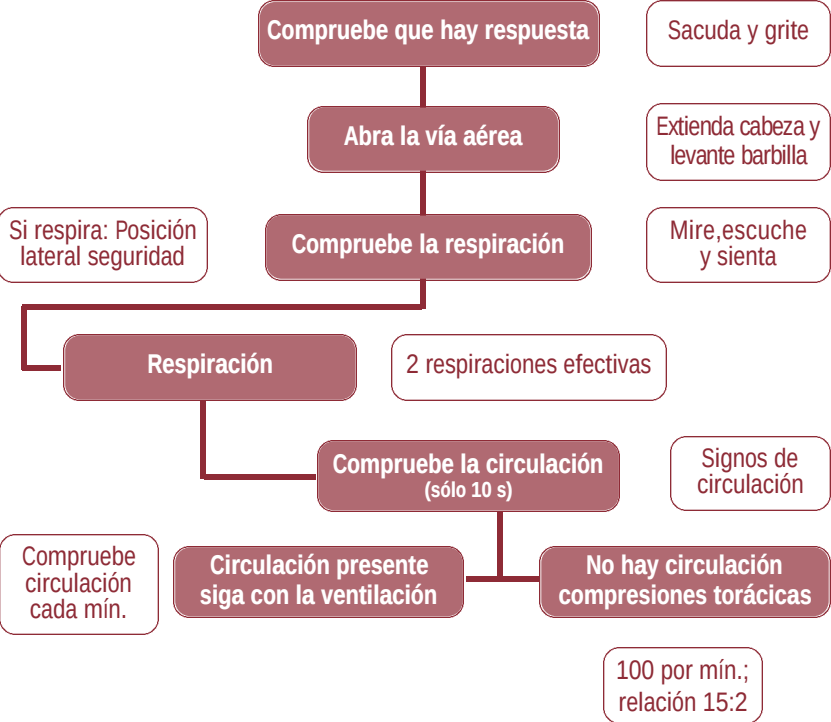
VÍA AÉREA: en caso de obstrucción de la vía aérea NO está indicada la maniobra de Heimlich, se procederá a realizar 6 compresiones torácicas en la zona media del esternón, separadas de unos 2 segundos entre sí.

VENTILACIONES: la gestante tiene mayor riesgo de reflujo gastroesofágico y en consecuencia de broncoaspiración.

COMPRESIONES: Iniciar el masaje cardíaco en el tórax, deprimiendo este de 2-5 cm a razón de 80 veces por minuto. La secuencia será de 15:2 independientemente de 1 ó 2 reanimadores.



Figura 1: soporte vital básico en el adulto.*Adaptación de Handley A.J.,Monsieurs K.G.y Bossaert L.L.Recomendaciones 2000 del European Resuscitation Council para el soporte vital básico en adultos. Med Intensiva 2001;25:344-350.



12.10. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE EN ESTADO DE SHOCK

• **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a recuperar las funciones vitales del paciente.

• **Objetivos:**

- Mantener el soporte vital del paciente.
- Disminuir la ansiedad de la familia.

• **Equipo:**

- Carro de parada.

- Equipo necesario para Oxígeno terapia.
- Equipo necesario para el Sondaje Vesical.
- Equipo necesario para la Realización de Electrocardiograma.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Suero fisiológico.
- Material necesario para Oxígeno terapia.
- Material necesario para el Sondaje Vesical.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Material necesario para la Realización de Electrocardiograma.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Obtención de Muestra Sangre Venosa.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Valorar estado del paciente: frecuencia cardiaca, tensión arterial, sudoración, temperatura, palidez, ansiedad, agitación, estado de conciencia.
- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocarse los guantes desechables.
- Administrar oxígeno terapia suficiente para disminuir la hipoxemia
- Canalizar 1-2 vías venosas gruesas y mantenerlas con suero fisiológico.
- Extraer sangre venosa para cursar estudio de coagulación, hematología, pruebas cruzadas y bioquímica, según indicación médica.
- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico.
- Vigilar y monitorizar las constantes vitales.
- Elevar miembros inferiores si el estado del paciente lo permite, posición de Trendelenburg.
- Realizar sondaje vesical.
- Realizar el balance hídrico.



- Si se produce parada cardio-respiratoria iniciar maniobras de resucitación.
- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
- Recoger el material utilizado y limpiarlo.
- Retirarse los guantes.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

12.11. CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTE UN PACIENTE QUE PRESENTA UNA REACCIÓN ANAFILÁCTICA AGUDA

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera encaminadas a recuperar las funciones vitales del paciente.

• Objetivos:

- Mantener el soporte vital del paciente.
- Proporcionar al paciente los cuidados necesarios para resolver la reacción anafiláctica aguda de forma rápida y eficaz.
- Disminuir la ansiedad del paciente y la familia.

• Equipo:

- Carro de parada.
- Equipo necesario para Oxígeno terapia.
- Equipo necesario para la Técnica Inserción Catéter Periférico.
- Equipo necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Medicación específica.
- Suero fisiológico.
- Material necesario para Oxigenoterapia.
- Material necesario para la Técnica de Inserción Catéter Periférico.
- Material necesario para la Instauración de Fluidoterapia.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Pedir ayuda y avisar al médico.
- Suspender toda la terapia en curso.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Trasladar carro de parada junto al paciente.
- Colocarse los guantes desechables.
- Colocar al paciente en decúbito supino y aflojarle la ropa que le comprime. Si existe hipotensión colocar al paciente en posición de Trendelenburg.
- Vigilar y monitorizar las constantes vitales.
- Mantener permeable la vía aérea.
- Administrar oxígeno terapia suficiente para disminuir la hipoxemia
- Mantener 1-2 vías venosas gruesas, canalizar vía periférica si el paciente no tiene y mantenerlas con suero fisiológico.
- Administrar fluidos y fármacos prescritos por el médico. Tener preparados adrenalina, corticoides y antihistamínicos, esperar para su administración a la orden del médico.
- Si se produce parada cardio-respiratoria iniciar maniobras de resucitación.
- Preparar todo lo necesario para el traslado a UCI, si precisa.
- Recoger el material utilizado y limpiarlo.
- Retirarse los guantes.
- Registrar en la documentación de enfermería: hora de inicio y duración, medicación administrada, procedimientos realizados, hora de traslado a UCI, incidencias, constantes.

• Observaciones:



Tras la resolución de la reacción anafiláctica es muy importante identificar el agente causal. Tras su identificación se debe informar al paciente, indicándole la importancia de evitarlo y de llevar siempre encima la información médica referida a la sensibilidad anafiláctica.



CAPÍTULO XIII



Procedimientos de recogida de muestras

13.1. MUESTRAS SANGUÍNEAS

13.1.1. Obtención de una muestra de sangre venosa para analítica

• Definición:

Extracción de una muestra sanguínea venosa de una vena sin canalizar.

• Objetivo:

Obtener la cantidad suficiente de sangre para las determinaciones analíticas solicitadas.

• Equipo:

- Batea.
- Compresor.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- Tubos necesarios según la petición de analítica.
- Etiquetas identificativas.
- Método con jeringa: 1 jeringa de 5-10-20 ml y 1 aguja intravenosa.
- Método sistema de vacío: 1 aguja estéril doble bisel y 1 soporte para las agujas.
- Impreso de petición de analítica.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Comprobar las determinaciones analíticas que se solicitan para ver la cantidad de sangre necesaria según los tubos.
- Rotular los tubos con los datos del paciente o colocar etiqueta identificativa.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Comprobar las condiciones necesarias antes de la toma de muestra sanguínea, según las normas de laboratorio (ayunas, picos máximos y mínimos del fármaco).
- Preservar la intimidad del paciente.

- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración y que permanezca quieto durante la venopunción.
- Colocar al paciente en decúbito supino y con el brazo en hiperextensión.
- Seleccionar la vena para la venopunción teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, comodidad para el paciente, edad y el estado de las venas.
- Desinfectar la zona con antiséptico con movimientos circulares, comenzando en el punto de venopunción y hacia fuera.
- Dejar secar la piel.
- Colocar el compresor unos 10-15 cm por encima del sitio de venopunción.
- Colocarse los guantes estériles.

- Método con jeringa:

1. Colocar la aguja intravenosa en la jeringa.
2. Fijar la vena con el pulgar.
3. Introducir la aguja con una inclinación de 20-30° en la dirección al retorno sanguíneo venoso.
4. Observar si se produce retorno venoso en la aguja.
5. Con la mano no dominante estabilizar la jeringa y aguja y tirar del émbolo con la mano dominante para extraer la sangre necesaria.
6. Aspirar suavemente para evitar hemólisis y colapso de las venas.

- Método de sistema de vacío:

1. Colocar la aguja en el soporte de vacío.
2. Encajar tubo en el soporte sin perforar el tubo.
3. Introducir aguja en la vena con un ángulo de 20-30°.
4. Estabilizar la aguja y el adaptador con una mano, con el pulgar en la parte inferior del tubo y los dedos índice y medio en las aletas del adaptador. Presionar con el pulgar y el dedo índice para que se perfora el tubo.
5. Comprobar que fluye la sangre por el tubo.
6. Llenar los tubos necesarios.
7. Retirar el último tubo del adaptador.

- Retirar el compresor y la aguja.
- Presionar sobre la zona de punción hasta que finalice el sangrado.

- Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Enviar las muestras al laboratorio con el impreso de laboratorio.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Técnica aséptica.
- Llenar los tubos con la cantidad de sangre necesaria: primero los tubos de muestras coagulables y después los tubos con anticoagulante hasta consumir todo el vacío. Una vez llenos invertir varias veces los tubos para que la sangre y anticoagulante se mezclen.
- Si el paciente está con fluidoterapia es preferible elegir el brazo opuesto.
- No puncionar en las fístulas arteriovenosas ni en brazos de mujeres con mastectomías pues tienen comprometido el retorno venoso.
- Si el paciente está anticoagulado aumentar el tiempo de presión.

13.1.2. Obtención de una muestra de sangre venosa para hemocultivos

• **Definición:**

Extracción de una o varias muestras sanguíneas venosas de una vena sin canalizar.

• **Objetivo:**

Obtener la cantidad suficiente de sangre para los hemocultivos y así poder determinar el microorganismo responsable del proceso infeccioso.

• **Equipo:**

- Batea.
- Compresor.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- Gasas estériles.
- Guantes estériles.

- Solución antiséptica.
- Tubos necesarios según la petición de analítica.
- Etiquetas identificativas.
- Método con jeringa: 1 jeringa de 5-10-20 ml y 1 aguja intravenosa.
- Frascos de hemocultivos aerobios y anaerobios.
- Impreso de petición de hemocultivos.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos con antiséptico.
- Rotular los frascos con los datos del paciente o colocar etiqueta identificativa.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración y que permanezca quieto durante la venopunción.
- Colocar al paciente en una posición adecuada, decúbito supino y con el brazo en hiperextensión.
- Seleccionar la vena para la venopunción teniendo en cuenta la cantidad de sangre necesaria, comodidad para el paciente, edad y el estado de las venas.
- Desinfectar la zona con antiséptico con movimientos circulares, comenzando en el punto de venopunción y hacia fuera.
- Dejar secar.
- Colocar el compresor unos 10-15 c.c. por encima del sitio de venopunción.
- Colocarse los guantes estériles.
- Colocar la aguja intravenosa en la jeringa.
- Fijar la vena con el pulgar.
- Introducir la aguja de 20-30° en la dirección al retorno sanguíneo venoso.
- Observar si se produce retorno venoso en la aguja.
- Con la mano no dominante estabilizar la jeringa y aguja y tirar del émbolo con la mano dominante para extraer la sangre necesaria unos 20 c.c.
- Aspirar suavemente para evitar hemólisis y colapso de las venas.
- Retirar el compresor y la aguja.
- Introducir 10 c.c. de sangre en el frasco de anaerobios y los otros

10 c.c. en el de aerobios.

- Presionar sobre la zona de punción hasta que finalice el sangrado.
- Realizar 2-3 extracciones de 20 c.c. más, según prescripción médica, a intervalos de 30 minutos o según protocolo del servicio de bacteriología.
- Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Enviar las muestras al laboratorio con el impreso de laboratorio. Si se va a demorar el envío mantener los frascos a temperatura ambiente, nunca en el frigorífico.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, temperatura del paciente en el momento de extracción del primer hemocultivo, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Técnica aséptica.
- Extraer las muestras de hemocultivos antes de iniciar tratamiento antibiótico, si es posible.
- No extraer la sangre para hemocultivos de catéteres periféricos, sólo es válida la primera extracción si se realiza en el momento de la inserción de dicho catéter.
- Si el paciente está en tratamiento antibiótico y afebril durante 4-5 días, y vuelve hacer pico febril, está recomendado que se repitan los hemocultivos.
- El volumen de sangre a extraer en los niños es de 1-5 ml.

13.1.3. Obtención de una muestra de sangre venosa para determinación de la glucemia basal

• **Definición:**

Extracción de una muestra sanguínea venosa mediante punción percutánea.

• **Objetivo:**

Medir y determinar los valores de glucosa en sangre.



• **Equipo:**

- Batea.
- Aparato medidor de glucemia.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- Gasas estériles.
- Guantes no estériles.
- Solución antiséptica.
- Lanceta.
- Tira reactiva prueba glucosa en sangre.
- Algodón.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración y que permanezca quieto durante la punción.
- Colocar al paciente en una posición adecuada.
- Comprobar la higiene de las manos del paciente.
- Verificar que funciona correctamente el medidor de glucosa e introducir una tira en él.
- Masajear y presionar la yema del dedo elegida.
- Desinfectar la zona con algodón impregnado en solución antiséptica.
- Dejar secar.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Puncionar con la lanceta el dedo, desechar la primera gota y extraer una gota de sangre para colocarla en la tira reactiva.
- Presionar con el algodón el dedo.
- Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.

- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, valores de glucemia, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En lactantes y neonatos se obtendrá la muestra del talón.
- Avisar al médico si los niveles de glucosa son anormales.
- No puncionar en zonas frías, cianóticas o edematosas.

13.1.4. Obtención de una muestra de sangre arterial para gasometría

• **Definición:**

Extracción de una muestra sanguínea de una arteria sin canalizar.

• **Objetivo:**

- Determinar los valores en sangre arterial de oxígeno, dióxido de carbono, saturación de oxígeno y equilibrio ácido-básico.

• **Equipo:**

- Batea.
- Pinza de compresión.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Solución antiséptica.
- 1 jeringa de gasometría.
- Impreso de petición de gasometría.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Verificar la correcta identificación del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición adecuada, decúbito supino.
- Palpar la arteria radial, braquial o femoral con los dedos índice y



medio. Si se opta por la radial, realizar el test de Allen (prueba de la circulación colateral).

- Limpiar la zona con solución antiséptica.
- Dejar secar.
- Colocarse los guantes estériles.
- Localizar y fijar el pulso con los dedos índice y medio, con la otra mano insertar la aguja en la arteria con un ángulo de 30-45° hacia la mano del paciente.
- Dejar que entre 1-2 ml de sangre.
- Retirar la aguja y presionar el lugar de punción durante 5 minutos. Si es la arteria humeral 7-8 minutos. Si se punciona la femoral 10 minutos.
- Dejar un apósito sobre lugar de punción y fijarlo comprimiendo ligeramente.
- Eliminar burbujas de aire que puedan existir en la jeringa.
- Cerrar la jeringa y etiquetar con los datos del paciente.
- Desechar aguja y material punzante en el contenedor.
- Colocar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, si es portador de oxígeno, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Si el paciente está anticoagulado o presenta trastornos de la coagulación mantener la presión 10 minutos.
- Si no se envía inmediatamente la muestra, mantenerla en un recipiente con hielo.
- Test de Allen:
 1. Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluye la arteria radial y cubital.
 2. Indicarle al enfermo que abra la mano.
 3. Dejar de comprimir la arteria cubital.
 4. El color debe volver a la mano del enfermo en 15 segundos. Si no elegir otro sitio para realizar la punción arterial.

- Valores normales de gasometría:

PO₂: >60 mmHg.

PCO₂: 34-64 mmHg.

PH: 7,34-7,45 mmHg.

CO₃H: 22-26 mmHg.

SaO₂: 95-98 %

13.2 MUESTRAS DE ORINA

13.2.1. Obtención de muestra de orina para analítica

- **Definición:**

Recogida de muestra de orina para estudio analítico.

- **Objetivo:**

Obtener volumen suficiente de orina en condiciones adecuadas para la determinación analítica.

- **Equipo:**

- Batea.
- Pinza de clamp.
- Equipo necesario para manejo de botella y cuña.

- **Material:**

- Guantes no estériles.
- Guantes estériles.
- Frasco estéril de orina.
- Solución antiséptica.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Gasas estériles.
- 1 Tubo de 10 ml (sin heparina).
- 1 Etiqueta identificativa.
- Registros de enfermería.
- Material necesario para el procedimiento manejo cuña o botella.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.

- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes estériles.
- Si el paciente es autónomo pedirle que miccione directamente en el vaso proporcionado a tal fin.
- Explicarle que deseche la primera porción de la orina de la mañana.
- Si el paciente está encamado colocar cuña o botella.
- Verter la orina del contenedor cuña o botella al tubo.
- Si el paciente es portador de sonda vesical, recoger la muestra de orina a través del grifo distal.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar tubo y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- En niños y ancianos, que no controlen esfínteres: Lavar bien los genitales y secar con gasas estériles. Colocar colector estéril alrededor periné y retirar cuando haya orina y después depositarla en el tubo.

13.2.2. Obtención de muestra de orina para cultivo

• **Definición:**

Recogida de muestra de orina para cultivo de microorganismos.

• **Objetivos:**

- Obtener volumen suficiente de orina para el cultivo.
- Manejar correctamente la muestra.

• **Equipo:**

- Batea.
- Pinza de clamp.
- Equipo necesario higiene de los genitales.
- Equipo necesario para manejo de botella y cuña.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Guantes estériles.
- 1 Frasco estéril de orina.
- Solución antiséptica.
- 1 Jeringa de 10 c.c.
- Gasas estériles.
- 1 Tubo de 10 ml estéril.
- Etiqueta identificativa.
- Bolsa colectora adhesiva (niños, lactantes personas con incontinencia)
- Registros de enfermería.
- Material necesario para la higiene de los genitales.
- Material necesario para la colocación cuña o botella.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Si el paciente es autónomo explicarle la técnica de recogida de orina: higiene de los genitales pero no secar, desechar primera porción de orina de la micción, recoger unos 10 ml de orina en el frasco estéril y cerrarlo inmediatamente.
- Si el paciente está encamado:
 1. Colocarse guantes no estériles.
 2. Efectuar lavado de genitales.
 3. Secar con compresa estéril.
 4. Colocarse guantes estériles y aplicar antiséptico en el área genital.
 5. Indicar al paciente que inicie la micción.
 6. Desechar primera porción en cuña o botella.
 7. Situar el frasco estéril debajo del chorro de orina sin que toque los genitales.
 8. Recoger 20-30 ml, tapar el bote y limpiar por fuera si ha quedado manchado.
- Si el paciente es portador de sonda vesical, procedimiento estéril:
 1. Limpiar con antiséptico la zona situada en la parte próxima del tubo colector.



2. Pinzar o acodar el tubo por la parte inferior de dicha zona.
 3. Extraer la muestra por punción en dirección hacia arriba.
 4. Retirar la aguja y proceder a una nueva desinfección de la zona pinchada.
 5. Trasvasar la orina al recipiente estéril.
- Aspirar unos 10 ml de orina del frasco estéril y trasladarlo al tubo estéril.
 - Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
 - Retirar el material.
 - Identificar tubo y cursar al laboratorio junto con la petición.
 - Retirarse los guantes.
 - Realizar lavado de manos.
 - Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si la muestra no se envía inmediatamente al laboratorio guardar en el frigorífico no más de 8 horas.
- La solución yodada puede alterar algunos resultados, también es válida la clorhexidina.
- Se utiliza la primera orina de la mañana.

13.2.3. Recogida de orina de 24 horas

• **Definición:**

Obtención de orina durante 24 horas.

• **Objetivo:**

- Obtener volumen suficiente de la diuresis de un día para evaluar la presencia de metabolitos y así poder cuantificarlos.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- 1 Etiqueta identificativa.
- 1 Recipiente graduado recolector de orina.
- 1 Bolsa colectora adhesiva (niños y lactantes).
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes desechables.
- Explicar al paciente la técnica de recogida y las horas de recogida.
- Desechar la orina de la primera micción de la mañana. En las recogidas de 24 horas se debe iniciar la recogida de 7 horas a 7 horas del día siguiente.
- Recoger toda la orina en un recipiente que se le proporciona al paciente.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Homogeneizar toda la orina y enviar una muestra al laboratorio.
- Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirar el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Anotar en la petición el volumen total.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, volumen total, características de la orina, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

El paciente ha de ingerir la cantidad de líquido habitual y no consumir alcohol.

13.3. MUESTRA DE HECES

13.3.1. Obtención de heces para cultivo

• **Definición:**

Recogida de heces para su estudio microbiológico.

• **Objetivo:**

- Obtener una muestra de heces en cantidad y calidad suficiente para que permita su estudio microbiológico.

• **Equipo:**

- Cuña.
- Batea.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Etiqueta identificativa.
- Espátula o depresor.
- Hisopo.
- Recipiente estéril.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes desechables.
- Si el paciente es autónomo, indicarle que realice higiene de los genitales y que tras la defecación deposite una muestra de heces en el contenedor estéril.
- Si el paciente está encamado:
 1. Colocar al paciente la cuña.
 2. Pedir al paciente que miccione antes de recoger la muestra.
 3. Limpiar y desinfectar la cuña.
 4. Volver a colocar la cuña al paciente.
 5. Recoger con el depresor heces de la cuña, seleccionar las zonas que contengan moco, exudados y sangre. Cantidad necesaria de 2-5 g.
 6. Realizar higiene de los genitales.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Enviar inmediatamente al laboratorio, si se va a producir un retraso mantener en el frigorífico a 4º C. no más de 2 horas.
- La muestra ha de ser de una deposición reciente.

13.3.2. Obtención de heces para determinación de parásitos

• **Definición:**

Recogida de heces para la detección de parásitos en ellas.

• **Objetivo:**

- Obtener una muestra de heces en cantidad y calidad suficiente para que permita la identificación de parásitos o huevos.

• **Equipo:**

- Cuña.
- Batea.

• **Material:**

- Guantes no estériles.
- Etiqueta identificativa.
- 1 Tubo de recogida de heces con medio.
- 1 Recipiente estéril.
- Cinta adhesiva de celofán.
- Portaobjetos.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Indicar al paciente que durante tres días ha de hacer una dieta exenta de verduras, legumbres, frutas, sustancias grasas, laxantes, etc. tampoco podrá tomar medicación que contenga carbón vegetal, sales de bismuto o magnesio ni los productos opacos utilizados en los exámenes radiológicos (papillas de bario).
- Colocarse guantes desechables.
- Si el paciente es autónomo, indicarle que recoja una muestra de



zona superficial e interior de la masa fecal durante tres días alternos. La recogida se hará a primera hora de la mañana antes de que el paciente se lave.

- Si se sospecha tenias u oxiuros: aplicar un trozo de cinta adhesiva sobre el ano del paciente, realizando una presión suave. Retirar tras unos segundos. Colocar la cinta adhesiva sobre un portaobjetos de cristal.
- Si el paciente está encamado:
 1. Colocar al paciente sobre la cuña.
 2. Pedir al paciente que miccione antes de recoger la muestra.
 3. Limpiar y desinfectar la cuña.
 4. Volver a colocar la cuña al paciente.
 5. Recoger con el tapón cuchara del tubo con medio hasta la flecha indicada en el tubo, heces de la cuña, seleccionar las zonas que contengan moco, exudados y sangre. Cantidad necesaria de 2-5 g.
 6. Realizar higiene de los genitales.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- No mezclar heces con orina.
- Las muestras se envían al laboratorio o se mantienen en el frigorífico hasta que se tienen las tres muestras de heces.
- En caso de ingestión del medio contenido en el tubo beber leche y provocar el vómito y avisar al médico.

13.4. OBTENCIÓN DE ESPUTO PARA ESTUDIO

• **Definición:**

Recogida de una muestra de esputo del paciente con fines diagnósticos.

• Objetivo:

- Obtener una muestra de esputo en cantidad y calidad suficiente para su análisis.

• Equipo:

- Batea.
- Equipo necesario para la Aspiración de Secreciones.

• Material:

- Guantes no estériles.
- 1 Etiqueta identificativa.
- Colutorio bucal.
- 1 Recipiente estéril.
- Impreso de petición de laboratorio.
- Material necesario para la Aspiración de Secreciones.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Colocarse guantes desechables.
- Si el paciente está consciente: explicar la técnica de recogida:
 1. Se ha de recoger por la mañana y colocarlo en un frasco estéril.
 2. Indicarle que se lave los dientes y haga gargarismos con algún colutorio.
 3. Hacer que el paciente tosa.
 4. Si la tos no consigue producir una muestra. Hacer al paciente respirar una mezcla templada de agua destilada y suero fisiológico.
- Si el paciente está inconsciente, intubado, con traqueostomía o es incapaz de toser y expectorar, se procederá a la aspiración de secreciones. Técnica aséptica. Recoger el esputo mediante sistema de recogida conectado a sonda de aspiración.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar frasco y cursar al laboratorio junto con la petición.

- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Estudio citológico del esputo: puede ser seriado (3 esputos en 3 días consecutivos). Preparar los frascos con alcohol 50%. Se puede guardar en el frigorífico hasta su envío a anatomía patológica.
- Estudio microbiológico: se recoge en frasco estéril. Extremar las medidas de asepsia. Guardar la muestra en el frigorífico.

13.5. OBTENCIÓN DE EXUDADO DE HERIDAS PARA CULTIVO

• **Definición:**

Recogida del exudado de una herida para su estudio microbiológico.

• **Objetivo:**

- Obtener una muestra de exudado en cantidad y calidad suficiente para determinar la presencia en la herida de microorganismos patógenos responsables del proceso infeccioso.

• **Equipo:**

- Batea.

• **Material:**

- Guantes estériles.
- Guantes desechables.
- Hisopo estéril con medio de conservación.
- 1 jeringa.
- 1 aguja subcutánea.
- Suero fisiológico.
- Etiqueta identificativa.
- Impreso de petición de laboratorio.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente del procedimiento.
- Solicitar su colaboración.
- Colocarse guantes desechables.
- Retirar el apósito externo de la herida.
- Colocarse guantes estériles.
- Desinfectar la superficie de la herida con alcohol y luego con solución yodada.
- Dejar secar antes de recoger la muestra.
- Obtener el cultivo de la zona de mayor exudado. Preferentemente aspirar con jeringa antes que proceder al escobillado.
- Aspirar lo más profundamente de la lesión.
- Si la herida está seca con placas necróticas, humedecer con suero fisiológico y después obtener el cultivo.
- Dejar al paciente en posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirar el material.
- Identificar hisopo o jeringa, y cursar al laboratorio junto con la petición.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.





CAPÍTULO XIV

Inserción y cuidados de los catéteres intravasculares

14.1. CONTROL DE LOS CATÉTERES PERIFÉRICOS

14.1.1. Técnica de inserción de los catéteres periféricos

- **Definición:**

Introducción de un catéter periférico en una vena periférica.

- **Objetivo:**

- Mantener un acceso venoso con fines terapéuticos, diagnósticos y en caso de emergencia.

- **Equipo:**

- Batea.
- 1 Compresor.
- Paño estéril.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- 1 Aguja intravenosa.
- Catéteres intravenosos periféricos de diferentes calibres.
- Alargaderas de 3 luces y llave de 3 pasos.
- 1 par de guantes desechables.
- Apósitos estériles.
- Gasas estériles.
- 1 Jeringa 5 ml.
- Suero salino fisiológico.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo antialérgico.
- Apósito fijador estéril.
- 1-2 Obturadores estériles.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de pun-

ción.

- Seleccionar la vena más adecuada según: el estado del paciente, características de la solución a infundir, calibre del catéter, asegurarse de que el punto elegido no va a dificultar las actividades de la vida diaria del paciente y elegir venas blandas, llenas y no obstruidas, si es posible.
- Colocar el compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción. El torniquete debe estar lo bastante apretado como para detener la circulación venosa pero no la arterial.
- Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
- Desinfectar la zona desde el centro hacia fuera y dejar secar.
- Colocarse los guantes.
- Retirar la funda del catéter y cogerlo con la mano dominante.
- Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se desplace.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba. Existen 2 métodos:
 - a) Método directo: ángulo 15-45°, penetrar en la dirección del flujo venoso.
 - b) Método indirecto: penetrar en la piel del paciente desde el lateral de la vena. Dirigir el catéter para entrar lateralmente en la vena.
- Seguir introduciendo el catéter hasta que se observe la sangre refluir. Cuando refluya la sangre avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se retira la guía o aguja. No debe notarse resistencia.
- Retirar el compresor.
- Comprobar la permeabilidad del catéter introduciendo suero fisiológico, unos 2-3 c.c. observando que no haya obstrucción o extravasación del líquido introducido.
- Conectar el equipo de infusión o el obturador.
- Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipos y obturador para evitar lesiones en la piel.
- Fijar el catéter mediante apósito estéril.
- Fijar el equipo de infusión a la piel para evitar tracciones.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, calibre del catéter, nº de intentos de venopunción, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Las venas utilizadas generalmente para el tratamiento intravenoso son la basilica, cefalica y las interóseas.
- Evitar las venas de las zonas de flexión, venas con flebitis, infiltrados, esclerosadas, duras, las venas del miembro que se le ha realizado una mastectomía o tiene una fístula arterio-venosa, las venas de los miembros inferiores o la extremidad afectada por un accidente cerebrovascular.
- En los niños las venas de elección son las de los pies y cuero cabelludo.
- Si el enfermo tiene gran cantidad de pelo, no rasurar, cortar el vello con unas tijeras.
- En cada intento de inserción utilizar un nuevo catéter.

14.1.2. Cuidados de los catéteres periféricos

• **Definición:**

Conjunto de actividades realizados por la enfermera al paciente portador de catéter periférico.

• **Objetivos:**

- Mantener el catéter permeable.
- Prevenir infecciones.

• **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Paño estéril.
- Contenedor de material punzante.

• **Material:**

- 1 par de Guantes estériles.
- Apósitos estériles.
- Gasas estériles.
- 1 Jeringa 5 ml.
- Solución antiséptica.

- Sistema de infusión.
- Apósito fijador estéril.
- 2 Obturadores estériles.
- Llave de 3 pasos.
- Registros de enfermería.
- Solución para mantenimiento de la permeabilidad de la vía.

• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Colocarse guantes no estériles para manipulaciones del sistema y estériles para cambiar el apósito.
- Colocar el paño estéril debajo de la extremidad con el catéter.
- Colocarse los guantes estériles.
- Cambiar el apósito cada 72 horas o cuando esté húmedo, manchado o despegado.
- Vigilar punto de punción cada vez que se utilice y de forma rutinaria cada 24 horas, observando que no haya signos de infección, y extravasación.
- Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo y obturador para evitar lesiones en la piel.
- Lavar el catéter tras su utilización con la solución de lavado para mantener la permeabilidad de la vía periférica.
- Evitar al máximo las desconexiones del sistema.
- Cambiar el sistema cada 72 horas si es fluidoterapia y cada 24 horas si es nutrición parenteral total.
- Cambiar el catéter ante signos de flebitis, extravasación u obstrucción.
- Desechar el material punzante, en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.

- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:



- Los apósitos transparentes deben vigilarse continuamente por el riesgo de acumulación de humedad debajo de él.
- Si es necesario utilizar una vía periférica durante un tiempo prolongado, deben realizarse cambios periódicos de la cánula cada 72-96 horas.
- Las cánulas que no son colocadas en condiciones asépticas, (como las situaciones de emergencia), estas deben ser reemplazadas tan pronto como sea posible y siempre antes de 48 horas.

14.1.3. Retirada del catéter periférico

• Definición:

Conjunto de maniobras que realiza la enfermera para retirar un catéter periférico tras concluir el tratamiento o cuando exista extravasación, obstrucción o flebitis.

• Objetivo:

Prevenir complicaciones en la extracción del catéter.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Tijeras estériles.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- Guantes no estériles.
- Apósitos estériles.
- Vaso estéril con tapadera.
- Hisopo estéril.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.



• **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Colocarse guantes no estériles
- Cerrar el equipo de infusión si lo hubiera.
- Retirar apósito.
- Observar la zona de punción por si hubiera signos de infección.
- Limpiar punto punción con solución antiséptica con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Retirar el catéter.
- Colocar el apósito estéril.
- Presionar 5 minutos y si el paciente presenta problemas de coagulación o está en tratamiento anticoagulante unos 10 minutos.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Mandar la punta del catéter a microbiología si existen signos de infección: introducir la punta en el vaso estéril y cortar con las tijeras estériles. Tapar y etiquetar el frasco.
- Si existiera exudado purulento mandar un hisopo a microbiología

14.2. CONTROL DE LAS VÍAS CENTRALES

14.2.1. Técnica de inserción del catéter central tipo tambor de acceso periférico (Drum®)

• **Definición:**

Introducción de un catéter central tipo tambor de acceso periférico en una vena periférica.



- **Objetivos:**

- Mantener un acceso central con fines diagnósticos o en caso de emergencia.
- Administrar al paciente fluidos, fármacos, nutrición parenteral total o hemoderivados.

- **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Compresor.
- Paños estériles.
- Equipo para fluidoterapia.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- 1 par de guantes estériles.
- 1 par de guantes no estériles.
- Apósitos estériles.
- Gasas estériles.
- 1 Catéter central tipo tambor (Drum®)
- Solución antiséptica.
- 1 Venda.
- Apósito fijador
- Material necesario para fluidoterapia.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

Se necesitan 2 miembros del equipo:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en decúbito supino con el brazo extendido formando un ángulo de 90°, la cabeza del paciente girada hacia el lado de punción.
- Colocarse guantes no estériles
- Seleccionar la vena a puncionar (basílica o cefálica a la altura de la flexura del codo).
- Retirarse los guantes.

- Colocar el paño estéril debajo del brazo a puncionar.
- Colocarse los guantes estériles.
- Limpiar la zona con solución antiséptica y dejar secar.
- Preparar el campo estéril y colocar el material encima de él.
- Colocar el compresor 10-15 cm por encima de la zona de punción (la colocación del compresor la realiza el personal colaborador, si no hay disponibilidad cambiar guantes estériles).
- Comprobar el buen estado del catéter.
- Fijar la piel para que no se mueva la vena elegida.
- Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo no superior a 30°.
- Retirar el compresor (2ª persona) cuando refluya sangre en el catéter.
- Comenzar a introducir el catéter lentamente girando el tambor en el sentido de las agujas del reloj hasta introducir la longitud deseada.
- No forzar, si existe resistencia, retirar el catéter y volver a comenzar.
- Cuando se haya introducido el catéter retirar la guía o fiador.
- Asegurarse de la colocación exacta de la punta del catéter midiendo con la guía la distancia entre el punto de introducción hasta la aurícula.
- Conectar equipo de infusión comprobando la permeabilidad (la solución a infundir es suero fisiológico, hasta que se compruebe la colocación exacta mediante rayos x).
- Limpiar zona de punción con solución antiséptica.
- Colocar gasas estériles impregnadas en antiséptico y enrollar catéter sobrante encima de ellas evitando que se acode.
- Colocar apósito estéril y fijar con venda elástica.
- Sujetar el sistema de infusión para evitar tracciones o que se acode.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:

- Utilizar un catéter en cada intento.
- Se ha de comprobar su colocación radiológicamente y si está muy introducido, retirar unos centímetros. Si se encuentra en cava superior retirar y volver a insertar.



- Vigilar el pulso del paciente por si se producen taquicardias que pueden ser debidas a que el catéter se encuentra en ventrículo en vez de aurícula.

14.2.2. Colaboración en la inserción catéter venoso central (CVC)

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para la inserción de un catéter central por vía venosa hasta llegar a vena subclavia, yugular o femoral.

• Objetivos:

- Mantener un acceso central permeable con fines diagnósticos
- Administrar al paciente fluidos, fármacos, nutrición parenteral total o hemoderivados.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Equipo para fluidoterapia.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- 2 pares de guantes estériles.
- 2 pares de guantes no estériles.
- Apósitos estériles transparentes.
- Gasas estériles.
- Catéter central: multilumen, Hickman®, etc.
- Solución antiséptica.
- Anestésico local.
- Jeringas de 5-10 c.c.
- Agujas intramusculares.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Suero salino fisiológico.
- 3-4 obturadores.

- Sutura: seda nº 0-1 con aguja curva.
- Esparadrapo hipoalérgico.
- Material necesario para fluidoterapia.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

La colocación del catéter suele llevarla a cabo el médico:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en la posición adecuada según la vena que se vaya a canalizar:
 - a) Subclavia: decúbito supino, brazo del lado al que se vaya a canalizar la subclavia pegado al cuerpo y la cabeza girada del lado contrario y en posición de Trendelemburg.
 - b) Yugular: decúbito supino y el cuello girado del lado contrario.
 - c) Femoral: decúbito supino con las piernas en aducción y en ligera rotación externa.
- Colocarse guantes no estériles.
- Limpiar la zona con antiséptico con movimientos circulares y dejar secar.
- Colaborar con el médico en la preparación del campo estéril y durante el procedimiento.
- Una vez que el médico haya canalizado la vía y realizado la fijación mediante sutura, heparinizar las luces que no se vayan a utilizar.
- Retirarse los guantes.
- Colocar apósito estéril.
- Comprobar la correcta colocación del catéter mediante la radiografía.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**

Técnica estéril.

14.2.3. Cuidados y mantenimiento del catéter venoso central (CVC)

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera ante el paciente portador de acceso venoso central.

- **Objetivos:**

- Mantener un acceso central permeable.
- Prevenir infecciones.

- **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Equipo para fluidoterapia.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- 1 par de guantes estériles.
- 1 par de guantes no estériles.
- Apósitos estériles transparentes.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- 2 Jeringas de 5-10cc.
- 2 Agujas intravenosas.
- Bolsa residuos.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Suero salino fisiológico.
- 3 Obturadores.
- Material necesario para fluidoterapia.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.



- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en la posición adecuada.
- Colocarse guantes no estériles.
- Retirar el apósito.
- Vigilar el punto de punción observando que no exista signos de infección cada vez que se utilice.
- Retirarse los guantes.
- Colocarse guantes estériles.
- Heparinizar las luces que no se utilicen cada 24 horas y cuando se utilicen intermitentemente para administrar medicación y hemoderivados.
- Restringir las extracciones de sangre, si se hace, lavar la luz tras la extracción.
- Envolver las conexiones en gasas impregnadas en solución antiséptica.
- Observar diariamente los signos y síntomas asociados con infección local o sistémica.
- Cambiar el apósito cada 72 horas o cuando esté manchado, húmedo o despegado.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Técnica estéril para la cura en el punto de punción y en los cambios de sistema o accesorios.
- Evitar en la medida de lo posible las desconexiones y limitar el uso de las llaves de 3 pasos.

14.2.4. Retirada del catéter venoso central (CVC)

- **Definición:**

Conjunto de maniobras que realiza la enfermera para retirar un catéter venoso central tras concluir el tratamiento o cuando exista extravasación, obstrucción o flebitis.

- **Objetivo:**

Prevenir complicaciones al extraer el catéter venoso central.

- **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Tijeras estériles.
- 1 Pinza de disección estéril.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- Guantes no estériles.
- Apósitos estériles.
- Hoja de bisturí.
- Vaso estéril con tapadera.
- Hisopo estéril.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en una posición cómoda según la zona de punción.
- Colocarse guantes no estériles.
- Cerrar el equipo de infusión si lo hubiera.
- Retirar apósito.
- Observar la zona de punción por si hubiera signos de infección.



- Limpiar punto punción con solución antiséptica con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Retirar puntos de sutura, si los hubiera.
- Retirar el catéter.
- Presionar 5 minutos y si el paciente presenta problemas de coagulación o esta en tratamiento anticoagulante 10 minutos.
- Colocar apósito estéril.
- Desechar el material punzante, en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Mandar la punta del catéter a microbiología si existen signos de infección: introducir la punta en el vaso estéril y cortar con las tijeras estériles. Tapar y etiquetar el frasco.
- Si existiera exudado purulento mandar un hisopo a microbiología.

14.3. CONTROL DEL RESERVORIO SUBCUTÁNEO

14.3.1. Procedimiento de punción del reservorio subcutáneo

• **Definición:**

Introducción de una aguja curva con bisel especial y alargadera a través de la membrana de silicona del reservorio subcutáneo.

• **Objetivos:**

- Acceder al reservorio subcutáneo del paciente con fines terapéuticos y diagnósticos.
- Prevenir infecciones.

• **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- 1 par de guantes estériles.
- 1 apósito estéril.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- 2 Jeringas de 10-20 ml.
- Agujas con bisel especial y alargadera de 22G (uso rutinario) y 20G (nutrición o hemoderivados)
- 1 Obturador.
- 1 Aguja intravenosa.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
- Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcutánea, ulceración o supuración).
- Colocarse guantes estériles.
- Crear el campo estéril y colocar todo el material necesario para la punción en él.
- Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida y otra con suero fisiológico.
- Purgar el sistema de aguja con bisel especial y alargadera con suero fisiológico.
- Clampar el sistema.
- Limpiar la zona con solución yodada y dejar secar.
- Localizar el dispositivo por palpación.
- Inmovilizar la cámara con los dedos de la mano no dominante.
- Insertar la aguja perpendicularmente a la membrana del reservorio, buscando el centro de la cámara y evitando puntos de inyecciones



anteriores, haciéndola avanzar firmemente hasta encontrar el tope metálico.

- Desclampar el sistema.
- Inyectar 2-3 c.c. de suero fisiológico y aspirar para comprobar que refluye sangre.
- Clampar el sistema.
- Cambiar la jeringa de suero fisiológico por la de heparina (5 ml).
- Desclampar e introducir los 5 ml de heparina sódica diluida.
- Enroscar el obturador en el extremo distal del sistema.
- Colocar una gasa estéril bajo la aguja, para evitar erosiones en la piel.
- Colocar apósito estéril transparente.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.

14.3.2. Extracción sanguínea del reservorio subcutáneo

• **Definición:**

Obtención de una muestra de sangre a través del reservorio subcutáneo.

• **Objetivo:**

Obtener una cantidad suficiente de sangre para la determinación analítica solicitada.

• **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- 1 par de guantes estériles.
- Apósitos estériles.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- 3 Jeringas de 10-20 ml.
- Agujas con bisel especial y alargadera de 22G/20G (nutrición o transfusión)
- 1 Obturador.
- 2 Agujas intravenosas.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Tubos para muestras sanguíneas según el tipo de analítica.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
- Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcutánea, ulceración o supuración).
- Colocarse guantes estériles.
- Crear el campo estéril y colocar todo el material necesario para la punción.
- Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida y otra con suero fisiológico.
- Purgar el sistema de aguja con bisel especial y alargadera con suero fisiológico.
- Clampar el sistema.
- Limpiar la zona con solución antiséptica y dejar secar.
- Localizar el dispositivo por palpación.
- Inmovilizar la cámara con los dedos de la mano no dominante.
- Insertar la aguja perpendicularmente a la membrana del reservorio,



buscando el centro de la cámara y evitando puntos de inyecciones anteriores, haciéndola avanzar firmemente hasta encontrar el tope metálico.

- Desclampar el sistema.
- Inyectar 5 c.c. de suero fisiológico para comprobar permeabilidad.
- Aspirar 5-7 c.c. de sangre.
- Clampar y desechar.
- Con una nueva jeringa de 10 c.c. aspirar la cantidad de sangre requerida para la analítica, desclampando previamente.
- Volver a clampar.
- Inyectar los 5 ml de heparina diluida.
- Clampar el sistema.
- Enroscar el obturador en el extremo distal del sistema.
- Colocar una gasa estéril bajo la aguja, para evitar erosiones en la piel.
- Colocar apósito estéril transparente.
- Introducir la cantidad de sangre requerida en cada tubo.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Cursar analítica a laboratorio.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:



Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.

14.3.3. Cuidados y mantenimiento del reservorio subcutáneo

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera al paciente portador de reservorio subcutáneo.

• Objetivo:

- Mantener el reservorio permeable.
- Prevenir complicaciones como la infección, extravasación, retirada accidental de la aguja, embolismo gaseoso, etc.

• Equipo:

- Batea o carro de curas.
- Paños estériles.
- Equipo necesario para el procedimiento de punción.
- Contenedor de material punzante.

• Material:

- 1 par de guantes estériles.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Apósito estéril.
- Suero fisiológico.
- 1 Jeringa de 10-20 ml.
- 1 Aguja intravenosa.
- Aguja con bisel especial y alargadera
- 1 Obturador.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
- Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcutánea, ulceración o supuración).
- Colocarse guantes estériles.
- Vigilar cada 24 horas signos y síntomas de infección local o sistémica.

- Cambiar el sistema de perfusión cada 48 horas, si es nutrición parenteral cada 24 horas.
- Cambiar el apósito cada 48 horas o cuando este húmedo despegado o manchado.
- La aguja del reservorio se ha de cambiar cada 7 días.
- HEPARINIZACIÓN Y SELLADO DEL RESERVORIO:
 - a) Crear el campo estéril y colocar todo el material necesario.
 - b) Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida (preparado comercial).
 - c) Retirar el obturador.
 - d) Conectar la jeringa al terminal de la aguja.
 - e) Desclampar el sistema.
 - f) Inyectar con la jeringa cargada de heparina diluida, introducir los 5 ml de heparina diluida.
 - g) Clampar el sistema.
 - h) Enroscar un obturador estéril nuevo.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:



- Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.
- Observar en el paciente síntomas que adviertan sobre la posible fragmentación o embolización del catéter: disnea, dolor pectoral o palpitaciones.
- La heparinización se realizará:
 1. Cada 4 semanas en reservorios que no estén en uso.
 2. Tras la administración de medicación intravenosa.
 3. Tras la extracción sanguínea.
 4. Tras la administración de hemoderivados.

14.3.4. Retirada de la aguja del reservorio subcutáneo

- **Definición:**

Conjunto de maniobras que realiza la enfermera a fin de extraer la aguja de la cámara del reservorio subcutáneo tras la finalización del tratamiento o extracción sanguínea.

- **Objetivo:**

Prevenir complicaciones al extraer la aguja curva con bisel especial y alargadera de la cámara del reservorio.

- **Equipo:**

- Batea o carro de curas.
- Contenedor de material punzante.

- **Material:**

- 1 par de guantes desechables.
- Gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico.
- 1 Jeringa de 10 ml.
- 1 Aguja intravenosa.
- 1 Tirita.
- Heparina sódica diluida (preparado comercial).
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material necesario y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar su colaboración.
- Colocar al paciente en posición decúbito supino, con la cabeza girada hacia el lado opuesto donde tiene implantado el reservorio.
- Colocarse guantes desechables.
- Retirar el apósito.
- Valorar el aspecto de la piel que cubre la cámara subcutánea (asegurarse de que no existe enrojecimiento, edema, infiltración subcu-



tánea, ulceración o supuración).

- Cargar una jeringa de 10 c.c. con 5 ml de heparina sódica diluida.
- Desclampar el sistema.
- Inyectar los 5 ml de heparina diluida.
- Clampar el sistema.
- Retirada de aguja del reservorio, sujetando con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante, el reservorio. Extracción de la aguja realizando una fuerza perpendicular a la piel del usuario.
- Aplicar solución antiséptica y colocar una tirita.
- Desechar el material punzante en el contenedor destinado para ello.
- Recoger el material.
- Dejar al paciente en una posición cómoda y con fácil acceso al timbre y a sus objetos personales.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**



Nunca inyectar líquidos a través del reservorio con jeringas de menos de 10 ml, ya que la silicona de la cámara se puede fisurar y extravasar la medicación.

14.3.5. Educación sanitaria al paciente portador del reservorio subcutáneo

• **Definición:**

Proporcionar información oral y escrita al paciente y familia, portador de reservorio subcutáneo.

• **Objetivo:**

Educar al paciente y familia sobre el propósito, cuidados y mantenimiento del reservorio subcutáneo.

• **Material:**

- Registros de enfermería.
- Tríptico informativo sobre los cuidados del reservorio subcutáneo.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.

- Informar al paciente del procedimiento a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Explicar el método de implantación y las ventajas del dispositivo.
- Instruir al paciente y familia para que consulte a la enfermera si observa desplazamiento portal, hinchazón, hematoma, enrojecimiento o aumento de la sensibilidad.
- Instruir al paciente y familia en la detección y comunicación de los signos y síntomas de fragmentación o embolización del reservorio: disnea, dolor pectoral o palpitaciones.
- Instruir al paciente y familia en el mantenimiento del dispositivo.
- Instruir al paciente a que siempre lleve consigo la tarjeta que le identifica como portador de un reservorio.
- Determinar si el paciente y su familia entienden el propósito, cuidados y mantenimiento del dispositivo.
- Indicar al paciente que consulte con su enfermera o médico antes de realizar ejercicios físicos que puedan dañar el reservorio (natación, golf, etc.)
- Dar información escrita sobre todo lo anteriormente comentado.
- Registrar en la documentación de enfermería: el procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

CAPÍTULO XV

**Guías de
valoración**

15.1. VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA DEL PACIENTE A TRAVÉS DE LA ESCALA DE GLASGOW

- **Definición:**

Medición del estado de conciencia del paciente mediante escalas validadas.

- **Objetivo:**

Determinar el nivel de conciencia del paciente.

- **Equipo:**

Escala de Glasgow.

- **Material:**

- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el nivel de conciencia del paciente con la escala de Glasgow.
- Registrar en la documentación de enfermería: estado de la conciencia del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

- **Observaciones:**



Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow avisar inmediatamente al médico.

Escala Glasgow Adultos:

Variables	Puntuación
➤ Apertura de ojos:	
- Espontánea	4
- Al sonido	3
- Al habla	2
- Ausente	1
➤ Respuesta verbal:	
- Orientado	5
- Confuso	4
- Incoherente	3
- Ininteligible	2
- Ausente	1
➤ Respuesta motora:	
- Obedece órdenes	6
- Localiza el dolor	5
- Reflejo retirada	4
- Flexión anormal	3
- Extensión anormal	2
- Ausente	1



Escala Glasgow pediátrica:

Variables	Puntuación
➤ Respuesta ocular:	
- Espontánea	4
- Al habla	3
- Al dolor	2
- Ausente	1
➤ Respuesta verbal:	
- Ruidos y gorgojeos	5
- Irritable	4
- Lloro ante el dolor	3
- Gime ante el dolor	2
- Ninguna	1
➤ Respuesta motora:	
- Movimientos espontáneos normales	6
- Retirada al contacto	5
- Retirada al dolor	4
- Flexión anormal	3
- Extensión anormal	2
- Ninguna	1

15.2. VALORACIÓN DEL DOLOR

• Definición:

Recogida y análisis de los datos sobre el dolor, por parte de la enfermera, del dolor que siente el paciente tanto desde una perspectiva objetiva como subjetiva.

• Objetivo:

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

• Equipo:

Escalas de valoración del dolor: analógica visual y la pediátrica.

• Material:

- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Preservar la intimidad del paciente.
- Valorar al paciente para conocer el dolor que siente de forma objetiva y subjetiva.

a) Valoración subjetiva

- Preguntar al paciente por la intensidad del dolor, utilizar la escala analógica visual (ver apartado de escalas), la localización e irradiación, si aumenta o disminuye con la actividad y si sabe cuál puede ser la causa.
- Observar la conducta ante el dolor.
- Valorar si hay signos de ansiedad.
- Si ha tomado analgesia, preguntar por el efecto analgésico y duración.

b) Valoración objetiva

- Tomar la tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria, valorar si hay cambios.
- Valorar la presencia de náuseas y vómitos, cambios en la temperatura, alteración del tono muscular (tensión músculos faciales), dilatación de pupilas, insomnio, debilidad, agotamiento.
- Observar si hay una conducta desordenada: llantos, lamentos, nerviosismo, etc.

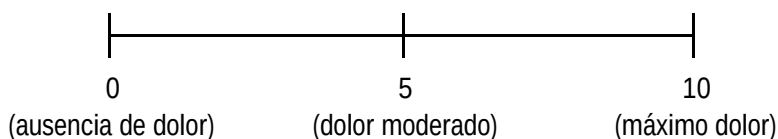
- Registrar en la documentación de enfermería: los resultados de la valoración objetiva y subjetiva del dolor así como la respuesta del paciente.

• Observaciones

- Aspectos a tener en cuenta para valorar el dolor en niños:
 1. Etapa preverbal (0-3 años): el llanto es el principal indicador, las expresiones faciales como muecas, frente arrugada, ojos cerrados muy prietos, etc. movimientos corporales significativos, apertura de manos, puños muy apretados, rigidez muscular, alteraciones del patrón del sueño(letargia o irritabilidad), rechazo a los alimentos.
 2. En niños de 4-8 años se valorará la intensidad del dolor con la Escala de Wong y BaKer (dibujitos de caras).
 3. En niños de 9-14 años se utiliza la misma escala que en los adultos.

• Escalas

1. Escala analógica graduada



2. Escala de Wong y Baker



Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML: **Wong's Essentials of Pediatric Nursing**, 6th edition, St Louis, 2001, Mosby. Reprinted with permission. Copyright, Mosby.

15.3. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE BRADEN

- **Definición:**

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.

- **Objetivo:**

Cuantificar el riesgo de úlcera por presión que presenta el paciente.

- **Equipo:**

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Braden.

- **Material:**

- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Braden.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Escala de Braden:**

PERCEPCIÓN SENSORIAL Capacidad para reaccionar ante una molestia relacionada con la presión	1.- Completamente limitada Al tener disminuido el nivel de conciencia o estar sedado, el paciente no reacciona ante estímulos dolorosos (quejándose, estremeciéndose o agarrándose), o capacidad limitada de sentir dolor en la mayor parte de su cuerpo.	2.- Muy limitada Reacciona sólo ante estímulos dolorosos. No puede comunicar su malestar excepto mediante quejidos o agitación, o presenta un déficit sensorial que limita la capacidad de percibir dolor o molestias en más de la mitad del cuerpo.
EXPOSICIÓN A LA HUMEDAD Nivel de exposición de la piel a la humedad	1.- Constantemente húmeda La piel se encuentra constantemente expuesta a la humedad por: sudoración, orina, etc. Se detecta humedad cada vez que se mueve o gira al paciente.	2.- Ocasionalmente húmeda La piel está a menudo, pero no siempre, húmeda. La ropa de cama se ha de cambiar al menos una vez en cada turno.
ACTIVIDAD Nivel de actividad física	1.- Encamado Paciente constantemente encamado.	2.- En silla Paciente que no puede andar o con deambulación muy limitada. No puede sostener su propio peso y necesita ayuda para pasar a una silla o a una silla de ruedas.
MOVILIDAD Capacidad para cambiar y controlar la posición del cuerpo	1.- Completamente inmóvil Sin ayuda no puede realizar ningún cambio de la posición del cuerpo o de alguna extremidad.	2.- Muy limitada Ocasionalmente efectúa ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades, pero no es capaz de hacer cambios frecuentes o significativos por sí solo.
NUTRICIÓN Patrón usual de ingesta de alimentos	1.- Muy pobre Nunca ingiere una comida completa. Raramente toma más de un tercio de cualquier alimento que se le ofrezca. Diariamente come dos servicios o menos con aporte proteico (carne o productos lácteos). Bebe pocos líquidos. No toma suplementos dietéticos líquidos o está en ayunas y en dieta líquida o sueros más de cinco días.	2.- Probablemente inadecuada Raramente come una comida completa y generalmente come sólo la mitad de los alimentos que se le ofrecen. La ingesta proteica incluye sólo tres servicios de carne o productos lácteos por día. Ocasionalmente toma un suplemento dietético, o recibe menos que la cantidad óptima de una dieta líquida o por sonda nasogástrica.
ROCE Y PELIGRO DE LESIONES CUTÁNEAS	1.- Problema Requiere de moderada a máxima asistencia para ser movido. Es imposible levantarlo completamente sin que se produzca un deslizamiento entre las sábanas. Frecuentemente se desliza hacia abajo en la cama o en una silla, requiriendo de frecuentes reposicionamientos con máxima ayuda. La existencia de espasticidad, contracturas o agitación producen un roce casi constante.	2.- Problema potencial Se mueve muy débilmente o requiere de mínima asistencia. Durante los movimientos, la piel probablemente roza contra parte de las sábanas, silla, sistemas de sujeción u otros objetos. La mayor parte del tiempo mantiene relativamente una buena posición en la silla o en la cama, aunque en ocasiones puede resbalar hacia abajo.

3.- Ligeramente limitada Reacciona ante órdenes verbales pero no siempre puede comunicar sus molestias o la necesidad de que le cambien de posición o presenta alguna dificultad sensorial que limita su capacidad para sentir dolor o malestar en al menos una de las extremidades.	4.- Sin limitaciones Responde a órdenes verbales. No presenta déficit sensorial que pueda limitar su capacidad de expresar o sentir dolor o malestar.
3.- Ocasionalmente húmeda La piel está ocasionalmente húmeda,requiriendo un cambio suplementario de ropa de cama aproximadamente una vez al día.	4.- Raramente húmeda La piel está generalmente seca. La ropa de cama se cambia de acuerdo con los intervalos fijados para los cambios de rutina.
3.- Deambula ocasionalmente Deambula ocasionalmente con o sin ayuda,durante el día, pero para distancias muy cortas. Pasa la mayor parte de las horas diurnas en la cama o en una silla.	4.- Deambula frecuentemente Deambula fuera de la habitación al menos dos veces al día y dentro de la habitación al menos dos horas durante las horas de paseo.
3.- Ligeramente limitada Efectúa con frecuencia ligeros cambios en la posición del cuerpo o de las extremidades por sí solo.	4.- Sin limitaciones Efectúa frecuentemente importantes cambios de posición sin ayuda.
3.- Adecuada Toma más de la mitad de la mayoría de comidas. Come un total de cuatro servicios al día de proteínas (carne o productos lácteos). Ocasionalmente puede rehusar una comida pero tomará un suplemento dietético si se le ofrece,o recibe nutrición por sonda nasogástrica o por vía parenteral cubriendo la mayoría de sus necesidades nutricionales.	4.- Excelente Ingiere la mayor parte de cada comida. Nunca rehúsa una comida. Habitualmente come un total de 4 o más servicios de carne y productos lácteos. Ocasionalmente come entre horas. No requiere de suplementos dietéticos.
3.- No existe problema aparente Se mueve en la cama y en la silla con independencia y tiene suficiente fuerza muscular para levantarse completamente cuando se mueve. En todo momento mantiene una buena posición en la cama o en la silla.	

Payá Pérez B. Manual de enfermería. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión en el Hospital General universitario de Alicante. Ed. Hospital General Universitario de Alicante.1999.

Resultados

[illegible]

15.4. VALORACIÓN DEL RIESGO DE ÚLCERA POR PRESIÓN A TRAVÉS DE LA ESCALA DE NORTON

- **Definición:**

Medición del riesgo de padecer una úlcera por presión, a través de una escala validada.

- **Objetivo:**

Cuantificar el riesgo de úlcera por presión que presenta el paciente.

- **Equipo:**

Escala de valoración de riesgo de úlcera por presión de Norton.

- **Material:**

- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Valorar el riesgo que presenta el paciente de padecer una úlcera por presión a través de la escala de Norton.
- Registrar en la documentación de enfermería: puntuación obtenida mediante la valoración de riesgo del paciente, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Escala de Norton:**

ESTADO FÍSICO GENERAL	ESTADO MENTAL	ACTIVIDAD	MOVILIDAD	INCONTINENCIA	EDAD	PUNTOS
BUENO	ALERTA	AMBULANTE	TOTAL	NINGUNA	< 40	4
MEDIANO	APATICO	DISMINUIDA	CAMINA CON AYUDA	OCASIONAL	40-54	3
REGULAR	CONFUSO	MUY LIMITADA	SENTADO	URINARIA O FECAL	55-69	2
MUY MALO	ESTUPOROSO COMATOSO	INMOVIL	ENCAMADO	URINARIA Y FECAL	70 ó >	1

Clasificación de riesgo:

- 7 a 12 puntos ⇒ ALTO
- 13 a 18 puntos ⇒ MODERADO
- 19 a 24 puntos ⇒ BAJO



CAPÍTULO XVI



Otros procedimientos

16.1. VALORACIÓN DE LA PRESIÓN VENOSA CENTRAL. (PVC)

• Definición:

Medición de la presión venosa central en las grandes venas centrales con métodos invasivos.

• Objetivo:

Conocer la PVC para valorar la volemia y el retorno venoso al corazón a través de un catéter central alojado en la vena cava superior o aurícula derecha.

• Equipo:

- Bolígrafo negro.
- Soporte para suero.
- Venotómetro.

• Material:

- Solución IV (suero fisiológico o lactato)
- Equipo PVC.
- Guantes estériles.
- Llave de 3 pasos
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Verificar que el catéter está en aurícula derecha o vena cava superior mediante radiografía.
- Poner la cama en posición horizontal y paciente en decúbito supino.
- Colocarse los guantes estériles.
- Fijar el venotómetro al soporte de gotero.
- Conectar equipo de PVC al suero y purgarlo.
- Fijar equipo de PVC al venotómetro.
- Conectar el equipo de PVC vía central.
- Hacer coincidir el 0 del venotómetro con la línea axilar media del paciente (aurícula derecha).
- Comprobar permeabilidad de la vía central poniendo la llave en

posición recipiente-paciente y dejar fluir solución IV.

- Girar la llave en posición recipiente-venotómetro para llenarlo con la solución y extraer burbujas del sistema, si se han producido.
- Girar la llave posición venotómetro-paciente. Esperar a que el líquido descienda y se estabilice (al principio desciende rápido)
- La solución debe oscilar 1 cm aproximadamente, si no indicar al paciente que tosa o realice una respiración profunda.
- Realizar la lectura de PVC.
- Regresar la llave a la posición recipiente-paciente.
- Dejar al paciente en una posición cómoda.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: el valor de la PVC, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- No utilizar sueros hipertónicos para medir la PVC.
- Máxima asepsia.
- Comprobar que el sistema está libre de sangre o burbujas.
- Al efectuar la medición, no perfundir por la vía central otras medicaciones.
- Valores normales: entre +3 y +8 ml de agua.
- Si el líquido desciende muy lento o no cae, puede ser que el catéter esté ocluido.

16.2. REALIZACIÓN DE UN ELECTROCARDIOGRAMA

• **Definición:**

Determinación gráfica de la actividad eléctrica del corazón del paciente durante un ciclo cardíaco.

• **Objetivo:**

Obtener un registro gráfico del ciclo cardíaco.

• **Equipo:**

- Electrocardiógrafo.
- Batea.
- 4 pinzas para electrocardiograma.

• Material:

- Electrodo de un solo uso con gel.
- Gel conductor.
- Guantes desechables no estériles.
- Alcohol.
- Gasas o algodón.
- Rasuradora.
- Papel de registro de electrocardiograma.
- Registros de enfermería.

• Procedimiento:

- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Informar al paciente de la técnica a realizar.
- Solicitar la colaboración del paciente y familia.
- Poner la cama en posición horizontal y paciente en decúbito supino.
- Colocarse los guantes no estériles.
- Ayudar al paciente a descubrirse pecho, tobillos y muñecas.
- Limpiar la piel donde se aplican los electrodos con alcohol.
- Rasurar si existe abundante vello.
- Colocar electrodos y conectar derivaciones estándar (Ver figura XVI-1).
 1. Rojo→muñeca derecha (AVR).
 2. Amarillo→muñeca izquierda (AVL).
 3. Negro→Pierna derecha (LR).
 4. Verde→pierna izquierda (AVF).
- Conectar las derivaciones precordiales (Ver figura XVI-1).
 - V_1 → 4º espacio intercostal, línea anterior clavicular derecha.
 - V_2 → 4º espacio intercostal, línea anterior clavicular izquierda.
 - V_3 → entre V_2 y V_4 .
 - V_4 → 5º espacio intercostal, línea media clavicular izquierda.
 - V_5 → 5º espacio intercostal, línea anterior axilar izquierda.
 - V_6 → 5º espacio intercostal, línea media axilar izquierda.
- Asegurar la correcta colocación de los electrodos y las conexiones de los cables.
- Seleccionar en el electrocardiógrafo los parámetros de velocidad y voltaje de 25 mm/s y 1mV.
- Seleccionar el filtro y la modalidad (manual o automática).
- Pedir al paciente que permanezca quieto y que respire con normalidad sin hablar.

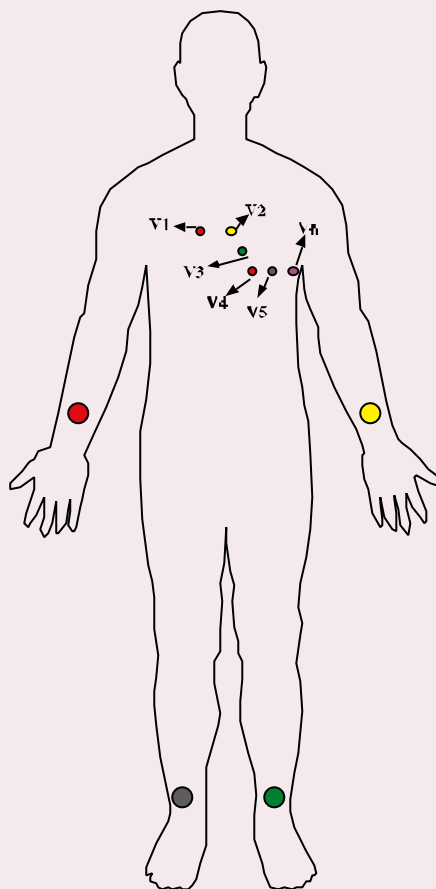


- Retirar electrodos y limpiar excesos de gel.
- Ayudar al paciente a vestirse y colocarlo en una posición adecuada.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, si el paciente presenta dolor precordial en el momento de realización del electrocardiograma, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• **Observaciones:**

- Si el registro fuera manual se ha de cambiar la posición de registro en el siguiente orden: I, II, III, AVR, AVL, AVF, V₁, etc. V₆.
- Si se pide tira de ritmo, hay que realizarla al final del registro de 12 derivaciones y comenzando en la derivación II.

Figura XVI-1 Esquema de la colocación de los electrodos



16.3. COLABORACIÓN EN LA PUNCIÓN LUMBAR

- **Definición:**

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para realizar una punción lumbar al paciente.

- **Objetivos:**

- Colaborar en la realización al paciente de una punción lumbar con fines diagnósticos y terapéuticos.
- Prevenir complicaciones como la infección, cambios neurológicos, etc.

- **Equipo:**

- 2 Paños estériles.
- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.

- **Material:**

- 2 agujas intramusculares.
- 2 ampollas de anestésico local.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- 1-2 jeringas de 5-10 c.c.
- Tubos para la analítica.
- Medicación prescrita.
- Catéter de punción lumbar del número adecuado.
- Impreso de petición prueba analítica del líquido cefalorraquídeo.
- Registros de enfermería.

- **Procedimiento:**

- Tranquilizar al paciente.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que el paciente y familia ha recibido la información médica sobre el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Colocar al paciente en decúbito lateral al borde de la cama, con el

cuello flexionado, pegando el mentón al pecho. Las rodillas deben estar flexionadas sobre el abdomen y el paciente, si puede, se las sujeta con los brazos, sino un celador le ayudará a mantener la posición. Esta técnica también se puede llevar a cabo con el paciente sentado.

- Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente.
- Preparar campo estéril y depositar el material necesario sobre él.
- Colocarse guantes no estériles.
- Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar. Aplicar generosamente con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
- Ayudar al médico durante el procedimiento.
- Preparar tubos estériles para recoger la muestra de líquido cefalorraquídeo, si precisa.
- Valorar continuamente al paciente por si aparece palidez, sudor, hormigueo, cambios del nivel de conciencia.
- Colocar apósito en la zona de punción.
- Mantener al paciente en reposo absoluto el tiempo prescrito.
- Vigilar las constantes vitales cada 30 minutos las 2 primeras horas.
- Colocar al paciente en decúbito supino tras el procedimiento.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

• Observaciones:



Las posibles complicaciones de la punción lumbar: punción hemorrágica, infecciones (meningitis) y síndrome postpunción transitorio (cefalea, lumbalgia y dolor radicular).

16.4. COLABORACIÓN EN LA PARACENTESIS

• Definición:

Conjunto de actividades que realiza la enfermera junto con el médico para realizar una paracentesis al paciente.

• Objetivos:

- Evacuar la cavidad abdominal parcial o totalmente del líquido ascítico.

- Obtener muestra del líquido de la cavidad abdominal del paciente con fines diagnósticos.

• **Equipo:**

- 2 Paños estériles.
- Batea.
- Contenedor de objetos punzantes.

• **Material:**

- 2 agujas intramusculares e intravenosas.
- 2 ampollas de anestésico local.
- Solución antiséptica.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Guantes no estériles.
- 1-2 jeringas de 5-10 c.c.
- Tubos para la analítica.
- Equipo inyector de suero.
- Botella estéril graduada.
- Catéter periférico.
- Impreso de petición prueba analítica del líquido ascítico.
- Registros de enfermería.

• **Procedimiento:**

- Tranquilizar al paciente.
- Realizar lavado de manos.
- Preparar el material y trasladarlo a la habitación del paciente.
- Preservar la intimidad del paciente.
- Comprobar que el paciente y familia ha recibido la información médica sobre el procedimiento.
- Solicitar la colaboración del paciente.
- Pedirle al paciente que orine, si no puede valorar la necesidad de sondaje vesical.
- Colocar al paciente en posición de Fowler o decúbito supino.
- Medir la tensión arterial.
- Pedir al paciente que no se mueva y que respire lentamente.
- Preparar campo estéril y depositar el material necesario en él.
- Colocarse guantes no estériles.
- Aplicar solución antiséptica en la zona a puncionar.
- Ayudar al médico durante el procedimiento.



- Preparar tubos estériles para recoger la muestra de líquido ascítico, si precisa.
- Vigilar velocidad de salida del líquido y sus características, si la paracentesis es evacuadora.
- Controlar tensión arterial durante la evacuación y al finalizar.
- Colocar apósito en la zona de punción.
- Vigilar periódicamente si el apósito se mancha, valorar cantidad y color del líquido drenado.
- Cambiar el apósito si precisa.
- Mantener al paciente en la cama y comenzar la deambulación de forma progresiva.
- Recoger el material.
- Retirarse los guantes.
- Realizar lavado de manos.
- Identificar los tubos con los datos del paciente y cursar al laboratorio con el impreso de analítica.
- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento realizado, fecha y hora, incidencias y respuesta del paciente.

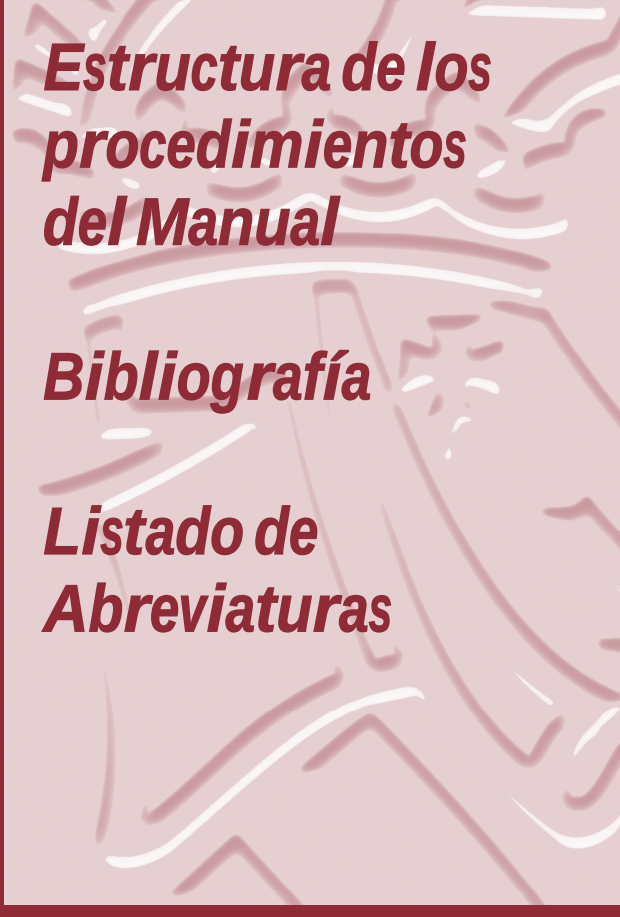
• **Observaciones:**



Valorar al paciente tras el procedimiento por si aparece hemorragia.



ANEXOS



***Estructura de los
procedimientos
del Manual***

Bibliografía

***Listado de
Abreviaturas***

ESTRUCTURA DE LOS PROCEDIMIENTOS DEL MANUAL

▪ Esquema general de los procedimientos:

1. Título.
2. Definición del procedimiento.
3. Objetivos del procedimiento.
4. Equipo necesario para el procedimiento.
5. Material necesario para el procedimiento.
6. Procedimiento.
7. Observaciones.

▪ Título:

Breve descripción de lo que se va a realizar.

▪ Definición del procedimiento:

Es una descripción técnica y teórica del procedimiento, expresado con la mayor claridad y sencillez posible.

▪ Objetivos del procedimiento:

- Los verbos han de ir en infinitivo.
- El primer objetivo que aparezca debe ser un objetivo general. Si aparecen más, éstos serán los objetivos específicos.
- Al final si procede, es conveniente utilizar objetivos de educación sanitaria o para la salud.
- Este apartado debe describir el propósito o fin del procedimiento de enfermería, así como el porqué del procedimiento.

▪ Equipo:

Enumeración del material no fungible o inventariable para llevar a cabo el procedimiento.

▪ Material:

Enumeración del material fungible o desechable que se precisa para realizar el procedimiento.

En los procedimientos que por sus características presenten menos variabilidad, se especificará la cantidad exacta de material necesario. Ejemplo: "5 jeringas de 10 ml"

▪ **Procedimiento:**

Explicación secuencial de los pasos a seguir en el procedimiento y adaptada a la situación real de la asistencia sanitaria.

Los verbos han de enunciarse en infinitivo.

La estructura general de este apartado será:

- Descripción de la preparación del material y del profesional de enfermería.
 - a) Preparar el material y trasladar a la habitación del paciente.
 - b) Lavarse las manos.
 - c) Colocarse los guantes.
- Descripción de la preparación necesaria del paciente para llevar a cabo el procedimiento:
 - a) Preservar la intimidad del paciente.
 - b) Proporcionar información al paciente y familia del procedimiento a seguir.
 - c) Solicitar la colaboración del paciente o familia si procede.
 - d) Acomodar al paciente en la posición adecuada para la realización del procedimiento.
- Descripción del desarrollo de la técnica.
- Final del procedimiento:
 - a) Colocar al paciente en la posición más adecuada.
 - b) Recoger el material utilizado.
 - c) Retirarse los guantes.
 - d) Realizar lavado de manos.
- Registro del procedimiento en la documentación de enfermería:
 - a) Tipo de procedimiento realizado.
 - b) El motivo.
 - c) Fecha y hora de realización.
 - d) Incidencias ocurridas durante el procedimiento.
 - e) Respuesta del paciente al procedimiento realizado.

▪ **Observaciones:**

Reflejará todos aquellos aspectos a tener en cuenta en el procedimiento, que no se refieren a ninguno de los anteriores apartados. Ejemplo: complicaciones potenciales, aspectos sociales o psicológicos a tener en cuenta, etc.

BIBLIOGRAFÍA

1. Teixidó Sánchez, V. Protocolización de actividades asistenciales: Plan de cuidados de enfermería. Rev. Informática y salud, nº 16, Mayo-junio 1998
2. Cardoner, S. Normas ¿Están desarrolladas sus metodologías de elaboración?. Disponible en: www.adeci.org.ar/educacion/normas.htm
3. Lluncor, M. Et al. Diseño de protocolos y guías metodológicas de atención de enfermería. Disponible en: http://usuarios.lycos.es/cepreional3/c_guias_metodologicas.htm
4. Protocolos de enfermería. Hospital Universitario Virgen de la Arrixaca. Disponible en: www.huva.es/enfermeria/protocolos/prt01001.html
5. Guirao Goris, A., Camaño Puig, R., Cuesta Zambrana, A. Diagnóstico de enfermería. Categorías, Formulación e investigación. Ed. Ediversitas, 2001.
6. Manual de procedimientos. Área Hospitalaria de Valme. Servicio Andaluz de Salud. Ed. Área Hospitalaria de Valme. Sevilla 2001.
7. Manual de Procedimientos de enfermería. Servicio Valenciano de Salud, 1991.
8. McCloskey, J.C. Bulechek, G.M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería. 3ª Ed. Harcourt. Madrid. 2001.
9. Wong DL, Hockenberry-Eaton M, Wilson D, Winkelstein ML: Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 6th edition, St Louis, 2001, Mosby. Reprinted with permission. Copyright, Mosby.
10. Swearingen, P.L. Ross, D.G. Manual de Enfermería Médico-Quirúrgica. Intervenciones Enfermeras y Tratamientos Interdisciplinarios. 4ª Ed. Harcourt. Madrid. 2000.
11. Manual del CTO de enfermería. Ed. CTO Medicina S.L. Madrid 2000.
12. Navarro J., de Haro S., Orgilier P. y Vera C. Guía práctica de Enfermería en el paciente crítico. Ed. CECOVA. Alicante 2000.

13. Manual de Protocolos y Procedimientos Generales de Enfermería. Hospital Reina Sofía de Córdoba. Ed. Servicio Andaluz de Salud. Córdoba 2001.
14. Joanne C. La Roca. Shirley E. Otto. Guía Clínica de Enfermería. Terapia intravenosa. 2 ed. Pocket Guide.
15. Aplicación de apósitos y terapia coadyuvante en cura de úlceras. Ed. CECOVA. Alicante, 2000.
16. Estebán de la Torre A., Portero Fraile M., Técnicas de enfermería. 3ª Ed. Ed. Rol S.A., Barcelona 1993.
17. Fernández Molina M.A. Traumatología para enfermería. Manual de Urgencias. Ed. Conselleria de Sanitat. Serie Manuals nº 15, Valencia 1992.
18. Fundamentos prácticos en la práctica enfermera. Serie enfermería actual Ed. Fuden, Madrid 2001.
19. Bonmatí E., Izquierdo N., Picó A., Guilabert A., Mora M.J., Favieres L., Climent A., Tebar A., Sellés R., González M., Martín M. Temperatura corporal: el termómetro de mercurio, alternativas actuales y fiabilidad de sus métodos. Trabajo presentado en las 7ª Jornadas de Divulgación de trabajos científicos del Hospital General Universitario de Alicante en 2001.
20. Manual de recomendaciones para el manejo y cuidados del reservorio subcutáneo en Atención Primaria y Especializada. Servicio de oncología médica del Hospital General Universitario de Alicante y unidad de calidad y formación del área 18. Alicante 2002.
21. Payá Pérez B. Manual de enfermería. Prevención y tratamiento de la úlceras por presión en el Hospital General Universitario de Alicante. Ed. Hospital General Universitario de Alicante. 1999.
22. Beare P., Myers J. Principios y práctica de la Enfermería Médico quirúrgica. 2ª Ed. Mosby/Doyma Libros. Madrid 1995.

23. Knight macheca, M.K. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid 1999.
24. Dossier, Erb Olivieri. Fundamentos de enfermería: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993.
25. Jiménez MR., González E., Laureano R., Lobatón A. Úlceras por decúbito. Valoración por escala de Norton. Rev. Enferm IMSS 2002;10(2):89-91.
26. Sobre la definición de paciente de riesgo, está sacado del Grupo de Expertos del PAPPS. Atención Primaria 2001/Volumen 28. Supl.2. Noviembre.
27. Handley A.J., Monsieurs K.G.y Bossaert L.L. Recomendaciones 2000 del European Resucitation Council para el soporte vital básico en adultos. Med Intensiva 2001; 25:344-350.
28. Monsieurs K.G, Handley A.J. y Bossaert L.L. Recomendaciones 2000 del European resuscitation Council para la desfibrilación externa automática. Med. Intensiva 2001; 25:351-353.
29. Latorre F., Nolan J., Robertson C., Chamberlain D., Baskett P. Recomendaciones 2000 del European Resucitation Council para un soporte vital avanzado en adultos. Med. Intensiva 2001; 25:354-364.
30. Rumbo Prieto J.Mª., Arantón Areosa L., Martínez Moar L., Pérez Iglesias J.R., Pereira Becerro J., Rodeño Abelleira A. Reanimación cardiopulmonar: aptitud básica ante una parada cardiorrespiratoria en embarazadas. Emergencias 2002; 14:182-189.
31. Hernández Gálvez A., González Monte C., Borrás Moliner M.J., Vanaclocha H., Pastor Villalba E. Guía de recomendaciones para el control de la Infección Nosocomial. Ed. Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat, 2003.

LISTADO DE ABREVIATURAS

c.c.	Centímetros cúbicos
cm	Centímetro
CVC	Catéter Venoso Central
FC	Frecuencia cardíaca
FR	Frecuencia respiratoria
°C	Grados Celsius
g	Gramos
HTA	Hipertensión arterial
IM	Intramuscular
IV	Intravenoso
mm	milímetros
mmHg	Milímetros de mercurio
ml	Mililitros
min	Minutos
NPT	Nutrición parenteral total
OMS	Organización Mundial de la Salud
PAS	Presión Arterial Sistólica
PAD	Presión Arterial Diastólica
PI	Pérdidas insensibles
PVC	Presión venosa Central
SC	Subcutáneo
s	Segundos
SNI	Sondaje nasointestinal
TA	Tensión arterial
UPP	Úlcera por presión