

AGOSTO
2015



HOSPITAL GENERAL PUYO



MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



TRABAJEMOS
JUNTOS
POR LA
ACREDITACIÓN





Ministerio
de Salud Pública

 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGÍA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			 2-102
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

INDICE



INDICE	2
1. RESUMEN	7
1.1 OBJETIVOS	7
1.2.- EQUIPO DE TRABAJO	7
2.- ORGANIZACIÓN DE LA GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA	8
2-1.- ORGANIZACIÓN	8
2.2- SERVICIO DE ENFERMERIA.....	8
3.- ALCANCE	9
4.- PROPOSITO	9
5.- PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA.....	10
5.1- SIGNOS VITALES	10
5.1.1- TEMPERATURA CORPORAL	10
5.1.2.-FRECUENCIA RESPIRATORIA.....	11
5.1.3.- PULSO ARTERIAL PERIFÉRICO.....	13
5.1.4.- PRESIÓN ARTERIAL.....	13
5.2- ANTROPOMETRIA.....	15
5.2.1- MEDICION DEL PESO	15
5.2.2.- TALLA (ESTATURA).....	16
5.2.3.- PERIMETRO CEFALICO	18
5.2.3.- PERÍMETRO DE CINTURA O CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL	19
5.2.4.- PERÍMETRO DE LA CADERA	20
5.2.5.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC O BMI).....	21



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	3-102



5.3-VIAS DE ADMINISTRACION DE MEDICACION.	21
5.3.1.-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL/ SUBLINGUAL.	21
5.3.3.-ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA OTICA.	25
5.3.4.- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL	27
5.3.5.- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA VAGINAL.	28
5.3.6.-ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA RECTAL.	29
5.4-TECNICAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.	31
5.4.1.- INYECCIÓN INTRADÉRMICA.	31
5.4.2.- INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.	33
5.4.3.- INYECCIÓN INTRAMUSCULAR.	35
5.4.4.- TÉCNICA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR EN SOLUCION.	37
4.5.- INYECCIÓN INTRAVENOSA.	38
5.4.6.-VENOCLISIS.	40
5.4.7.- INYECCIÓN INSULINA.	42
5.5-GASTROINTESTINALES.	46
5.5.1.- COLOCACIÓN DE SONDA NASOGASTRICA.	49
5.5.2.-LAVADO GÁSTRICO	51
5.6. GENITOURINARIO	52
5.6.1 ASEO GENITAL.	53
5.6.2 COLOCACION DE SONDA FOLLEY.	55
5.6.4. ENEMA EVACUADOR	59
5.7.-DE CIRUGIA MENOR.	61
5.7.1 CURACION SIMPLE.	61
5.7.2 CURACION DE QUEMADURAS.	63



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO			
SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		4-102

5.7.3 CURACION DE PIE DIABETICO.....	66
5.7.4 SUTURA.....	68
5.7.5 RETIRO DE PUNTOS.....	71
5.8 TERAPIA RESPIRATORIA	73
5.8.1 OXIGENOTERAPIA.....	73
5.8.2 NEBULIZACIONES	74
5.8.3 ASPIRACION DE SECRECIONES.....	76
5.9.- TOMA DE MUESTRAS.....	80
5.9.1 RECOLECCIÓN DE MUESTRA PARA BACILOSCOPIA.....	80
5.9.2 HEMOGLUCOTEST.....	82
5.10.-TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UNIVERSALES.	84
5.10.1 LAVADO DE MANOS	84
5.10.3 COLOCACION DE GUANTES ESTERILES.....	84
5.10.4 COLOCACION DE MASCARILLA.....	86
1.1 No se debe	99
1.2 Cuándo contactar a un profesional médico.....	100
1.3 Prevención.....	100
1.4 Nombres alternativos	100
6.11.- EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN	102
6.1.2 CUIDADOS POST OPERATORIOS	103
7.- MANEJO DE ENFERMERÍA EN ACCIDENTE OFÍDICO	106
RECURSOS:.....	106
8.- MANEJO DEL CATETER VENOSO CENTRAL	109
8.1.- CUIDADOS PRE-COLOCACIÓN DEL CVC.....	111



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p> <p>HOSPITAL PROVINCIAL PUYO</p> <p>SERVICIO DE NEFROLOGIA</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	5-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

8.2.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRANS-COLOCACI3N DEL CATETER VENOSO CENTRAL.....	115
2 13.2.-CUIDADOS POST COLOCACION DEL CATÉTER	116
8.4.-CUIDADOS DIARIOS DEL CATETER VENOSO CENTRAL	117
8.5.-CUIDADOS PARA EVITAR LA CONTAMINACION DEL CATETER.....	119
9.- FISTULAS ARTERIO VENOSAS.....	126
10.- BIBLIOGRAFÍA.....	134





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			 6-102
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

TABLA DE ELABORACION

ELABORADO POR	REVISADO POR
LIC.JESSICA CARDENAS	LIC. MARTHA NUÑEZ
Responsable1	Revisado por 1
LIC. ADRIANA BEDOYA	LIC. ROSA VASCONEZ



Fecha de Presentación: MARZO-2015

TABLA DE APROBACION

APROBADO POR	FIRMA / SELLO
ING. DANIEL ROMERO Aprobado1	
DR. PEDRO BEDON Aprobado 2	

Fecha de Aprobación: ABRIL-2015



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			 7-102
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

1. RESUMEN

El presente manual de procedimientos técnicos de enfermería tiene como propósito contribuir al mejoramiento de la calidad de atención al cliente, fortaleciendo el conocimiento técnico en el accionar del personal de enfermería. Está destinado al personal de enfermería del **Hospital General Puyo** de la provincia de Pastaza en la república del Ecuador, que laboran en beneficio del cliente y utilizan técnicas y procedimientos de enfermería para el efecto. Elaborado de manera sistemática, que permite fácil acceso a la información para su aplicación en los diferentes servicios del ambiente hospitalario.



1.1 OBJETIVOS

- ❖ Unificar criterios técnicos y de procedimientos aplicados por el personal de enfermería a nivel hospitalario básico.
- ❖ Contar con un texto de consulta permanente y de apoyo a las actividades que debe realizar el personal de enfermería en relación a técnicas básicas para la atención al cliente con calidad y calidez.
- ❖ Normar procedimientos de atención de Enfermería que se ejecutan en todos los servicios del HOSPITAL GENERAL PUYO.

1.2.- EQUIPO DE TRABAJO

- **Lcda. Jéssica Cárdenas**
- **Lcda. Martha Nuñez**
- **Lcda. Rosa Vásconez**



 HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	8-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

- **Lcda. Adriana Bedoya**

2.- ORGANIZACIÓN DE LA GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

2-1.- ORGANIZACIÓN



Es una organización estructural, responsable de gerencia el proceso de atención de enfermería en los diferentes niveles de gestión, incorporando para ello conocimientos, técnicas, metodología y recursos, acordes al desarrollo científico y tecnológico para fortalecer y mantener su competencia técnica, científica y humanística, manteniendo coherencia con el contexto social.

En la unidad operativa, el departamento de enfermería lo conforman el conjunto de servicios de enfermería, de acuerdo a su complejidad y especialización y agrupa a enfermeras, auxiliares de enfermería y otros recursos de apoyo de la plantilla de personal.

2.2- SERVICIO DE ENFERMERIA.

Es la unidad técnico administrativa básica del componente de enfermería, encargada de gerenciar las acciones de enfermería donde se conjugan el esfuerzo de los demás miembros del equipo de salud, tendientes a la consecución de los objetivos y metas de la Institución.



 HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			 9-102
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

Constituye el nexo entre la comunidad y la unidad operativa, el resultado de su trabajo se refleja en los indicadores de salud. Su desarrollo y gestión contribuye a mantener y modificar estos indicadores, en términos cuantitativos y cualitativos.



3.- ALCANCE

Este documento será aplicado por todo el personal de enfermería que está a cargo directo de la SUBDIRECCION DE LA GESTION DE CUIDADOS DE ENFERMERIA

4.- PROPOSITO

Garantizar al cliente una atención de enfermería científica, oportuna, continua, segura, integral; de calidad, calidez, técnica y humana, mediante la optimización de los recursos, el fortalecimiento y desarrollo del personal en competencias clínico epidemiológicas, gerenciales, sociales, de investigación.



 <p>Ministerio de Salud Pública</p> <p>Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	10-102

5.- PROCEDIMIENTOS DE ENFERMERIA

5.1- SIGNOS VITALES

5.1.1- TEMPERATURA CORPORAL.

DEFINICION:

Es la medición indirecta de la temperatura corporal.

OBJETIVO:

- Orientar formulación del diagnóstico médico.
- Orientar indicaciones terapéuticas.
- Evaluar respuesta a indicaciones terapéuticas.

EQUIPO:



Bandeja con:

- Termómetro digital en su estuche.
- Dispositivo para desechos.
- Guantes limpios (optativo).
- Vaselina.
- Toalla desechable.

PROCEDIMIENTO:

- 1.- Reúna el equipo y lávese las manos.



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				11-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

- 2.- Traslade el equipo a la unidad del paciente y explique el procedimiento a realizar y su objetivo.
- 3.- Si la región axilar o inguinal se encuentra húmeda, séquela con toalla desechable.
- 4.- Verifique que el termómetro digital marque 35 grados.
- 5.- Para control axilar: coloque el termómetro digital en axila cuidando que el bulbo quede en contacto con la piel. Tiempo = 5 minutos.
- 6.- Retire el termómetro y tómelo firmemente del cuerpo. Límpielo con toalla desechable si procede y póngalo a la altura de sus ojos para leer el valor obtenido.
- 7.- Cubra el bulbo con toalla desechable y deposítelo temporalmente en dispositivo para desechos.
- 8.- Registre la temperatura corporal de acuerdo a normas establecidas.
- 9.- Retire el equipo de la unidad y lave el termómetro con agua y jabón, enjuague, seque prolijamente y guárdelo en su estuche.

5.1.2.-FRECUENCIA RESPIRATORIA.

DEFINICION:

Es la medición de la frecuencia y observación de las otras características de la actividad respiratoria.



OBJETIVO:

- Controlar la evolución de una enfermedad.
- Evaluar indicaciones terapéuticas.
- Contribuir al diagnóstico médico.

EQUIPO:

- Reloj con segundero.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	12-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

- Esfero azul.

PROCEDIMIENTO:

Se aconseja que este control se realice con posterioridad al control del pulso y sin información al paciente, Cualquier persona que sabe que se le está midiendo la frecuencia respiratoria, tiende a controlar los movimientos torácicos con lo que se altera la medición.



1. Coloque su mano en la muñeca del paciente como si estuviera controlando el pulso. Asegúrese que el tórax antero superior del paciente esté visible.
2. Durante un minuto, cuente los ciclos respiratorios del paciente observando los ascensos o descensos del tórax .El valor obtenido es la frecuencia respiratoria. A continuación, observe amplitud y ritmo de la actividad respiratoria, presencia de alteraciones como tos, expectoración, ruidos agregados y si el paciente adopta alguna posición especial para respirar.

3. Registre la actividad realizada según normas establecidas.

IMPORTANTE:

- La frecuencia normal para un adulto es de 12 a 18 ciclos respiratorios por minuto.
- La actividad respiratoria normal es rítmica, silenciosa y sin esfuerzo.
- La fase inspiratoria es más larga que la fase espiratoria (relación 2/3 – 1/3).
- La relación entre la frecuencia respiratoria y la frecuencia del pulso es aproximadamente de 1:4.
- Cuando hay fiebre, aumenta la frecuencia respiratoria con el aumento concurrente de la frecuencia del pulso en un promedio de 4 ciclos respiratorios más por minuto por cada grado de elevación de la temperatura por sobre lo normal.



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				13-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

5.1.3.- PULSO ARTERIAL PERIFÉRICO.

DEFINICION:

Es la medición de la frecuencia y la observación de las otras características del pulso arterial a nivel periférico.

OBJETIVO:

Medir el pulso arterial periférico con fines diagnósticos y/o terapéuticos.

EQUIPO:



- Reloj con segundero.

PROCEDIMIENTO:

1. Explique al paciente en qué consiste el control y su objetivo.
2. Elija la arteria donde realizará la medición (radial, humeral, femoral, poplítea, pedia o temporal).
3. Coloque dedos índice, medio y anular sobre la arteria elegida y mida las siguientes características:
 - Frecuencia: Número de pulsaciones en un minuto.
 - Ritmo: Tiempo entre dos latidos sucesivos.
 - Amplitud: Expansión que experimenta la parte arterial al paso de la onda de sangre.
 - Tensión: Resistencia que ofrece la pared arterial al paso de la onda de sangre.
 - Simetría: Igualdad de las características de frecuencia – ritmo – amplitud y tensión en dos arterias pares.
4. Registre los hallazgos en hoja de enfermería.

5.1.4.- PRESIÓN ARTERIAL.



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				14-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

DEFINICION:

Es la medición indirecta de la presión que la sangre impulsada por el ventrículo izquierdo ejerce en el árbol arterial.

OBJETIVO:

Medir la presión arterial con fines diagnósticos o terapéuticos.

EQUIPO:



Bandeja con:

- Esfigmomanómetro de mercurio.
- Fonendoscopio.

PROCEDIMIENTO:

1. Si es posible pida al paciente que se sienta con la extremidad superior extendida, a la altura del corazón y apoyada en cojín o similar.
2. Coloque el manómetro al nivel de los ojos del examinador y de la aurícula derecha del examinado, lo suficientemente cerca que permita leer los datos del equipo.
3. Ubique la arteria braquial o humeral por palpación en el lado interno del pliegue del codo.
4. Envuelva el manguito alrededor del brazo, ajustado y firme. Su borde inferior debe quedar a 2.5 cms. (2 a veces de dedo) sobre el pliegue del codo. Si el manguito fue bien colocado los tubos de conexión quedarán sobre el trayecto de la arteria humeral.
5. Ubique la arteria radial por palpación.
6. Determine el nivel máximo de insuflación: Para ello insufla lentamente aire al manguito y observe en el manómetro el nivel en que deja de palparse el pulso radial (presión sistólica por palpación). A este valor súmele 30 mmHg.
7. Desinfele el manguito en forma rápida y espere 30 segundos antes de reinflar.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	15-102

8. Coloque el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral ubicada por palpación. Este debe ser aplicado con una presión suave, asegurando que esté en contacto la piel en todo momento. Una presión excesiva puede distorsionar los sonidos y alterar la medición.

9. Infle el manguito en forma rápida y continua, hasta el nivel de insuflación máxima ya determinado. Libere el aire de la cámara a una velocidad aproximada de 2 a 4 mmHg por segundo. El nivel de presión arterial se determina a través de los ruidos que se producen cuando la sangre comienza a fluir a través de la arteria al abrir la válvula de la pera de insuflación.

10. A medida que la presión del manguito va disminuyendo las características del ruido van cambiando. Los ruidos desaparecen cuando la presión ejercida por el manguito es menor a la presión dentro de la arteria. La presión sistólica se identifica al escuchar los dos primeros latidos consecutivos. La presión diastólica en los adultos se identifica por la cesación de los ruidos.

11. Registre la presión arterial en números pares e indique en que brazo efectuó la medición.

12. Retire el equipo de la unidad y realice limpieza de auriculares y diafragma del fonendoscopio con torunda con alcohol.

5.2- ANTROPOMETRIA

5.2.1- MEDICION DEL PESO



DEFINICIÓN

Procedimiento que permite medir la masa corporal y se expresa en kilogramos.

CONDICIONES PREVIAS

- Conocer el procedimiento.
- Lavado de manos.



 <div>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	16-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

- Historia clínica

EQUIPO

- Balanza con tallimetro
- Báscula para adulto portátil ó de plataforma con capacidad mínima de 150 Kg
- Balanza pesa bebé

PROCEDIMIENTO

1. Explicar al paciente el procedimiento
2. La medición se realizará con la menor ropa posible y sin zapatos. Se pide al sujeto que suba a la báscula colocando los pies paralelos en el centro, de frente al examinador.
3. Debe estar erguido con la vista hacia el frente, sin moverse y con los brazos que caigan naturalmente a los lados.
4. Si se emplea báscula de peso, se toma la lectura cuando el indicador de la báscula se encuentre fijo.
5. Registre el valor en el casillero correspondiente de la HCL.



5.2.2.- TALLA (ESTATURA)

DEFINICIÓN

Procedimiento que permite conocer la estatura del paciente en posición vertical, desde el punto más alto de la cabeza hasta los talones en posición de firmes. Se mide en cm.

CONDICIONES PREVIAS



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				17-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

- Conocer el procedimiento.
- Lavado de manos.
- Historia clínica



EQUIPO

- Balanza con tallimetro
- Paidómetro para niños
- Estadímetro

PROCEDIMIENTO

- Explicar al paciente el procedimiento para que esté enterado y sea más fácil medirlo
- Informe a la familia o familiares las actividades que se a desarrollar para que estén tranquilos.
- Indique al usuario que se quite el calzado, gorros adornos y se suelte el cabello si es necesario, ayúdele.
- Coloque la persona debajo del estadímetro de espalda a la pared con la mirada al frente, sobre una línea imaginaria vertical que divida su cuerpo en dos hemisferios.
- Verifique que los pies estén en posición correcta
- Asegúrese que la cabeza, espalda pantorrillas, talones y glúteos estén en contacto con la pared y sus brazos caigan naturalmente a lo largo del cuerpo.
- Acomode la cabeza en posición recta, coloque la palma de la mano izquierda abierta sobre el mentón del sujeto, y suavemente cierre sus dedos.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	18-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

13. Trace una línea imaginaria (plano de Frankfort) que va del orificio del oído a la base de la órbita del ojo.
14. Al realizar la lectura asegúrese que el ojo del observador estén a la misma altura.
15. Registre el valor en el casillero correspondiente de la HCL

5.2.3.- PERIMETRO CEFALICO

DEFINICIÓN

Procedimiento que permite medir la circunferencia de la cabeza

CONDICIONES PREVIAS

- Conocer el procedimiento.
- Lavado de manos.
- Historia clínica



EQUIPO

- Cinta métrica

PROCEDIMIENTO

1. Explicar al familiar del paciente el procedimiento.
2. Coloque la cinta métrica por encima de las cejas, siendo el punto de medición a nivel de la región parietal izquierda.
3. Evite que los dedos de examinador queden entre la cinta métrica y la cabeza del paciente, ya que este conduce a error.
4. Registre el resultado en el casillero correspondiente en la HCL.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	19-102

5.2.3.- PERÍMETRO DE CINTURA O CIRCUNFERENCIA ABDOMINAL

DEFINICIÓN

Procedimiento que permite medir la circunferencia de cintura. Permite conocer la distribución de la grasa abdominal y los factores de riesgo que conlleva.

CONDICIONES PREVIAS

- Conocer el procedimiento.
- Lavado de manos.
- Historia clínica



EQUIPO

- Cinta métrica

PROCEDIMIENTO

5. Explicar al paciente el procedimiento.
6. Coloque la cinta métrica en el perímetro del punto antes mencionado y proceda a la medición de la circunferencia, con el individuo de pie y la cinta horizontal.
7. Evite que los dedos de examinador queden entre la cinta métrica y el cuerpo del paciente, ya que este conduce a error.
8. Registre el resultado en el casillero correspondiente en la HCL.



 HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGIA	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA		
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA 20-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	

5.2.4.- PERÍMETRO DE LA CADERA

DEFINICIÓN

Procedimiento que permite medir la circunferencia de la cadera, constituye la máxima circunferencia a nivel de los glúteos.

CONDICIONES PREVIAS

- Conocer el procedimiento.
- Lavado de manos.
- Historia clínica



EQUIPO

- Cinta métrica

PROCEDIMIENTO

9. Explicar al paciente el procedimiento.
10. Con el adulto mayor de pie, coloque a la cinta métrica en la parte más ancha de los glúteos.
11. La medición debe realizarse colocando la cinta de manera paralela al piso y cuidado que la cinta no se tuerza.
12. Registre el resultado en el casillero correspondiente en la HCL.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	21-102

5.2.5.- ÍNDICE DE MASA CORPORAL (IMC O BMI)

DEFINICION

Éste índice ha tenido gran incidencia en el ámbito de la Salud Pública (debido a su facilidad de medida y rapidez de cálculo). Dicho índice corresponde a la siguiente fórmula:

CONDICIONES PREVIAS

1. Obtener datos de peso y talla de los registros
2. Registrar en el formulario según normativas de la institución de salud

EQUIPO

1. Formulario previo de registro del peso y talla
2. Calculadora manual

PROCEDIMIENTO PARA DETERMINAR EL ÍNDICE DE MASA CORPORAL

1. Explicar al paciente el procedimiento
2. Revisión del formulario de registro
3. Se procede a multiplicar talla al cuadrado y ese resultado lo divido para el peso y el valor es el resultado del IMC.



5.3-VIAS DE ADMINISTRACION DE MEDICACION.

5.3.1.-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA ORAL/ SUBLINGUAL.

DEFINICION:

Administrar fármacos por boca con fines diagnósticos, terapéuticos o preventivos para que sean absorbidos por la mucosa gastrointestinal.



 <p>Ministerio de Salud Pública</p> <p>Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	22-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

CONDICIONES PREVIAS:

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.

EQUIPO:

- Guantes de procedimientos
- Vaso con agua
- Toalla de papel
- Medicamento según indicación
- Mortero, jeringa.



PROCEDIMIENTO:

1. Valorar el nivel de conciencia y capacidad, para determinar forma de administración.
2. Lavar manos y poner guantes desechables.
3. Pedir la colaboración en cuanto a la necesidad de colocarle en una posición que facilite la deglución (posición de Fowler).
4. Indicar la correcta administración del tratamiento y asegurar la ingesta del mismo, si la vía es sublingual y el medicamento indicado es una tableta entréguela al paciente para que éste la coloque bajo la lengua. Infórmele que allí se disolverá por lo que no debe tragarla.
5. Recoger el material utilizado.
6. Sacar guantes.
7. Lavar manos.
8. Registrar.

5.3.2.-ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS VIA OFTALMICA.

DEFINICION:



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	23-102

Aplicar medicamentos intraoculares, manteniendo la esterilidad del mismo.

CONDICIONES PREVIAS:

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Realizar aseo ocular previo si procede.



EQUIPOS:

- Guantes de procedimientos
- Colirio o ungüento indicado.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimiento
3. Coloque al paciente sentado o en decúbito supino, con el cuello en leve hiperextensión. De esta manera, además de acceder fácilmente al ojo, se reduce el drenaje del medicamento a través del conducto lacrimal.
4. Si hay costras o secreciones, límpielas suavemente con una gasa impregnada en suero fisiológico. Limpie siempre desde el canto interno al canto externo del ojo, para no introducir microorganismos en el conducto lacrimal. Utilice una gasa nueva para cada pasada.
5. Abra el recipiente que contiene el medicamento y deje la tapa boca arriba, para evitar la contaminación de los bordes.
6. Coja una gasa limpia y colóquela sobre el pómulo del paciente (si parte del medicamento se rebosa, lo absorberemos con la gasa).
7. Con el dedo índice de su mano no dominante apoyado en la gasa presione suavemente hacia abajo, de tal manera que quede expuesto el saco conjuntival (la retracción contra el pómulo previene la presión y el traumatismo del globo ocular e impide que los dedos toquen el ojo).
8. Pídale al paciente que mire hacia arriba (con ello se reduce el parpadeo).



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGIA				24-102



• **Instilación de gotas oftálmicas:**

1. Con la mano dominante descansando sobre la frente del paciente, sostenga el cuentagotas o el frasco con el medicamento 1-2 cm. por encima del saco conjuntival. Al tener la mano apoyada y el recipiente a esa distancia, se previenen tanto los traumatismos como las infecciones. Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo.
2. Instile el medicamento en el centro del fondo del saco conjuntival.
3. Con una gasa apriete firmemente sobre el conducto lacrimal durante 1-2 minutos. Con ello se previene el rebosamiento hacia las vías nasales y la faringe y la absorción a la circulación sistémica.

• **Administración de ungüento oftálmico:**

1. Deseche la primera porción del ungüento.
2. Con la mano dominante aplique una tira fina y uniforme de pomada en el saco conjuntival, yendo desde el canto interno al canto externo del ojo.
Mantenga una distancia de 1-2 cm. entre el tubo y el saco conjuntival, con el fin de evitar los traumatismos y las infecciones. Si en algún momento se toca el ojo con el aplicador del medicamento, hay que considerarlo contaminado y desecharlo.
3. Al llegar al canto externo, gire levemente el tubo en sentido contrario. Con ello se facilita el desprendimiento de la pomada.
4. Pídale al paciente que cierre los párpados con suavidad, sin apretarlos. Así el medicamento se distribuirá uniformemente por el ojo.
5. Si se rebosa medicamento, límpielo con la gasa que tenía en la mano no dominante (siempre desde el lado interno al lado externo del ojo).
6. Cierre el recipiente que contiene el medicamento.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	25-102
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	FECHA DE VIGENCIA		
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

Aseo Ocular:

1. Informar al paciente
2. Disponer de luz adecuada
3. Poner al paciente en decúbito dorsal con la cabeza hacia el lado afectado, colocar un riñón en ese mismo lado.
4. Lavar los párpados y las pestañas con solución salina. Mirando el paciente hacia arriba, invertir el saco conjuntival inferior sin ejercer nunca presión sobre el globo ocular.
5. Irrigar permitiendo que el líquido de irrigación fluya del canto interno al externo del ojo a lo largo del saco conjuntival
6. Usar solo la fuerza suficiente para el lavado, no tocar el párpado, pestañas o globo ocular con el instrumento de irrigación.
7. Solicitar al paciente que cierre los ojos varias veces.
8. Secar la cara del paciente
9. Poner parche ocular si es indicado (gasa fija con tela).

RECOMENDACIONES:

- El periodo de caducidad una vez abiertos es de un mes.
- Cuando el tratamiento es múltiple, con diferentes colirios, la administración de cada uno de ellos debe realizarse al menos con un intervalo de 5 minutos.

5.3.3.-ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA OTICA.



DEFINICION:

Instilación de medicamentos al interior del oído.

CONDICIONES PREVIAS:

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				26-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				



EQUIPO:

- Guantes de procedimientos
- Suero fisiológico.
- Medicamento según indicación.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimiento
3. Ayude al paciente a colocarse en la posición adecuada: sentado o en decúbito y con la cabeza girada o inclinada hacia el lado que no se va a tratar.
4. Limpiar suavemente el pabellón auricular y el conducto auditivo externo con una gasa impregnada en suero fisiológico. Así se evita que cualquier supuración penetre en el conducto auditivo.
5. Temperar el envase frotándolo entre las manos o introduciéndolo en agua tibia durante unos minutos. La medicación debe administrarse a la temperatura corporal ya que de lo contrario actuaría como un estímulo térmico sobre el laberinto y provocaría un episodio de vértigo agudo.
6. Abrir el envase que contiene el fármaco y dejar la tapa boca arriba (evitar que se contaminen sus bordes).
7. Con los dedos índice y pulgar de su mano no dominante coja la parte superior y posterior del pabellón auricular y tire suavemente de ella hacia arriba y hacia atrás en los pacientes adultos, hacia atrás en los niños y hacia atrás y hacia abajo en los lactantes. Con ello se consigue ensanchar el diámetro y alinear el conducto auditivo externo.
8. Mientras tira del pabellón auricular, instile el número de gotas prescrito, de tal manera que caigan sobre la pared lateral del conducto auditivo externo. No aplique las gotas dentro del conducto ya que, según cuál sea el proceso de base, se puede producir dolor.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				27-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

9. Para evitar contaminación, procure que el extremo del recipiente no toque la piel del paciente.

10. Presionar suavemente en el trago para facilitar que el medicamento avance por el conducto auditivo externo.

11. Pídale al paciente que permanezca en la posición adoptada otros cinco minutos más. Con ello se evita la salida del medicamento y se favorece que el oído externo se impregne adecuadamente.

12. Transcurrido este tiempo, el paciente ya puede abandonar la postura indicada. Tenga la precaución de informarle de que, una vez administrado el tratamiento, no debe de colocarse gasas o algodones en el conducto. Si lo hiciera, estos apósitos absorberían por capilaridad parte de la medicación, con lo cual disminuirá su eficacia.

5.3.4.- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA NASAL

DEFINICION:

Es el proceso mediante el cual se proporciona al paciente medicamentos indicados y que serán absorbidos por la mucosa nasal.



CONDICIONES PREVIAS:

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.

EQUIPO:

- Guantes de procedimiento



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	28-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

- Medicamento según indicación
- Torundas de algodón secas.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimientos
3. Previo aseo de cavidad nasal (si procede) coloque al paciente con el cuello en hiperextensión.
4. Tome el frasco del medicamento y dirija la punta hacia la fosa nasal cuidando de no entrar en contacto con ella. Instile las gotas indicadas.
5. Pídale al paciente que respire por la boca para evitar que estornude y la cabeza hacia atrás por lo menos durante 5 minutos.
6. Limpie con toalla de papel o torundas de algodón secas restos de medicamento que escurran por la nariz.
7. Ordenar material utilizado
8. Registrar.

5.3.5.- ADMINISTRACIÓN DE MEDICAMENTOS VÍA VAGINAL.

DEFINICION:

Proceso mediante el cual se proporciona al paciente medicamentos indicados para ser absorbidos por la mucosa vaginal.



CONDICIONES PREVIAS:

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.

EQUIPO:

- Guantes de procedimientos



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	29-102

- Apósito.
- Medicamento según indicación.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos
2. Colóquese los guantes.
3. Si el medicamento viene presentado en forma de óvulo o tableta vaginal, separe los labios mayores e introdúzcalo suavemente por la pared posterior de la vagina.
4. Si el medicamento se presenta como pomada introduzca suavemente el aplicador (aproximadamente 5 centímetros) en dirección al sacro, presione el tubo, retire suavemente y limpie residuos de crema.
5. Coloque apósito vaginal y pida a la paciente que mantenga posición horizontal al menos 15 minutos. Retírese los guantes y elimínelos en el dispositivo para desechos.
6. Registre de acuerdo a normas establecidas.

5.3.6.-ADMINISTRACION MEDICAMENTOS VIA RECTAL.



DEFINICION:

Administrar sustancias medicamentosas en el interior del recto, a través del ano, con fines terapéuticos, preventivos o diagnósticos.

CONDICIONES PREVIAS:

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.
- Preguntar al paciente si tiene ganas de defecar, para que lo haga antes del procedimiento.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	30-102



EQUIPO:

- Guantes de procedimientos
- Supositorio según indicación
- Sabanilla.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavado de manos
2. Ponerse guantes de procedimiento
3. Informar al paciente del procedimiento que va a realizar y solicitar su colaboración.
4. Poner al paciente en decúbito lateral izquierdo, con la pierna derecha flexionada por encima de la izquierda, hacia delante. Con esta postura el ano se expone más fácilmente y se favorece la relajación del esfínter externo.
5. Cubrir al paciente con la sábana, de tal modo que solo queden expuestas las nalgas.
6. Separar la nalga que no se apoya en la cama y observe el ano. Compruebe que la zona está limpia.
7. Verificar la consistencia del supositorio. Si es correcta, retirar el envoltorio. Si está muy blando se debe poner unos minutos en el refrigerador o bajo un chorro de agua helada.
8. Indicar al paciente que realice varias respiraciones lentas y profundas por la boca. Con ello se favorece la relajación del esfínter anal y se disminuye la ansiedad del enfermo.
9. Separar la nalga que no se apoya en la cama con la mano no dominante. Con el dedo índice de la mano dominante introducir el supositorio por su parte cónica, imprimiéndole una dirección hacia el ombligo.
10. Mantener apretadas las nalgas del paciente hasta que ceda el tenesmo rectal (dos o tres minutos).



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	31-102

11. Lo ideal es que el paciente permanezca acostado en decúbito lateral o supino durante unos diez o quince minutos, que es el tiempo que tarda en absorberse el medicamento. Estas posturas favorecen la retención del supositorio.

5.4-TECNICAS DE ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS.

5.4.1.- INYECCIÓN INTRADÉRMICA.

DEFINICIÓN:

Es la introducción de una determinada cantidad de líquido medicamentoso, en el tejido intradérmico, a través de jeringa y aguja adecuada.

CONDICIONES PREVIAS:



- Preparar el equipo.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa de tuberculina o de 1 cc milimetrada.
- Aguja adicional para aspirar.
- Solución a inyectar.
- Torundero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	32-102

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Armar la jeringa y conectar la aguja con la que se extraerá la solución medicamentosa. Dejarla en la bandeja estéril.
4. Abrir la ampolla, previamente protegida con algodón.
5. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido.



Si el envase es un frasco con tapa de goma cerrada herméticamente, proceder como sigue:

1. Desinfectar el tapón de goma con alcohol.
2. Aspirar en la jeringa tanto aire como líquido debe extraer.
3. Introducir la aguja en el tapón e inyectar el aire dentro del frasco y aspirar la cantidad de solución medicamentosa que se va a inyectar. Retirar.
4. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
5. Llevar la bandeja hasta el paciente.
6. Lavar con agua y jabón si es necesario.
7. Limpiar la piel con una torunda de algodón con alcohol puro.
8. Tomar la jeringa e inyectar en cara externa del antebrazo, teniendo la precaución de que en bisel de la aguja quede hacia arriba y paralelo a la piel.
9. Observar posibles reacciones en el paciente.
10. Retirar el material.
11. Lavarse las manos.
12. Dar indicaciones.
13. Registrar.

RECOMENDACIONES:

- Observar reacciones adversas.
- Retirar equipo y descontaminar según normas.
- Desechar jeringa y aguja según norma.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	33-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

- Ordenar y guardar el resto del equipo.

5.4.2.- INYECCIÓN SUBCUTÁNEA.

DEFINICIÓN:

Es la introducción de una determinada solución en el tejido celular subcutáneo, por medio de una jeringa y aguja adecuada.

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparar el equipo.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

EQUIPO:



Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Aguja adicional para aspirar.
- Solución a inyectar.
- Torundero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	34-102
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

4. Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Llevar la bandeja hasta el paciente.
9. Lavar con agua y jabón si es necesario.
10. Limpiar la piel con una tórula de algodón con alcohol puro.
11. Con el índice y el pulgar de la mano libre sujetar la piel y de una sola vez introducir la aguja en un solo movimiento firme en un ángulo de 45°.
12. Aspirar para cerciorarse que no se ha caído en vaso sanguíneo y luego inyectar lentamente la solución.
13. Una vez inyectado el medicamento, retirar la aguja con un movimiento rápido, presionar sobre el área con una torunda seca.
14. Desechar el material según normas.
15. Dejar cómodo al paciente.
16. Lavarse las manos.
17. Registrar.

RECOMENDACIONES:

- Verificar indicaciones y solución a utilizar.
- Preparar y colocar inmediatamente el medicamento.
- Retirar equipo, asear prolijamente y reintegrarlo a su sitio.
- Desechar jeringa y aguja según norma.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	35-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

5.4.3.- INYECCIÓN INTRAMUSCULAR.

DEFINICIÓN:

Es la introducción de una determinada solución en el tejido muscular, por medio de una jeringa y aguja adecuada.

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparar el equipo.
- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

EQUIPO:



Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa con su respectiva aguja.
- Aguja adicional para aspirar.
- Solución a inyectar.
- Torundero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				36-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

4. Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Llevar la bandeja hasta el paciente.
9. Si va a puncionar región glútea, coloque al paciente en posición decúbito ventral con los pies hacia la línea media
10. Limpiar sitio de punción con una torunda con alcohol (cuadrante superior externo del glúteo).
11. Con la mano libre sujetar firmemente el glúteo que se va a puncionar, introduciendo la aguja con un movimiento rápido y firme en un ángulo de 90°.
12. Aspirar para cerciorarse que no se ha caído en vaso sanguíneo. En caso de puncionar un vaso sanguíneo, cambie la dirección sin retirar la aguja y vuelva a aspirar y luego inyectar lentamente la solución.
13. Una vez inyectado el medicamento, retirar la aguja con un movimiento rápido, presionar sobre el área con una torunda seca.
14. Desechar el material según normas.
15. Dejar cómodo al paciente.
16. Lavarse las manos.
17. Registrar.

RECOMENDACIONES

Si va a puncionar deltoides siga la misma técnica descrita para inyección intramuscular. Tome como punto de referencia cuatro traveses de dedos bajo el acromion de la cara externa del brazo.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	37-102
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	FECHA DE VIGENCIA		
SERVICIO DE NEFROLOGIA				



5.4.4.- TÉCNICA INYECCIÓN INTRAMUSCULAR EN SOLUCION.

Se efectuaran los pasos de acuerdo a inyección intramuscular.

I. PROCEDIMIENTO:

1. Leer indicaciones del medicamento a administrar.
2. Preparar al paciente.
3. Lavarse las manos.
4. Quebrar la ampolla de diluyente sujetándola con una torunda.
5. Retirar tapa metálica del frasco del medicamento y limpiar con torunda con alcohol.
6. Sacar la jeringa y colocarle una aguja de mayor calibre.
7. Aspirar el diluyente e introducirlo en frasco del medicamento.
8. Preparar la solución según indicación.
9. Verificar que la disolución sea completa y homogénea.
10. Aspirar el medicamento preparado y eliminar burbujas.
11. Cambiar aguja y dejar jeringa cargada en el riñón.
12. Para puncionar región glútea colocar al paciente en posición de decúbito ventral.
13. Con una torunda con alcohol limpiar sitio de punción.
14. Con la mano libre proceder a sujetar firmemente el sitio de punción e introducir la aguja con un movimiento firme en ángulo de 90°.
15. Aspirar, en caso que haya puncionado un vaso sanguíneo, cambiar de dirección sin retirar la aguja.
16. Inyectar lentamente el medicamento.
17. Retirar con un movimiento rápido, haciendo presión con la torunda en la zona de punción.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	38-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

18. Dejar cómodo al paciente.
19. Desechar material utilizado, según norma.
20. Lavarse las manos.
21. Registrar la actividad.

4.5.- INYECCIÓN INTRAVENOSA.

DEFINICIÓN:

Es la introducción de una determinada solución al torrente sanguíneo, utilizando una jeringa y aguja adecuada.

CONDICIONES PREVIAS:



- Preparación psíquica del paciente. Informarle
- Preparación física del paciente: ubicar vena de buen calibre, acomodar al paciente, asear zona de punción si es necesario.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa con capacidad de acuerdo al medicamento y aguja desechable
- Aguja adicional para aspirar.
- Torniquete.
- Guantes.
- Solución a inyectar.
- Torundero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	39-102

- Material de registro.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Llevar la bandeja hasta el paciente.
9. Colocarse los guantes.
10. Ubicar vena a puncionar.
11. Limpiar el sitio de punción con torunda con alcohol.
12. Ligar el sitio próximo a la punción e introducir la aguja en la vena seleccionada.
13. Soltar la ligadura, aspirar para verificar que se está en vena.
14. Empujar suavemente el embolo de la jeringa introduciendo el medicamento lentamente.
15. Verificar permeabilidad de la vena durante el procedimiento.
16. Una vez finalizado éste, retirar la aguja y presionar firmemente el sitio de punción.
17. Desechar el material según normas.
18. Dejar cómodo al paciente.
19. Retirar los guantes y lavarse las manos.
20. Registrar.



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				40-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

RECOMENDACIONES:

- Mientras introduce el medicamento, observar reacciones adversas, interrumpir la acción si es necesario.

5.4.6.-VENOCLISIS.

DEFINICIÓN:

Es la introducción de una determinada solución al torrente sanguíneo, utilizando catéter periférico.

CONDICIONES PREVIAS:



- Preparación psíquica del paciente. Informarle
- Preparación física del paciente: ubicar vena de buen calibre, acomodar al paciente, asear zona de punción si es necesario.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa con medicamento indicado
- Suero según indicación.
- Bajadas de suero.
- Torniquete.
- Guantes.
- Torundero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	41-102

- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
3. Preparar el equipo.
4. Si hay indicación de medicamento: Cargar la jeringa con el medicamento a inyectar. Para ello agitar y golpear previamente en forma leve el cuello de la ampolla para homogeneizar y nivelar el contenido.
5. Limpiar con un trozo de algodón el cuello de la ampolla y disponer de este en el lado opuesto al que se va a quebrar.
6. Introducir la aguja en la ampolla y aspirar el líquido indicado, retirar.
7. Expulsar el aire de la jeringa, cambiar la aguja y dejarla en la bandeja o riñón.
8. Seleccionar suero según indicación, cortar gollete previa desinfección con alcohol. Si existe indicación de medicamento, introducirlo al suero sin tocar bordes.
9. Conectar la bajada de suero al suero y permeabilizar la conexión.
10. Llevar la bandeja hasta el paciente.
11. Colocarse los guantes.
12. Ubicar vena a puncionar.
13. Limpiar el sitio de punción con torunda con alcohol.
14. Ligar el sitio próximo a la punción
15. Retirar funda protectora de la bránula con la mano no dominante.
16. Con la mano dominante sostener el catéter con dedo índice y pulgar e introducir la bránula en la vena seleccionada con bisel hacia arriba en un ángulo de 30 a 40 grados con la piel, observar si retorna sangre a la cámara trasera del catéter, disminuir el ángulo de la aguja dejándola casi paralela a la superficie cutánea



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				42-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

17. Soltar la ligadura.

18. Con movimiento coordinado de ambas manos canalizar la vena, la mano no dominante va introduciendo el catéter, mientras que la mano dominante va retirando el mandril.

19. Conectar directamente el equipo de perfusión. Si existe la necesidad conectar llave de tres pasos.

20. Abrir la llave del sistema de perfusión y ajustar la velocidad de infusión

21. Fijar bránula con tela adhesiva.

22. Desechar el material según normas.

23. Dejar cómodo al paciente.

24. Retirar los guantes y lavarse las manos.

IMPORTANTE:

- El catéter venoso debe cambiarse cada 72 horas
- El cálculo de la velocidad de perfusión:
1 ml = 1 cc = 20 gotas = 60 microgotas

5.4.7.- INYECCIÓN INSULINA.



DEFINICIÓN:

Es la introducción de una cantidad de insulina previamente indicada y prescrita por vía subcutánea.

CONDICIONES PREVIAS:

- Informar al paciente el procedimiento a realizar.
- Mantener al paciente cómodo y en un ambiente de privacidad



	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	43-102

EQUIPO:



Bandeja con:

- Riñón o bandeja estéril.
- Jeringa de insulina desechable, con su respectiva aguja.
- Medicamento a inyectar.
- Torundero y desinfectante de uso habitual.
- Depósito cortopunzante.
- Bolsa de desechos.
- Material de registro.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
4. Preparar el equipo.
5. Aspirar aire en la jeringa, tirando el embolo hacia atrás, hasta la cantidad de dosis requerida.
6. Puncionar con la aguja el tapón de goma del frasco e introducir todo el aire en el mismo.
7. Poner el frasco de insulina con la jeringa y aguja clavada, vertical hacia abajo. Tirar del embolo lentamente hasta cargar las unidades requeridas y algo más, eliminar las burbujas de aire golpeando con el dedo la jeringa. Luego, dejar las unidades exactas a inyectarse introduciendo el resto en el frasco, retirar la jeringa.
8. Limpiar el sitio de punción con torunda con agua. NO UTILIZAR ALCOHOL.
9. Plegar entre los dedos la piel del sitio de punción.
10. Introducir la aguja firmemente en la piel hasta el final.
11. El ángulo de inyección varía de 45 a 90°, según el grosor de la piel.





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF 001	
	SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	44-102

12. Soltar el pliegue. Aspirar. Si no se ve sangre su interior continuar. Si en alguna ocasión observa sangre, retirar la jeringa y comenzar de nuevo.
13. Empujar el embolo hasta el final con cuidado, inyectando toda la insulina.
14. Mantener por 10 segundos y retirar despacio.
15. Presionar firmemente el sitio de punción.
16. Desechar el material según normas.
17. Dejar cómodo al paciente.
18. Lavarse las manos.
19. Registrar.

Preparación de la mezcla de insulina:

1. Lavarse las manos prolijamente.
2. Explicar el procedimiento al paciente.
3. Verificar indicación y medicamento a inyectar.
4. Preparar el equipo.
5. Aspirar aire de la dosis de insulina lenta e inyectarlos al frasco de la insulina lenta.
6. Hacer lo mismo con la insulina rápida.
7. Sin sacar la jeringa invierta el frasco de la insulina rápida y aspire dosis indicada.
8. Retire la jeringa del frasco.
9. Invierta el frasco de insulina lenta, introduzca la aguja y aspire lentamente la cantidad indicada.
10. Verifique la suma de ambas, elimine burbujas.
11. Limpiar el sitio de punción con torunda con agua. NO UTILIZAR ALCOHOL.
12. Plegar entre los dedos la piel del sitio de punción.
13. Introducir la aguja firmemente en la piel hasta el final.
14. El ángulo de inyección varía de 45 a 90°, según el grosor de la piel.
15. Soltar el pliegue. Aspirar. Si no se ve sangre su interior continuar. Si en alguna ocasión observa sangre, retirar la jeringa y comenzar de nuevo.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	45-102
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

SERVICIO DE NEFROLOGIA

16. Empujar el embolo hasta el final con cuidado, inyectando toda la insulina.
17. Mantener por 10 segundos y retirar despacio.
18. Presionar firmemente el sitio de punción.
19. Desechar el material según normas.
20. Dejar cómodo al paciente.
21. Lavarse las manos.
22. Registrar.



RECOMENDACIONES:

1. El paciente diabético que necesita insulina debe ser instruido para efectuarse él mismo el procedimiento.
2. Se recomienda utilizar los siguientes sitios de punción:
 - Cara externa y superior del brazo.
 - Parte superior y lateral de las nalgas.
 - Zona periumbilical
 - Cara lateral y anterior de los muslos.

Las zonas de inyección deberán rotarse, teniendo la precaución de separar las punciones varios centímetros entre ellas, a fin que la insulina se absorba bien y evite así la aparición de deformaciones en los sitios de inyección (lipodistrofias).

- ❖ Para mejor cumplimiento de las actividades descritas , revisar
“PROTOCOLO DE ADMINISTRACION SEGURA DE MEDICAMENTOS”



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				46-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

5.5-GASTROINTESTINALES.

ALIMENTACION ORAL - CUIDADOS BÁSICOS

DEFINICION

Preparación y ayuda del usuario para su alimentación.

OBJETIVOS

Proporcionar al usuario la dieta prescrita y conseguir un buen estado nutricional



MATERIAL

- Bandeja de comida
- Mesa para alimento
- Material para lavado de manos e higiene de la boca.

PROCEDIMIENTOS

1. Coloque al usuario en posición cómoda para comer.
2. Proporciónale el material para el lavado de manos.
3. Mantenga una buena iluminación en la habitación.
4. Revise la bandeja de comida y compruebe que la dieta recibida coincide con la solicitada.
5. Ayude al usuario a comer.
6. Una vez finalizada la comida, compruebe lo que ha comido el usuario.
7. Retire la bandeja.
8. Proporciónale el material necesario para el lavado de manos y la higiene bucal.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				47-102
SERVICIO DE NEFROLOGIA				

OBSERVACIONES

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

REGISTROS

Indique cualquier **incidente** ocurrido, siga **“PROTOCOLO DE EVENTOS ADVERSOS.”**

ALIMENTACION ENTERAL POR GASTROSTOMIA Y YEYUNOSTOMÍA

DEFINICION

Nutrición e hidratación del usuario por vía gástrica o intestinal directa



OBJETIVO

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

MATERIAL

- Sonda de alimentación enteral
- Bomba de perfusión
- Dieta prescrita
- Jeringa de 50 c.c.



 <p>Ministerio de Salud Pública</p> <p>Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF 001	PÁGINA	48-102
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO			
SERVICIO DE NEFROLOGIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

- Vaso con agua

PROCEDIMIENTO

- Informar al usuario del procedimiento
- Comprobar que la dieta corresponde a la prescripción

Purgar el sistema y conectarlo a la bomba tras comprobar su correcto funcionamiento, siga instrucciones **MANUAL DE FUNCIONAMIENTO DE BOMBAS DE INFUSION**



OBSERVACIONES

Si al aspirar se comprueba que existe residuo más del 50% de lo administrado, y volver a introducirlo, añadiendo de la nueva dieta hasta completar la cantidad prescrita.

REGISTROS

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



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENR001	PÁGINA	49-120
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO			
GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

5.5.1.- COLOCACIÓN DE Sonda NASOGASTRICA.

DEFINICION:

Instalación de una sonda nasogástrica por uno de los orificios nasales hasta el estómago.

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad al paciente.
- Preparar equipo.



EQUIPO:

- Sonda nasogástrica calibre a elección según edad del paciente.
- Guantes estériles.
- Agua para lubricar la sonda o suero fisiológico.
- Un riñón.
- Toalla desechable.
- Esparadrapo.
- Fonendoscopio
- Jeringa de 60ml punta TIP

PROCEDIMIENTO:

1. Explicar al paciente la técnica que se va a realizar pidiéndole su colaboración.
2. Reunir el material a utilizar.





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	50-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

3. Hacer una medición superficial del trayecto previsto (recorrido desde la nariz, lóbulo de la oreja y apéndice xifoides), marcar éste punto con tela o con un lápiz.
4. Situar al paciente en decúbito supino Fowler, incorporado a 45° y la cabeza ligeramente inclinada hacia delante.
5. Lavarse las manos y preparar los materiales que utilizará, aplicar suero a los 30 cms distales de la sonda.
6. Colaborar en el procedimiento pidiéndole al paciente que trague saliva y aprovechando estos momentos de deglución avanzará la sonda.
7. Una vez alcanzado el punto previsto en la medición inicial, puede empezar a salir contenido gástrico por la sonda; si esto no sucede, se aspirará con la jeringa, si se extrae contenido gástrico se confirmará su situación.
8. Si aún no obtenemos contenido gástrico, se deberá introducir 20 cms. de aire con la jeringa, al mismo tiempo que auscultamos el epigastrio, intentando oír un ruido de burbujas en el estómago que indica la presencia de aire en la cavidad, o colocar el extremo libre de la sonda en un recipiente con agua, si hay burbujas indica que se encuentra en pulmones.
9. Fijar la sonda con tela en la mejilla del paciente.

RECOMENDACIONES:

- Nunca se debe presionar más de lo debido, ya que puede haber algún tipo de obstrucción y podría causar alguna lesión.
- Retirar a la brevedad si observamos al paciente con algún signo de dificultad respiratoria.
- En recién nacidos, se debe colocar de preferencia orofaríngea, por las condiciones de respiración de éstos pacientes.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	51-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

5.5.2.-LAVADO GÁSTRICO

DEFINICION:

Introducción de una sonda hueca, de calibre grueso y multiperforada en su extremo distal, que se llevará hasta el estómago para evacuar sangre, tóxicos o cualquier otro tipo de sustancia mediante la irrigación y aspiración de pequeños volúmenes de líquido.

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad al paciente.
- Preparar equipo.



EQUIPO:

- Sonda nasogástrica calibre dependiendo de la edad del paciente.
- Guantes.
- Agua para lubricar la sonda o suero fisiológico.
- Solución a instilar según indicación médica.
- Un riñón.
- Toalla o pañuelos desechables.
- Esparadrapo.

PROCEDIMIENTO:

1. Realizar instalación de sonda nasogástrica según procedimiento anterior.
2. El lavado gástrico se inicia una vez comprobada la correcta colocación de la sonda gástrica.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	52-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

3. Introducción de la cantidad apropiada de líquido (solución salina isotónica) a temperatura templada 37°C, para evitar hipotermia.
4. Si la instilación del líquido se realiza por el sistema pasivo se clampará la rama de conexión a la bolsa de drenaje y se dejará infundir la bolsa de irrigación. Si el líquido se introduce mediante sistema activo, se infundirá directamente con la jeringa conectada a la sonda gástrica.
5. Aspiración suave del líquido instilado mediante jeringa (sistema activo) o drenaje por gravedad (cerrando la conexión a la bolsa de fluido y abriendo la bolsa de drenaje mediante sistema pasivo). Se puede usar también el método de sifón bajando la sonda por debajo del nivel del estómago y dejándola refluir a un recipiente. La cantidad de líquido drenado ha de ser aproximadamente igual al líquido irrigado para evitar dilatación gástrica o el pase de tóxicos hacia duodeno.
6. La eficacia del lavado se puede complementar con la adición de soluciones especiales (carbón activado, catárticos, sustancias para el control del sangrado) si estuviera indicado.
7. Realizar el lavado hasta que el contenido gástrico sea claro.
8. Registrar procedimiento.

5.6. GENITOURINARIO



MEDICION DE LA DIURESIS

DEFINICION

Controlar la cantidad de orina eliminada en un tiempo determinado.

Observar las características de la misma.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	53-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

OBJETIVOS

Realizar balance hídrico.

Detectar alteraciones en la eliminación de orina.

MATERIALES

- Guantes desechables.
- Bidet o pato, individual, en ningún caso compartir con otros usuarios
- Frasco de plástico graduado.
- Hoja de control de diuresis.

PROCEDIMIENTO

- 1.-Informe al usuario de que no miccione en el sanitario.
- 2.- Recoja la orina y viértala en el frasco graduado.
- 3.- Realice la medición.
- 4.- Deseche el contenido.
- 5.-Recoja, limpie y ordene el material utilizado.

OBSERVACIONES

Prescripción facultativa.



Asegúrese de que todo el personal de enfermería y usuario estén informados.

Registre la cantidad y las características de la orina.

5.6.1 ASEO GENITAL.

DEFINICION. Es el aseo de los genitales externos masculino o femenino.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	54-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad y privacidad al paciente.
- Preparar equipo.

EQUIPO:

Bandeja con:

- Riñón o bandeja con agua jabonosa tibia.
- Frasco con torundas grandes de algodón.
- Jarro pequeño (500 cc) con agua tibia.
- Guantes de procedimientos.
- Sabanilla y trozo de plástico u otro material impermeable.
- Papel higiénico o toalla desechable.
- Dispositivo para desechos.



Nota: Si el paciente está en condiciones de hacerse este aseo, proporciónale el equipo e indíquele cómo hacerlo.

PROCEDIMIENTO:

Aseo genital femenino:

1. Informar a la paciente en relación a la actividad a realizar.
2. Preparar el equipo.
3. Colocar sabanilla bajo la pelvis.
4. Ayude a la paciente a adoptar la posición ginecológica.
5. Ubique sobre la sabanilla el riñón con agua jabonosa y el dispositivo para desechos. Colóquese los guantes.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	55-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

6. Vacíe sobre la vulva parte del agua jabonosa con el objetivo de arrastrar las secreciones acumuladas. Limpie pliegues inguinales con torundas humedecidas en agua jabonosa, con movimientos de arrastre en un solo sentido (desde el pubis hacia el ano). Utilice las torundas una sola vez y luego elimínelas en el dispositivo para desechos.

7. Separe grandes labios y limpie con movimientos de arrastre, suaves y seguros de la forma ya descrita. A continuación, separe los labios menores y repita lo indicado. Vierta el resto del agua jabonosa sobre la vulva.

8. Elimine el jabón vaciando suavemente agua tibia sobre la vulva, seque con toalla desechable.

9. Cubra de inmediato a la paciente.

10. Registre la atención proporcionada.

11. Retire equipo utilizado

Aseo genital del varón:

1. Para que se logre asear prolijamente la región, es importante, retraer suavemente el prepucio para limpiar el glande y pliegue balano prepucial con movimientos circulares. Finalmente limpie la bolsa escrotal con movimientos de arrastre.



5.6.2 COLOCACION DE SONDA FOLLEY.

DEFINICIÓN:

Es el procedimiento que consiste en introducir en la vejiga una sonda con los siguientes fines:

- Evacuación continua de orina de pacientes con incontinencia urinaria o inconsciente.
- Permitir la medición de diuresis horaria en pacientes críticos.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	56-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- Realizar exámenes.

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad y privacidad al paciente.
- Preparar equipo.
- Solicitar ayudante.

EQUIPO:



Bandeja con:

- Sonda Foley estéril, según edad del paciente.
- Guantes estériles y de procedimiento.
- Delantal y mascarilla.
- Jeringa estéril de 5 – 10 cc.
- Set de recolección de orina estéril.
- Paño perforado estéril.
- 3 torundas grandes con jabón.
- Agua destilada, 2 ampollas de 5cc.
- Suero fisiológico.
- Esparadrapo.
- Chata o riñón.
- Deposito para desechos.

PROCEDIMIENTO:

1. Explicar el procedimiento al paciente
2. Realizar aseo genital, según técnica establecida.





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	57-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

3. Lavarse las manos, quirúrgicamente.
4. Colocarse delantal y mascarilla.
5. Colocarse los guantes estériles
6. Solicitar ayuda para dejar caer suero fisiológico en genitales.
7. Armar jeringa y cargar con agua destilada.
9. Preparar área con paño perforado estéril
10. Introducir la sonda humedecida con agua destilada suavemente por la uretra.
 - Varón: ponga una gasa estéril en círculo alrededor del pene.
 - Mujer: separar labios mayores con gasa estéril, utilizando los dedos índice y pulgar.
11. Si se toma muestra de orina: recolectar en un frasco estéril rotulado la cantidad adecuada.
12. Dejar escurrir la orina directamente al set recolector, previamente conectado con la válvula de salida cerrada; introducir agua destilada al balón de la sonda, a través del tapón de goma o válvula.
13. Traccionar suavemente la sonda para comprobar si esta fija en la vejiga.
14. Adaptar la sonda Foley a la bolsa recolectora de orina.
15. Fijar la sonda al paciente con esparadrapo.
16. Retirar el equipo y dejar cómodo al paciente
17. Medir cantidad de orina extraída, recolectarla o eliminarla según indicación médica.
18. Desechar el material, según normas de precaución universal.
19. Lavarse las manos.
20. Registrar la actividad.

RECOMENDACIONES

1. En caso de no existir ayudante, se debe preparar previamente el material.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	58-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

2. Utilizar asepsia quirúrgica durante todo el procedimiento.
3. La bolsa recolectora se debe mantener siempre bajo el nivel de la vejiga del paciente, para evitar el reflujo.
4. Evitar acodamiento de la sonda por movimientos del paciente.
5. Antes de vaciar o cambiar el set recolector de orina, debe lavarse las manos y la manipulación del circuito debe hacerse respetando las normas de asepsia.

5.6.3 RETIRO DE SONDA FOLLEY.

DEFINICIÓN:

Es el procedimiento que consiste en retirar de la vejiga una sonda.

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparación física y psíquica del paciente.
- Preparación de ambiente que permita tranquilidad y privacidad al paciente.
- Preparar equipo.

EQUIPO:



Bandeja con:

- Guantes de procedimiento.
- Jeringa estéril de 5 – 10 cc.
- Deposito para desechos.
- Material de registro

PROCEDIMIENTO:

1. Explicar el procedimiento al paciente.
2. Lavado de manos.
3. Colocación de guantes de procedimiento.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	59-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	GESTION DE ENFERMERIA			

4. Vaciar la bolsa recolectora.
5. Desinflar el balón con la jeringa.
6. Traccionar suavemente la sonda hasta retirarla totalmente
7. Eliminar los desechos.
8. Registrar.

RECOMENDACIONES:

- Se debe controlar la diuresis posterior al retiro de la sonda

5.6.4. ENEMA EVACUADOR

DEFINICION

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

OBJETIVOS

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

MATERIAL

Guantes.

Bata.



Sonda rectal, recipiente con tubo irrigador o enema preparado, pinza de cierre, conexión para tubo y sonda, o equipo completo desechable.

Lubricante hidrosoluble.

Gasas.

Bandeja. .



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	60-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

Chata.

Papel higiénico.

Soporte para suero.

Bolsa de plástico para desechos.

PROCEDIMIENTO

1.-Elija el calibre adecuado de la sonda rectal (si no usa el equipo completo, donde este es estándar).

2.-Elija los guantes adecuados.

3.-Prepare el tipo de enema prescrito a una temperatura aproximada de 37 grados centígrados.

4.-Coloque todo el material descrito en la bandeja y transpórtelo a la habitación del usuario.

5.-Coloque la toalla debajo del usuario, entre la cintura y la rodilla.

6.-Coloque al usuario en decúbito lateral con ambas piernas flexionadas

7.-Conecte el recipiente con el tubo irrigador a la sonda recta (si no usa el equipo completo desechable).

8.-Cuelgue el recipiente a una altura máxima de unos 40 cm. por encima del recto.

9.-Expulse el aire que contenga el tubo y la sonda.

10.-Introduzca la sonda en el recto unos 5 o 10 cm, previamente lubricada, y muy suavemente.



11.-Advierta al usuario que se relaje y respire profundamente.

12.-Despince el tubo y haga fluir el líquido lentamente. Regule la velocidad del flujo según la tolerancia del usuario.

13.-Indique al usuario que retenga el líquido de 10 a 15 minutos.

14.-Una vez terminada la administración del enema cierre el tubo y retire suavemente la sonda, desechándola en la bolsa de plástico.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA
GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		61-135

15.-En usuarios encamados, colóqueles la chata, póngales a su alcance el papel higiénico.

16.-Si fuera necesario permanezca junto al usuario.

17.-Advierta que no tire de la cisterna hasta que hayamos evaluado las deposiciones.

18.-Limpie y seque al usuario ofreciéndole lo necesario para el lavado de manos.

19.- Asegúrese de que el usuario quede en posición cómoda y correcta y ordene o cambie la ropa de la cama si fuera necesario.

20.-Retire el equipo de la habitación.

21.-Limpie y desinfecte o deseche el material utilizado.

OBSERVACION.

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

Registrar realización del proceso e incidencias del mismo.



5.7.-DE CIRUGIA MENOR.

5.7.1 CURACION SIMPLE.

DEFINICION:

Es la técnica que tiene por finalidad prevenir posibles infecciones donde exista pérdida de continuidad de la piel, facilitando además el proceso de cicatrización y disminuyendo las posibles secuelas funcionales y/o estéticas.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	62-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

CONDICIONES PREVIAS:

- Preparación de material a utilizar.
- Preparación psicológica del paciente.
- Delimitar áreas.
- Mantener la privacidad del paciente en todo momento.

EQUIPO:



Bandeja con:

- Un equipo de curación estéril.
- 1 pinza anatómica.
- 1 pinza quirúrgica
- 1 tijera
- 1 pocillo o cápsula.
- Suero fisiológico 0.9%
- Apósitos estériles.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles.
- Deposito para desechos (según normas de precauciones universales)
- Material de registro.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos.
2. Recolectar material necesario:
3. Explicar el procedimiento al paciente



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	63-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

4. Retirar apósitos o vendaje del paciente de manera de no producir dolor ni dañar a los tejidos, usar suero fisiológico si fuera necesario
5. Realizar limpieza con gasa y suero fisiológico usando las pinzas del equipo de curación, limpiar en un solo sentido y eliminar.
6. Una vez limpia la zona cubrir con apósito de gasa y fijar con tela.
7. Eliminar desechos en tarro de material contaminado y dejar el equipo de curación en lavamanos del área sucia.
8. Lavado de manos.
9. Indicar al paciente sobre los cuidados de la curación y cuando debe volver.

RECOMENDACIONES:



- Lavado de manos antes y después del procedimiento.
- Delimitar área limpia y la sucia.
- Mantener la privacidad del paciente. Ubicar al paciente en la sala de procedimientos.
- Observar condiciones del apósito.
- Referir a médico si es necesario.

5.7.2 CURACION DE QUEMADURAS.

DEFINICION:

Es el procedimiento que se realiza en heridas causadas por agentes físicos o químicos, su finalidad es aliviar el dolor, prevenir la infección y facilitar la cicatrización.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	64-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

CONDICIONES PREVIAS:

- Tranquilizar al paciente.
- Calmar el dolor si es necesario.
- Averiguar elemento causante.
- Retirar ropa.
- Delimitar áreas.

EQUIPO:



Bandejas que contengan:

- Equipos de curación estéril.
- Gasas, pinzas anatómicas, y quirúrgica, tijeras, pocillo, gasas estériles.
- Solución antiséptica.
- Gasa estéril.
- Suero fisiológico.
- Torundas de gasa.
- Vendas.
- Jeringas de 10 cc estéril.
- Esparadrapo.
- Mascarilla.
- Guantes estériles.
- Paño estéril perforado.
- Deposito para desechos de material según normas de precauciones universales.
- Material de registro.

PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos.
2. Colocarse delantal y mascarillas según normas.





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	65-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

3. Despejar área de quemadura (retirar ropas adheridos u otro elemento), con suero fisiológico.
4. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
5. Delimitar áreas con paño perforado.
6. Lavar la herida con suero fisiológico.
7. Desbridar borde de la herida si es necesario.
8. Romper flictenas si las hay, exceptuando palmares y plantares.
9. Secar y aplicar antiséptico.
10. Cubrir la herida con antiséptico.
11. Fijar apósito con tela adhesiva o venda.
12. Inmovilización funcional si fuese necesario y si la extremidad se encuentra en una de las extremidades, elevarla.
13. Retirar el equipo utilizado.
14. Sacarse los guantes y desecharlos según normas precauciones universales.
15. Retirar el delantal y lavarse las manos.
16. Registrar la actividad.

RECOMENDACIONES:

1. Observar frecuentemente extremos distales de las extremidades con respecto a coloración y temperatura de la piel.
2. Recordar que las heridas por quemadura son fáciles de infectar.
3. Referir a medico cuando sea necesario.
4. Indicar al paciente que concurra al Hospital para curación y evaluación de su herida.
5. Recordar que en caso de quemadura de manos y pies debe ser tratada en forma individual, utilizando separaciones interdigitales.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	66-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

5.7.3 CURACION DE PIE DIABETICO.

DEFINICION:

Corresponde a la curación No Tradicional de aquellas heridas de pacientes diabéticos que se sitúan en la planta del pie, en el talón y tiene por objetivo aliviar el dolor, prevenir la infección y facilitar la cicatrización.

CONDICIONES PREVIAS:



- Tranquilizar al paciente.
- Diagnóstico de diabetes
- Calmar el dolor si es necesario.
- Averiguar elemento causante.
- Delimitar áreas.

EQUIPO:

Bandejas que contengan:

- Equipos de curación estéril.
- Pinzas anatómicas, y quirúrgica, tijeras, pocillo, gasas estériles.
- Gasa estéril.
- Suero fisiológico.
- Agentes regeneradores de tejido (Alginatos, apósitos de carboximetilcelulosa, etc).
- Agentes debridadores (Hidrogel)
- Vendas.
- Jeringas de 10 cc estéril.
- Esparadrapo.
- Guantes estériles.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	67-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- Paño estéril perforado.
- Deposito para desechos de material según normas de precauciones universales.
- Material de registro.



PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos.
2. En caso de que existan apósitos retirarlos con suavidad y observar las condiciones en que se encuentran (tipo de secreción).
3. Lavarse las manos.
4. Ponerse los guantes.
5. Realizar valoración de heridas de pie diabético según pauta de registro.
6. Si la herida se encuentra limpia, irrigarla con suero fisiológico, retirar el exceso con una gasa estéril, aplicar el apósito adecuado para la herida y cubrir.
7. Si la herida está infectada, limpiarla con gasa estéril con suero fisiológico, desde el área limpia de la herida, al área sucia.
8. Utilizar la gasa solo una vez y desecharla.
9. Cubrir con apósito y fijar.
10. Retirar el equipo.
11. Sacarse los guantes.
12. Poner cómodo al paciente.
13. Ordenar y despejar el área..
14. Desechar material y lavar (según normas de precauciones universales)
15. Registrar la actividad en la ficha de registro individual de valoración de herida de pie diabético.

RECOMENDACIONES.:

- La frecuencia de la curación dependerá tanto del estado de la herida como del apósito que se aplicará.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	68-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

5.7.4 SUTURA



DEFINICION:

Técnica utilizada para la aproximación de los bordes de una herida voluntariamente programada por un profesional de la salud o a consecuencia de un traumatismo agudo y conseguir un proceso de cicatrización por primera intención.

EQUIPO:

- Camilla
- Lámpara portátil
- Mesa quirúrgica
- Paño estéril
- Guantes estériles
- Guantes de procedimientos.
- Máquina de afeitar
- Pinzas anatómica y quirúrgica
- Porta-agujas
- Pinzas de mosquito rectas y curvas para hemostasia
- Tijeras recta y curva
- Ampollas de anestésico local
- Jeringa de insulina o tuberculina
- Mango bisturí, Hojas de bisturí
- Suturas con agujas triangular atraumáticas curva
- Seda de un 0 ó 00, cuero cabelludo
- Seda trenzada 4/0 ó 5/0 para la cara (en párpado 6/0),





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	69-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- Seda 3/0 en brazos ó 4/0, cuello y espalda
- Puntos seda 3/0, y sutura intradérmica de 3/0 ó 4/0, mama 5/0, tórax y abdomen
- Apósitos, gasas, esparadrapo,
- Suero fisiológico
- Antiséptico.

PROCEDIMIENTO:

1. Preparación de mesa con instrumental estéril y gasas estériles
2. Información y preparación del paciente
3. Colocación guantes estériles
4. Colocación paño estéril.
5. Anestesia local infiltrada, si precisa.
6. Lavado con solución salina de la lesión y zona perilesional.
7. Lavado con solución de povidona yodada de la lesión y zona perilesional
8. Retirada de restos de antiséptico con lavado por arrastre con solución salina.
9. Paños estériles en el campo quirúrgico.
10. Rasurar la zona si procede.
11. Desbridamiento de tejido desvitalizado si procede
12. Realizamos hemostasia, si procede
13. Comprobación de la tensión existente entre los bordes
14. Con la pinza quirúrgica sujetamos el borde de la herida y levantamos unos milímetros
15. Con la aguja curva en el porta aguja de la mano dominante y con la punta perpendicular a la piel y presión firme, la introducimos a unos 3mm del borde.
16. La forma de coger el porta-aguja es tomándolo con el dedo índice extendido que sirve de apoyo. La mano debe girar a nivel de la muñeca siguiendo la dirección de la aguja.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	70-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

17. Traspasada la aguja por todo el tejido, se quita el porta y con el se estira desde la punta de la aguja haciendo pasar la sutura.

18. Con la pinza quirúrgica se sujeta el borde contrario de la herida levantando este unos mm del lecho de la lesión.

19. Realizamos la misma técnica que los 4 puntos anteriores, pero desde el interior de la herida.

20. Se procede a la técnica de anudado

21. Coger con la mano izquierda el extremo distal de la sutura con la parte distal del porta-agujas, dar 2 ó 3 vueltas a la sutura y coger con el porta el extremo distal sujeto con la mano.

22. Deslizar sobre este último el entrelazado del porta y tirar de ambos extremos firmemente y hacia un lado de la unión de los bordes, para que el nudo no quede sobre esta unión.

23. Realizar la misma maniobra en sentido contrario, haciendo un nudo inverso al anterior.

24. Los nudos deben estar alineados en el mismo lado derecho o izquierdo de la incisión.

25. Al finalizar una sutura debe valorarse el resultado, si no es el ideal se puede retirar algún punto y realizarlo de nuevo.

26. Limpiar la zona de restos de sangre.

27. Limpiar con solución salina

28. Colocar apósito en zona suturada



29. Protección antitetánica, si precisa

30. Eliminamos material punzante en contenedor de residuos biológicos

RECOMENDACIONES:

- Evaluar signos de infección.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	71-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

5.7.5 RETIRO DE PUNTOS.

DEFINICION:

Es el procedimiento que consiste en extraer parcial o totalmente las suturas de una herida cicatrizada.

CONDICIONES PREVIAS:



- Reunir el material a utilizar.
- Preparar psíquica y físicamente a paciente.
- Delimitación de área sucia y limpia.

EQUIPO:

Bandejas que contengan:

- Equipos de curación estéril.
- 1 Pinza anatómica.
- 1 Pinza quirúrgica.
- 1 Porta bisturí.
- 1 Bisturí.
- Tijeras.
- Gasa estéril.
- Suero fisiológico.
- Apósitos estériles.
- Esparadrapo.
- Mascarilla.
- Guantes estériles.
- Deposito para desechos de material según normas de precauciones universales.
- Material de registro.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	72-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				



PROCEDIMIENTO:

1. Lavarse las manos.
2. Desprender la tela adhesiva, desde los extremos, hacia el centro, dejando los extremos de ésta sobre el apósito.
3. Retirar el apósito.
4. Lavarse las manos y ponerse los guantes.
5. Limpiar con suero fisiológico, desde el área limpia al área sucia.
6. Movilizar los puntos con pinzas y cortarlos con bisturí o tijera apropiada.
7. Se retiran los puntos desde el centro de la herida.
8. Aplicar antiséptico, colocar apósitos si es necesario y fijar con tela adhesiva.
9. Retirar el equipo, ordenar y despejar el área.
10. Desechar material, según normas de precaución universal.
11. Sacarse los guantes y lavarse las manos.
12. Registrar la actividad.

RECOMENDACIONES:

- Mantener la privacidad del paciente.
 - Observar cicatrización de la herida, referir a médico si es necesario.
- ❖ Para la conservación, almacenamiento correcto, traslado de equipos biomédicos, instrumental, dispositivos médicos reutilizables, material estéril, así como el lavado y traslado del equipo usado en cualquier procedimiento **SIGA LAS NORMAS DEL MANUAL DEL PROCESOS DE CENTRAL DE ESTERILIZACIÓN.**



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			 73-135
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF001	
GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		PÁGINA

- ❖ Para la separación y eliminación adecuado de los desechos derivados de los procedimientos, **SIGA LAS NORMAS DEL REGLAMENTO INTERNO PARA LA GESTION INTEGRAL DE DESECHOS SANITARIOS.**

5.8 TERAPIA RESPIRATORIA

5.8.1 OXIGENOTERAPIA

DEFINICION:

Consiste en proporcionar a los tejidos con déficit de oxigenación a nivel alveolar el oxígeno necesario en el aire inspirado y ofrecer una mayor disponibilidad de oxígeno a los tejidos con el objetivo de tratar la hipoxemia.



EQUIPO:

1. Bigotera, mascarilla de oxígeno, mascarilla de alto flujo, mascarilla con Reservorio.
2. Conexiones.
3. Balón de oxígeno, manómetro, flujómetro.
4. Humidificador.

PROCEDIMIENTO:

1. Explicar al paciente sobre el procedimiento y tener el equipo listo.
2. Verificar la orden médica (cantidad y Flujo)
3. Lavarse las manos.
4. Verificar el funcionamiento del Balón oxígeno (cantidad suficiente)
5. Llenar el frasco humidificador con agua destilada estéril hasta los dos tercios, conectar el humidificador con el medidor de flujo.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	74-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				



6. Conectar el flujómetro al balón de oxígeno y verificar el funcionamiento del flujo y del humidificador.
7. Seleccionar el flujo de oxígeno prescrito.
8. Conectar el equipo de oxigenación prescrito con el humidificador y el flujómetro.
9. Abrir la llave de Oxígeno.
10. Antes de insertar la cánula examinar que estén los orificios hacia arriba y si es curva se debe conectar hacia abajo en dirección hacia el piso de las fosas nasales.
11. Colocar la conexión detrás de las orejas y debajo del mentón.
12. Si se usa mascarilla colocarlo sobre la nariz boca y mentón ajustando la banda elástica alrededor de la cabeza.
13. Comprobar el flujo de oxígeno.
14. No cerrar los agujeros de las mascarillas.
15. Lavarse las manos.
16. Registrar procedimiento.

RECOMENDACIONES:

- Evite lesiones en la mucosa nasal. Evite la fricción ya que la mucosa puede obstruir los orificios y reducir el flujo de oxígeno.
 - Fijar la bigotera y que no se deslice por movimientos.
- Cambie los dispositivos de administración de oxígeno cada 24 horas.

5.8.2 NEBULIZACIONES



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	75-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

DEFINICION:

La nebulización permite la administración terapéutica de partículas de agua o medicamento mediante la presión de Oxígeno o aire en forma de vapor.



EQUIPO

- Balón de oxígeno, manómetro, flujómetro
- Conexión de Oxígeno
- Oxímetro de Pulso
- Set de Nebulización
- Suero Fisiológico
- Jeringa de 5, 10 o 20 cc
- Medicamento.

PROCEDIMIENTO.

1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
2. Tener el equipo listo y verificar el funcionamiento del equipo de oxígeno.
3. Lavado de manos.
4. Tomar Saturación de Oxígeno inicialmente.
5. Colocar el nebulizador (con medicamento más suero fisiológico según indicación médica) y administrar el oxígeno a una presión de 5 a 6 lts.
6. Colocar al paciente en posición fowler o semifowler.
7. Repita el procedimiento si es necesario con un intervalo de 20 minutos.
8. Después de terminada las nebulizaciones indicadas esperar 20 minutos para su evaluación respectiva. Se toma Saturación de Oxígeno.
9. Luego de cada nebulización realizar la desinfección de la mascarilla y, la cámara.
9. Registrar el procedimiento.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	76-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

RECOMENDACIONES

- Cambiar el equipo de nebulizar cada 24 horas.

PROCEDIMIENTO PARA DESINFECCION DEL EQUIPO DE NEBULIZAR

- 1.- Luego del procedimiento llevar el equipo a la sala de “procedimientos”
- 2.- Desarmar el equipo para dejar libres la mascarilla, la cámara y la manguera
- 3.- Lavar la manguera con solución salina a presión con jeringuilla y dejar escurrir.
- 4.- Desinfectar la mascarilla con alcohol al 70% desde afuera hacia adentro con una sola aplicación y dejar secar.
- 5.- La cámara se lava con solución salina y dejar escurrir.
- 6.- Una vez secas las partes del equipo de nebulizar guardar el equipo desinfectado en una funda hermética con sus respectiva identificación que incluirá: nombres del paciente, numero de cedula, numero de cama, fecha y hora de desinfección.

5.8.3 ASPIRACION DE SECRECIONES.



DEFINICION:

La aspiración de secreciones es un procedimiento que consiste en la extracción de secreciones traqueobronquiales a nivel orofaríngeo que ocasiona una obstrucción de las vías respiratorias y por ende del proceso de ventilación externa.

EQUIPO:

- Un equipo de aspiración
- Dos envases para agua estéril



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	77-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- Una sonda de aspiración
- Guantes estériles
- Gasas estériles
- Mascarilla



PROCEDIMIENTO:

1. Explicar al paciente sobre el procedimiento a realizar.
2. Verificar el funcionamiento del equipo que esté listo para su uso (aspirador, rasco, sonda estéril y guantes) Presión no mayor de 120mmHg.
3. Lavado de manos.
4. Colocarse los guantes estériles.
5. Encender el equipo de aspiración e introducir la sonda a nivel orofaríngeo y nasal si fuera necesario. Previa lubricación con agua y girando con suavidad manteniendo la cabeza lateralizada.
6. Repetir no más de tres veces el proceso de aspiración por un periodo no mayor de 15 segundos por aspiración.
7. Colocar la sonda en agua para su limpieza y secar con la gasa estéril.
8. Observar las secreciones (color, cantidad, consistencia).
9. Apagar el equipo de Aspiración, eliminar la sonda y gasas.
10. Retirar los guantes.
11. Dejar cómodo al paciente y Realizar notas de enfermería.

RECOMENDACIONES:

La posición de la cabeza evita que la lengua obstruya la entrada de la sonda.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA 78-135
	GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA

DEFINICION

Introducción de una sonda estéril a través de la cánula de traqueostomía del usuario, conectada al aspirador.

OBJETIVOS

Mantener la permeabilidad de las vías aéreas del usuario.



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.

MATERIAL

- 1.- Sondas de aspiración estériles del número adecuado.
- 2.- Recipiente para las secreciones.
- 3.- Guantes estériles.
- 4.- Gasas estériles.
- 5.- Mascarilla.
- 6.-Solución de lavado: agua
- 7.-Toallitas de papel desechables.
- 8.-Mascarilla de oxígeno.
- 9.-Lubricante estéril.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	79-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

10.-Registros de enfermería.

EQUIPO

Aspirador de vacío.

Toma de oxígeno.

Flujometro.

Vacuómetro.

Tubo conector.

PROCEDIMIENTO

1.- Seguir procedimiento aspiración de secreciones orofaríngeas y nasofaríngeas; con técnica estéril.

2.- Colocar usuario en semi-fowler.

3.- Introducir la sonda de aspiración sin aspirar, como máximo 1 cm más de la longitud de la cánula de traqueostomía.

4.-Instilar de 3-5 c.c. de suero fisiológico, si las secreciones son muy espesas, para humidificarlas y estimular la tos.

5.- Aspirar secreciones al retirar la sonda con movimientos suaves y ligera rotación.

6.- Desechar sonda, mascarilla, guantes y bata.

7.- Dejar al usuario en posición adecuada.



8.- Recoger el material.

9.-Retirarse los guantes.

10.-Realizar lavado de manos.

11.- Registrar en la documentación de enfermería: procedimiento, motivo, fecha y hora, incidencias, características de las secreciones y respuesta del usuario.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	80-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

OBSERVACIONES

Técnica estéril.

La aspiración repetida puede dañar la mucosa y producir ulceración y hemorragias.

Está contraindicado el uso de la aspiración como rutina.

Registro del procedimiento: fecha de comienzo y motivo

Registro de valoración de la eficacia de la aspiración y características de las secreciones.

Higiene adecuada de los dispositivos de aspiración.

Equipo de aspiración repuesto tras aspiración.

❖ Revisar el “**MANUAL DE PROCESOS DE ESTERILIZACION**”

5.9.- TOMA DE MUESTRAS.

5.9.1 RECOLECCIÓN DE MUESTRA PARA BACILOSCOPIA



DEFINICIÓN

Procedimiento que permite recolectar las muestras para diagnóstico de tuberculosis.

CONDICIONES PREVIAS

- Identificación de sintomático respiratorio (SR)
- Colaboración del paciente



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	81-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		



EQUIPO

- Solicitud de laboratorio, libro de sintomáticos respiratorios.
- Envases para recolección de muestra
- Bandeja para traslado de muestra
- Marcadores para rotulación de la muestra

PROCEDIMIENTO

1. Anotar correctamente los datos de la persona en el Libro de Sintomáticos Respiratorios y en la solicitud para el examen bacteriológico.
2. Entregar al paciente un primer envase rotulado e identificado con nombre, apellidos, fecha y número de muestra, para la toma inmediatamente de la primera muestra.
3. Explicar con idioma claro y sencillo cómo obtener una buena muestra de esputo; se puede utilizar con ayuda de un afiche o video.
 - Tome aire profundamente por la boca
 - Retener el aire en los pulmones por unos segundos
 - Toser con fuerza para eliminar la flema (gargajo o esputo)
 - Toser con fuerza para eliminar la flema (gargajo, esputo)
 - Depositar la flema (gargajo, esputo) en el envase
 - Repetir los pasos anteriores por lo menos 3 veces para obtener una cantidad adecuada de flema
 - Tapar bien el envase y entregar al personal de salud
4. Obtener inmediatamente la primera muestra de esputo en el área de recolección de muestras (véase sección 6.33 del Manual PCT)



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	82-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				



5. Recibir la primera muestra y entregar al paciente otro envase rotulado para recolección de la segunda muestra que debe ser recogida el segundo día siguiente, en el domicilio del paciente.
6. El paciente acude y entrega la segunda muestra en la unidad de salud
7. Una vez que se han recibido las 2 muestras el personal de salud debe citar oportunamente al paciente para informarle los resultados de la baciloscopías.
8. Para garantizar una buena muestra, el personal de salud debe observar a través del envase (NO ABRIR) la cantidad y calidad de la misma, que debe ser mucopurulenta y de 3-5ml. Pero no deben ser rechazadas las muestras de saliva
9. El personal de salud debe conservar las muestras en una caja, protegidas de la luz solar o calor hasta el momento de envío
10. No olvidarse del lavado de manos con abundante agua y jabón
11. El personal de salud debe llevar las muestras al laboratorio para el procesamiento con hoja de solicitud
12. Si el SR no acude con la segunda muestra, se debe programar una visita domiciliaria para obtener la muestra restante, dentro de las 48 horas siguientes, si los resultados de 1 o más baciloscopías son positivos y el paciente no regresa, hay que programar una visita domiciliaria, urgente para iniciar el tratamiento antituberculoso.

5.9.2 HEMOGLUCOTEST.

DEFINICION:

Es la determinación fiable, rápida y cómoda de los niveles de glicemia.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	83-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				



EQUIPO:

- Maquina para tomar glicemia capilar
- Tira reactiva.
- Aguja o lanceta.
- Guantes.
- Torundas de algodón seco.

PROCEDIMIENTO:

1. Informar el procedimiento a efectuar.
2. Lavarse las manos.
3. Preparar la máquina para toma de glicemia capilar
4. Presionar tecla ON/OFF.
5. Verificar que el código del contenedor de tiras reactiva coincida con el N° del Código de la pantalla.
6. Lavarse las manos.
7. Colocarse los guantes.
8. Limpiar con tórula el dedo a puncionar
9. Puncionar la yema del dedo o lóbulo de la oreja con lanceta o aguja.
10. Colocar una gran gota de sangre en el extremo externo de la tira reactiva.
11. Dejar la tira reactiva en esta posición hasta que aparezca el resultado.
12. Colocar una tórula de algodón seca en la zona de la punción, durante unos segundos.
13. Eliminar la tira reactiva y el material de desecho.
14. Retirarse los guantes.
15. Lavarse las manos.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			 84-135
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
GESTION DE ENFERMERIA				

5.10.-TECNICAS Y PROCEDIMIENTOS UNIVERSALES.

5.10.1 LAVADO DE MANOS

DEFINICION.

Es la técnica básica utilizada para prevenir la transmisión de infecciones por vía Manual.

PROCEDIMIENTO

- ❖ Para un procedimiento adecuado **REVISAR EL PROTOCOLO DE LAVADO DE MANOS.**

5.10.3 COLOCACION DE GUANTES ESTERILES.



DEFINICION.

Procedimiento utilizado para disminuir la transmisión de infecciones desde y hacia el usuario.

CONDICIONES PREVIAS.

- Conocer las precauciones universales sobre el uso de guantes.
- Lavarse las manos según técnica.
- Contar con stock suficiente de guantes, de diferentes tamaños.



 HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	85-135
	GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA		

EQUIPO.

- Guantes estériles, de tamaño adecuado.
- Deposito para desechos.



PROCEDIMIENTO.

1. Lavarse las manos según técnica.
2. Abrir el paquete de guantes (o el ayudante puede presentarlo).
3. Tomar el primer guante por su cara interna, es decir por la cara o lado que estará en conexión con la piel de las manos. Los guantes estériles se presentan con la cara invertida por lo que pueden tomarse por ella.
4. Colocar el primer guante.
5. Para el segundo se toma con la mano ya enguantada tomándolo por su cara externa, es decir, por el pliegue de la cara. De esta forma la mano enguantada no tocara la cara interna.
6. Colocar el segundo guante.
7. Acomodar el dobles del segundo guante con la segunda mano tocando el pliegue de la cara y sin tocar la cara interna del guante.
8. **Para retirar** el primer guante tomar el borde de la caña, dar vuelta completamente y desechar.
9. Para retirar el segundo guante, tomarlo por la cara interna y dar vuelta completamente y desechar. Lavar y secar las manos.

RECOMENDACIONES.

1. El uso de guantes no reemplaza el lavado de manos.
2. Se debe disponer de una cantidad adecuada para los procedimientos
3. que lo requieran.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	86-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

4. Los guantes pueden ser de goma, plástico o polietileno, y deben estar
5. indemnes.
6. Deben usarse en forma individual para cada paciente.
7. Evitar contaminación del guante durante el proceso

5.10.4 COLOCACION DE MASCARILLA.

DEFINICION.

Este procedimiento sirve para prevenir la transmisión de microorganismos infecciosos que se propagan a través del aire, y cuya puerta de entrada o salida es el aparato respiratorio.

CONDICIONES PREVIAS.

- Conocer el procedimiento que requiere su uso.
- Lavarse las manos según técnica.
- Disponer de stock suficiente.

EQUIPO.



- Mascarilla, desechables en lo posible.
- Deposito para desechos.

PROCEDIMIENTO.

Para colocarse:

1. Lavarse las manos.
2. Colocarse mascarilla cubriendo la nariz y boca, luego amarrada tomando



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	87-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

solamente las tiras.

3. Moldear a la altura de la nariz para que quede cómoda y segura.

Para retirar.

1. Desabrochar las tiras.
2. Eliminar la mascarilla.
3. Lavarse las manos.

RECOMENDACIONES.



1. Las mascarillas deben ser de un solo uso y de material que cumplan con requisitos de filtración y permeabilidad suficiente para ser una barrera efectiva.
2. Las mascarillas de género son ineficaces, con la respiración se humedecen en pocos minutos perdiendo su efectividad.
3. La mascarilla no debe tocarse con las manos no colgarse al cuello mientras se lleve puesta.
4. El mal uso de la mascarilla o su uso inadecuado aumenta la posibilidad de transmisión de microorganismos y da una falsa impresión de seguridad.

5.11 BIOSEGURIDAD.

5.11.1 NORMAS GENERALES DE BIOSEGURIDAD

- ❖ Para seguir las normas de bioseguridad **REVISAR EL MANUAL DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD.**



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	88-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

5.11.2.- PRECAUCIONES UNIVERSALES CON SANGRE Y FLUIDOS CORPORALES.

- ❖ Para seguir las normas de bioseguridad **REVISAR EL MANUAL DE NORMAS DE BIOSEGURIDAD.**

5.12 TRASLADO DE PACIENTES

5.12.1 TRASLADO INTRAHOSPITALARIO DEL USUARIO



DEFINICION

Ubicar al usuario en otra unidad del hospital diferente a la actual.

OBJETIVOS

- Garantizar la continuidad de los cuidados de enfermería al usuario durante



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	89-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

el traslado a su nueva ubicación, en un ambiente de bienestar y seguridad para el usuario.

EQUIPO

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



MATERIALES

- 1.-Resumen de traslado.
- 2.-Historia clínica.
- 3.-Bolsa con los enseres personales.
- 4.-Medicación.

PROCEDIMIENTO

- 1.-Comprobar la identidad del usuario a trasladar.
- 2.-Informar al usuario y familia la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación garantizándoles la continuidad de los cuidados.
- 3.-Valorar estado general del usuario para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- 4.-Llamar al lugar de recepción para comprobar que todo esté preparado para recibirle. En caso de que el usuario deba cumplir con algunas precauciones de aislamiento por estar infectado o colonizado por algún germen bacteriano Ej. Bacterias multiresistentes debe comentar de esta condición a la sala donde se trasladara de manera a seguir con las mismas precauciones de aislamiento de la sala de donde procede.
- 5.-Comprobar el buen estado del sitio de la hidratación, cerrar sondajes, drenajes



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	90-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

y el confort del usuario

6.- Preparar la medicación necesaria ante el traslado.

7.- 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.

8.-Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.

9.- Adjuntar los objetos personales del usuario.

10.-Higiene y Cambio de ropa del usuario para el traslado

11.-Se trasladará al usuario acompañado de personal de enfermería si precisa.

12.-Retirar la ropa y utensilios utilizados por el usuario. Limpieza de unidad.

13.- Avisar al servicio de admisión de la disponibilidad de la cama.

OBSERVACIONES

- Controlar en el traslado: las medidas de seguridad, y la comodidad del usuario, la vestimenta adecuada y los dispositivos terapéuticos.
- Las posibles complicaciones que pueden presentarse son: enfriamiento, pérdida de intimidad, caídas accidentales, movilización de los drenajes, sondas y catéteres y dolor por movilización.



5.12.2. TRASLADO DEL USUARIO A ESTUDIOS COMPLEMENTARIOS Y/O DIAGNOSTICOS

DEFINICION

Enviar al usuario a otro servicio u otro centro sanitario donde se le realizarán pruebas complementarias o diagnósticas.

OBJETIVO



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	91-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

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

EQUIPO

Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora, etc.

Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

MATERIALES

Orden para la prueba solicitada.

Historia clínica del usuario.

Pedido de ambulancia, si precisa.

Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.



Ropa limpia para el usuario y cuidar el pudor del paciente cubriendo sus zonas íntimas.

Tarjeta de aislamiento si lo precisa

PROCEDIMIENTO

- 1.- Verificar los datos de identificación del usuario con los de la prueba solicitada.
- 2.- Preservar la intimidad del usuario.
- 3.- Informar usuario y familia.
- 4.-Solicitar la colaboración del usuario.
- 5.-Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba.
- 6.-Comprobar la correcta preparación del confort del usuario.
- 7.-Preparar al usuario para su traslado: revisar sueros y garantizar su ritmo de perfusión, posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si es necesario.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	92-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

8.-Adjuntar documentación según protocolo de la prueba.

9.-Se trasladará al usuario acompañado por el personal de enfermería, si precisa., previa confirmación con el servicio para evitar esperas innecesarias

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

5.12.3 TRASLADO DEL USUARIO A OTRO CENTRO HOSPITALARIO

DEFINICION

Enviar al usuario 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 usuario.

EQUIPO

Medio de transporte adecuado (silla de ruedas, camilla, etc.), hasta el vehículo de traslado.

Equipo necesario para oxigenoterapia y fluidoterapia, si precisa.

MATERIAL

Orden de ambulancia.



Elementos personales del usuario.

Informe médico y de enfermería del traslado.

Material oxigenoterapia y sueroterapia, si precisa.

Ropa limpia para el usuario



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	93-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

Tarjeta de aislamiento que precisa

PROCEDIMIENTO



- 1.-Comprobar la identidad del usuario a trasladar.
- 2.- El médico informará al usuario y familia sobre la razón del traslado, lugar de destino, hora prevista con antelación, garantizándoles la continuidad de los cuidados.
- 3.- Solicitar la ambulancia, si precisa.
- 4.-Valorar estado general del usuario para escoger el medio de transporte y personal necesario para el traslado.
- 5.-Comprobar el buen estado de sueros, sondas, drenajes y el estado de higiene del usuario.
- 6.-Preparar medicación necesaria para el traslado.
- 7.-Disponer de la historia clínica y anotar en los registros de enfermería todo el procedimiento.
- 8.-Entregar el informe de enfermería e historia Clínica al personal que acompaña al traslado.
- 9.-Asegurar una posición cómoda y adecuada durante el traslado.
- 10.-Adjuntar los objetos personales del usuario.
- 11.- Retirar la ropa y utensilios utilizados por el usuario. Limpieza de unidad

OBSERVACIONES

Controlar en el traslado: las medidas de seguridad, la comodidad del usuario, la vestimenta adecuada y los dispositivos terapéuticos.

Las posibles complicaciones que pueden presentarse son: enfriamiento, pérdida de intimidad, caídas accidentales, movilización de los drenajes, sondas y catéteres



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	94-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

y dolor por movilización.

5.12.- MEDIDAS PARA LA SEGURIDAD DEL PACIENTE.

5.12.1- VALORACION INICIAL DE ENFERMERÍA

❖ Revisar el “**PROTOCOLO DE VALORACION INICAL DE ENFERMERÍA**”

5.12.2- PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION

❖ Revisar el “**PROTOCOLO DE PREVENCION DE ULCERAS POR PRESION**”

5.12.3- PREVENCION DE CAIDAS

❖ Revisar el “**PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS**”

5.12.4- TROMBOPROFILAXIS.



❖ Revisar el “**PROTOCOLO DE PREVENCION DE CAIDAS**”

6.-RCP BÁSICO.

DEFINICION

La reanimación cardiopulmonar o **RCP básica**, es una *técnica de primeros auxilios* que puede ayudar a mantener a alguien con vida en caso de accidente el tiempo suficiente para que llegue la ayuda de emergencia, pero los estudios muestran que una RCP correctamente realizada, también ayuda a mejorar la calidad de la salud para las víctimas de un ataque cardíaco después del accidente y puede mejorar significativamente su recuperación.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	95-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

Aunque muchos trabajos requieren la certificación de RCP y primeros auxilios, como salvavidas y algunos puestos de enseñanza, el conocimiento de las técnicas básicas **de la RCP** pueden ser útiles para todo el mundo en el caso de que un amigo o familiar sufra un accidente.

Sin embargo, la práctica incorrecta de las técnicas de RCP puede causar daño a una persona sana y podría complicar la ya situación potencialmente mortal. Como tal, los que están CPR certificados deben mantener no sólo su certificado de papel, pero su memoria hasta al día, y los que no se debe buscar una certificación antes de intentar realizar la reanimación cardiopulmonar, si es posible. Recuerde estas reglas, en primer lugar, cuando se enfrentan a una situación que podría requerir RCP.

OBJETIVOS



El objetivo principal de la RCP es proporcionar oxígeno al cerebro y al corazón hasta un tratamiento médico pueda restaurar las funciones cardiacas y respiratorias evitando lesión en el sistema nervioso central.

MATERIAL

Tabla de reanimación.

2. Monitor desfibrilador con palas pediátricas y de adulto, cables y electrodos de monitorización ECG y gel conductor.
3. Sondas de aspiración: 6 a 14 G.
4. Cánulas orofaríngeas de Guedel: números 0 a 5.
5. Mascarillas faciales con manguito de cámara de aire, con varios tamaños de lactante (redondeadas) y triangulares (niño).



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	96-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

6. Bolsas autoinflables de ventilación: tamaño niño (500 ml) y adulto (1.600 a 2.000 ml), con bolsas reservorio.

7. Pinzas de Magill: tamaño de lactante y adulto.

8. Laringoscopio con hojas rectas (números 0 y 1) y curvas (números 1, 2, 3 y 4).

9. Pilas y bombillas de laringoscopio de repuesto.

10. Tubos endotraqueales: número 2,5 a 7,5 con y sin balón.

11. Fijadores (reata) de varios tamaños para el tubo endotraqueal.

12. Lubricante para los tubos endotraqueales.

13. Mascarilla laríngea: tamaños 1 a 3 (recomendable, no obligatoria).

14. Mascarillas y gafas nasales para lactante y niño.

15. Equipo de cricotiroidotomía pediátrico.

16. Tubuladuras de conexión a fuente de oxígeno.



17. Cánulas intravenosas: calibres 24 a 16 G.

18. Aguja intraóseas: calibres 14 a 18 G.

19. Compresor (cinta de goma para comprimir el brazo, que facilita la canalización venosa).

20. Jeringas de 1, 5, 10 y 50 ml.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	97-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

21. Sistemas de goteo.

22. Llaves de 3 pasos.

23. Sondas nasogástricas: 6 a 14 G.

24. Fonendoscopio.

25. Guantes.

26. Compresas, paños y gasas estériles.

27. Vendas, esparadrapo.

28. Collarines cervicales para lactante y niño.

29. Antiséptico: clorhexidina o povidona iodada.

30. Fármacos:

Adrenalina 1/1.000 (1 ampolla = 1 ml = 1 mg).

Bicarbonato 1 M (1 ampolla = 10 ml = 10 mEq).



Atropina (1 ampolla = 1 ml = 1 mg). **Y DE ACUERDO AL PROTOCOLO DEL COCHE DE PARO**

Otro material opcional:

Reloj de pared.

Monitor de signos vitales





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	98-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

PROCEDIMIENTO

Los siguientes pasos se basan en las instrucciones de la *American Heart Association* (Asociación Americana del Corazón):

1. **Verifique si hay respuesta de la persona.** Sacúdala o déle palmadas suavemente. Observe si se mueve o hace algún ruido. Pregúntele en voz alta "¿Te sientes bien?".
2. **Llame al número local de emergencias (como el 911 en los Estados Unidos) si no hay respuesta.** Pida ayuda y envíe a alguien a llamar al número local de emergencias (911). Si usted está solo, llame al número local de emergencias y traiga un desfibrilador externo automático o AED (si hay disponibilidad de esta máquina), incluso si tiene que dejar a la persona.
3. Coloque a la persona cuidadosamente boca arriba. Si existe la posibilidad de que la persona tenga una lesión en la columna, dos personas deben moverla para evitar torcerle la cabeza y el cuello.
4. **Realice compresiones cardíacas o pectorales:**
 - Coloque la base de una mano en el esternón, justo entre los pezones
 - Coloque la base de la otra mano sobre la primera mano
 - Ubique el cuerpo directamente sobre las manos
 - Aplique 30 compresiones, las cuales deben ser RÁPIDAS y fuertes. Presione alrededor de dos pulgadas dentro del pecho y cada vez permita que éste se levante por completo. Cuente las 30 compresiones rápidamente: "1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, ya".
5. **Abra la vía respiratoria.** Levántele la barbilla con dos dedos. Al mismo tiempo, inclínele la cabeza hacia atrás empujando la frente hacia abajo con la otra mano.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO MPTENF001	PÁGINA	99-135
GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA 9/02/2015			

6. **Observe, escuche y sienta si hay respiración.** Ponga el oído cerca de la nariz y boca de la persona. Observe si hay movimiento del pecho y sienta con la mejilla si hay respiración.

7. **Si la persona no está respirando o tiene dificultad para respirar:**

- Cubra firmemente con su boca la boca de la persona afectada.
- Ciérrele la nariz apretando con los dedos.
- Mantenga la barbilla levantada y la cabeza inclinada.
- Dé 2 insuflaciones boca a boca. Cada insuflación debe tomar alrededor de un segundo y hacer que el pecho se levante.



8. Continúe la RCP (30 compresiones cardíacas, seguidas de dos insuflaciones y luego repetir) hasta que la persona se recupere o llegue ayuda. Si hay disponibilidad de un AED para adultos, utilícelo lo más pronto posible.

Si la persona comienza a respirar de nuevo, colóquela en posición de recuperación, y verifique periódicamente la respiración hasta que llegue la ayuda.

1.1 No se debe

- Si la persona tiene respiración normal, tos o movimiento, NO inicie las compresiones cardíacas, porque al hacerlo el corazón puede dejar de latir.
- A menos que usted sea un profesional de la salud, NO verifique si hay pulso. Solo un profesional de la salud está entrenado apropiadamente para hacer esto.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	100-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

1.2 Cuándo contactar a un profesional médico

- **Si tiene ayuda**, solicítele a una persona que llame al número local de emergencias (911 en los Estados Unidos) mientras otra persona comienza a administrar RCP.
- **Si está solo**, tan pronto como determine que la persona no reacciona, llame al número local de emergencias (911) inmediatamente y luego inicie la RCP.

1.3 Prevención



Para evitar lesiones y problemas del corazón que puedan llevar a un paro cardíaco:

- Elimine o reduzca los factores de riesgo que contribuyen a la cardiopatía, como el consumo de cigarrillo, el colesterol alto, la hipertensión arterial, la obesidad y el estrés.
- Haga mucho ejercicio.
- Visite al médico con regularidad.
- Utilice siempre el cinturón de seguridad y conduzca de manera segura.
- Evite el consumo de drogas psicoactivas.

1.4 Nombres alternativos

Reanimación cardiopulmonar para adultos; Respiración boca a boca y compresiones cardíacas para adultos; Reanimación cardiopulmonar en adultos.



<div><div>Ministerio de Salud Pública</div><div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div></div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	101-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

7.- ATENCION QUIRURGICA

7.1- ATENCION PREQUIRURGICA

DEFINICION

Periodo preoperatorio abarca el espacio de tiempo comprendido desde que el paciente es informado de que su problema de salud ha de ser tratado quirúrgicamente, acepta este tratamiento y se fija una fecha para la intervención quirúrgica y concluye cuando el paciente es trasladado a quirófano.



PERSONAL

- Personal de enfermería
- Auxiliar de enfermería

PROCEDIMIENTO

- Al ingreso o al día anterior a la intervención
- Presentarse al paciente en su habitación procurando su comodidad para que responda a las preguntas que hará el personal y se verificara que los datos concuerdan con los de la manilla.
- Los familiares recibirán información médica y las técnicas necesarias para la preparación. Si el paciente y/o familia expresan dudas sobre la intervención y/o diagnóstico médico se comunicara al cirujano de guardia para que proporcione la información necesaria.





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	102-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

- Verificar la historia clínica con todos los formularios y verificar que el consentimiento informado esté debidamente llenado por el paciente si está en condiciones o por algún familiar o un tutor
- Llenar el formulario de valoración pre operatorio de enfermería.
- Toma de constantes vitales y exploración física realizando el registro correspondiente.
- Valoración del paciente, registrando todos los datos en la ficha de ingreso y en el reporte de enfermería.
- Permanecer en ayunas (incluido el agua) al menos 8 horas antes de la intervención. Si precisara la administración oral de medicación se realizara con la menor cantidad posible de agua.
- Debe retirarse anillos, cadenas o cualquier otro objeto metálico, antes de ir a Quirófano.
- Las uñas deben ir desprovistas de esmalte y son muy largas indicar la necesidad de recortarlas.
- Informar que debe ir a Quirófano sin maquillaje ni lápiz de labios.
- Indicar, si tiene prótesis, que debe retirársela antes de ir a quirófano y entregar a familiares.
- Canalizar vía periférica con catlon 18 en el brazo izquierdo.

6.11.- EL DÍA DE LA INTERVENCIÓN

- 1.- Toma y registro de constantes
- 2.- Baño o ducha con agua y jabón, indicando al paciente la importancia de realizarla en ese momento.
- 3.-En pacientes no autónomos la enfermera o Auxiliar de enfermería realizara la higiene parcial o total dependiendo de su nivel de dependencia.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	103-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- 4.-Se entregara una bata abierta indicándole como debe ponérselo.
- 5.-Los artículos se etiquetan y se entregan a un familiar
- 6.-Preparación de la historia clínica con todos los exámenes solicitados y con la autorización respectiva
- 7.-La enfermera comprobara la correcta preparación del paciente antes del traslado a quirófano.
- 8.-Verificación de los datos personales del paciente con la orden de ingreso.
- 9.-Comprobación de estudio preoperatorio
- 10.-Información al paciente /familia de la hora de la intervención
- 11.-Colocar medias compresivas en cirugías superiores a 2h.
- 12.-Paciente debe orinar antes de la cirugía.
- 13.-Administración de antibiótico prescrito.



6.1.2 CUIDADOS POST OPERATORIOS

DEFINICION

La atención al paciente en la etapa posquirúrgica se lleva a efecto, una vez que ha sido concluida su intervención quirúrgica, para ser trasladado de la sala de operaciones a la sala de recuperación post-anestésica (PAR). En la etapa posquirúrgica la atención de la enfermera (o) se centra, en torno a la valoración integral del paciente y su vigilancia continua, con el propósito de proporcionar una asistencia de alta calidad profesional, iniciando por la identificación de complicaciones potenciales y su tratamiento oportuno, incluyendo la atención a sus familiares.

La etapa posquirúrgica se divide en tres fases o periodos en cuanto al tiempo que transcurrido desde la operación:



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	104-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

La etapa post-operatoria inmediata, es el periodo en que se proporciona la atención al paciente en la sala de recuperación y durante las primeras horas en la sala de hospitalización.

La etapa post-operatoria intermedia o mediata, comprende la atención del paciente durante la convalecencia de la cirugía hasta la pre-alta del paciente.

La etapa post-operatoria tardía consiste en la planeación del alta del paciente y la enseñanza de los cuidados en el hogar, así como de las recomendaciones especiales.



PROCEDIMIENTO

Una vez aprobada el alta del paciente de la sala de recuperación, la enfermera (o) que estuvo encargada (o) de su vigilancia, debe comunicar al área de hospitalización para el traslado del paciente y sobre el equipo especial que va a necesitar el mismo.

Además, deberá acompañar al paciente durante su traslado y relatar y presentar el expediente clínico en el que se hará referencia a:

- Tipo de intervención quirúrgica realizada.
- Estado general del paciente.
- Medicamentos y analgésicos administrados, soluciones parenterales, sangre y derivados.
- Evolución post-operatoria, si existieron complicaciones o tratamientos administrados en la sala de recuperación post-anestésica.
- Existencia y situación de apósitos, drenajes y catéteres.
- Registro de las últimas cifras de signos vitales.





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	105-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

Una vez que el paciente es trasladado a su habitación el personal de enfermería realizara una rápida valoración del paciente

- Toma y registro de signos vitales
- Valorar permeabilidad de las vías respiratorias y la necesidad de aspiración
- Valorar el estado respiratorio general: profundidad, ritmo y características
- Observar el estado de la piel en cuanto a temperatura y color
- Valorar apósito quirúrgico y drenajes si los tuviera
- Valorar perdidas hemáticas si las hay
- Controlar todos los catéteres, apósitos y vendajes
- Controlar pérdida de líquidos por cualquiera de las vías de salida apósitos, sondas, drenajes.
- Control de ingesta y excreta
- Valorar la necesidad de sondar al paciente si la vejiga esta distendida y si no orina en las 6 _8 horas de la cirugía
- Valorar y aliviar el dolor, náuseas y vómitos.
- Colocar al paciente en una posición cómoda que facilite la ventilación.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	106-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

7.- MANEJO DE ENFERMERÍA EN ACCIDENTE OFÍDICO

DEFINICIÓN:

Es toda mordedura de serpiente con o sin inoculación de veneno que puede producir manifestaciones locales o sistémicas.

OBJETIVOS:

General:

- ❖ Estandarizar criterios en la atención de enfermería al paciente con accidente ofídico

Específicos:

- ❖ Disminuir la morbimortalidad ocasionada por mordeduras de ofideos en nuestra provincia
- ❖ Optimizar de la mejor manera los recursos disponibles en la atención
- ❖ Fortalecer las actividades de enfermería en los accidentes ofídicos.

RECURSOS:



Humanos:

- ❖ Medico
- ❖ Enfermera
- ❖ Auxiliar de enfermería

Materiales e Insumos:

- ❖ Sueros antiofídicos
- ❖ Solución Salina al 09% 1000cc, equipo de venoclisis, catlón, jeringuillas
- ❖ Solución desinfectante (Savlon)





	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF001	
	GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	107-135

❖ Bata

DESCRIPCIÓN SISTEMÁTICA:

- ❖ Valorar constantemente el grado de conciencia y respuesta del paciente y anotar las reacciones exactas.
- ❖ Registro de signos vitales, edad, peso.
- ❖ Realizar prueba de TIEMPO DE CUAGULACION : Extraer 5cc de sangre en jeringuilla y esperar hasta 20min
 - Si la prueba es positiva (formación de coagulo) no administrar suero antiofídico.
 - Repetir esta prueba a las 6 horas
 - De obtener resultado POSITIVO , repetir esta prueba en las siguientes 12,24 y 48 horas(Hospitalización)
- ❖ Si la prueba de Tiempo de coagulación es negativa(no se forma coagulo) acompañado o no de manifestaciones hemorrágicas, administrar según el protocolo de manejo accidente ofídico (leve pasar 4 viales, moderado 8 viales, y grave 12 viales de suero antiofídico vía intravenosa diluido en solución salina)
- ❖ Canalizar VIA como medida precautelaría para evitar el shock
 - Administre diluido en 200cc o en Solución Salina al 0,9%, en niños, y 500cc en adultos, en 2 horas
 - Inicie el goteo de manera lenta y observe reacciones de sensibilidad
 - No es recomendable realizar pruebas de sensibilidad cutánea y ocular
 - Es importante tener a mano adrenalina, corticoides o antihistamínicos para actuar de inmediato en caso de reacciones alérgicas al suero.
 - Administrar analgésicos prescritos.





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	108-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- ❖ Solicitar exámenes: BH con conteo plaquetario, dosificación de fibrinógeno, elemental y microscópico de orina(Personal médico)
- ❖ Curación de la herida con soluciones antisépticas(Suero)
- ❖ Paciente ingresa al servicio de hospitalización.

- ❖ Registros en Historia clínica
- ❖ Llenado de Formulario de farmacia y epi 2
- ❖ Ingresar datos del paciente en el Registro de enfermería (Computadora)
- ❖ Registrar la disminución o pérdida de pulsos, frialdad, aumento del edema de la zona y medir extremidad afectada (cambio de color).

- ❖ Registro de la administración de medicación en el Kardex
- ❖ Controlar el tiempo exacto de coagulación. Si es Negativa administrar correctamente los viales.
- ❖ Realizar el Ingreso del paciente estabilizado.



 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	109-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

8.- MANEJO DEL CATETER VENOSO CENTRAL

DEFINICION: El Catéter Venoso Central es un dispositivo insertado percutáneamente por un acceso central (vena subclavia, yugular interna, axilar o femoral) cuya punta se aproxima o llega hasta la cavidad auricular derecha del corazón.

4. INDICACIONES

- Monitoreo hemodinámico: medición de la Presión venosa central
- Acceso vascular: requerimiento de múltiples soluciones, accesos venosos periféricos defectuosos.
- Administración de soluciones vasos activos o irritantes: drogas vasoactivo, antibiótico terapia, nutrición parenteral total y quimioterapia.
- Procedimientos invasivos: acceso a la circulación pulmonar



Sitios de abordaje en un paciente adulto:

1. Subclavía: supraventricular e infraclavicular.
2. Yugular interna.
3. Yugular ext erna.
4. Braquial.
5. Femoral.

OBJETIVO GENERAL:

Disminuir las infecciones nosocomiales atribuidas al catéter central y iatrogénicas atribuidas a su instauración (neumotórax, hemotórax, quilotórax, migración de catéteres, embolismo aéreo).



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	110-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

Persona Responsable:

Médico de turno y/o Tratante

Licenciada en Enfermería

Recursos Humanos:

Médico de turno



Enfermera

Auxiliar de enfermería


EQUIPOS E INSUMOS

1. Una mesa auxiliar.
2. Mascarilla, gorro descartable.
3. 1 Paquete de ropa estéril.
4. 1 Equipo de Sutura
5. 1 Catéter venoso central de 1, 2 o 3 lúmenes.
6. Guantes estériles.
7. Solución antiséptica yodopovidona.o alcohol yodado
8. Solución salina 0.9% 100cc
9. Lidocaína al 2% sin epinefrina.
10. 2 Jeringuillas de 10cc.
11. 2 Aguja hipodérmica # 25.
12. 1 Equipo de venoclisis.
13. 1 o 2 Llave de 3 vías.
14. 1 Sutura (seda 2/0 aguja cortante)
15. 1 tegaderm para fijar catéter.
16. 5 Gasas estériles (1 paquete).



 <p>Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD</p>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	CÓDIGO	MPTENF001	
	GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015	
			PÁGINA	111-135

8.1.- CUIDADOS PRE-COLOCACI3N DEL CVC

PROCEDIMIENTO	FUNDAMENTO
1) Informar al paciente detenidamente la t3cnica a realizarse, solicitando su colaboraci3n y autorizaci3n firmada del procedimiento	Por 3tica profesional, y el paciente tiene el derecho de saber cualquier procedimiento Invasivo y de esta manera aumenta la cooperaci3n del paciente
2) Colocar al paciente en posici3n Dec3bito supino	Posici3n corporal dec3bito supino plano que nos permite realizar este procedimiento por su posici3n anat3mica
3) Retirar el vello con tijeras, no rasurar la zona a insertar el cat3ter	Para no producir micro abrasiones que favorecen la proliferaci3n de g3rmenes
4) Ayudar al M3dico en el procedimiento del cat3ter venoso central	Por mayor asepsia y antisepsia para evitar infecciones.
5) Utilizar gorro y mascarilla al M3dico	Para evitar contaminaci3n
6) Disponer de los materiales necesarios en la mesa auxiliar	Evitar p3rdida de tiempo por falta de material
7) Lavar las manos (quir3rgico). Seg3n protocolo 	Procedimiento m3s efectivo y econ3mico para prevenir y disminuir la transmisi3n de microorganismos resistentes y transitorios. Est3 demostrado que las manos del personal sanitario son la v3a de transmisi3n de la mayor3a de las infecciones mayor3a de las infecciones cruzadas.
8) Utilizar la bata y guantes est3riles	Evitar contaminaci3n
9) Limpiar la zona de inserci3n del cat3ter, aplicar soluci3n antis3ptica (yodopovidona) desde el centro de la zona de inserci3n, con movimientos circulares, hacia la periferia. Se repite el proceso por 3 ocasiones con	Elimina los detritos d y la humedad reduciendo de la piel frecuencia de recolonizaci3n con la microflora de la pie





Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zona 3 - SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

CÓDIGO

MPTENF001

PÁGINA

112-135

GESTION DE ENFERMERIA

FECHA DE VIGENCIA

9/02/2015

una gasa nueva, con estrictas normas de asepsia y antisepsia y dejar actuar por 2 minutos mínimo.

10) Colocar campos estériles, campos cerrados y campo de ojo.

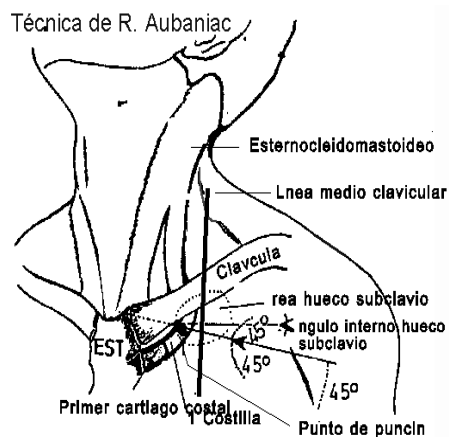
Prevenir Infecciones.

11) Colocar catéter

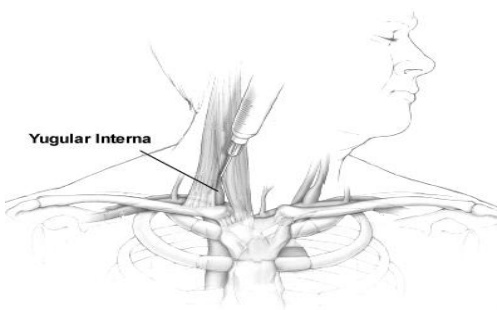
Sirve para infusión de líquidos y para monitorizar la PVC y NPT

Por vía subclavia colocar al paciente en posición Trendelemburg, inclinación ligera de la cabeza del paciente hacia el lado de la hiperextensión del cuello mediante un rodillo aplanado, colocado debajo de los hombros en sentido longitudinal, brazo lateral pegado al tronco y estirarlo, localiza la unión del tercio externo de la clavícula con dos tercios internos y se inyecta anestésico local de la piel justo por debajo de dicho punto, infiltrado en una línea desde el punto de entrada cutáneo hacia el punto medio clavicular contra lateral.

Para conseguir un mejor llenado vascular y evitar gaseosa la embolia



Por vía Yugular Interna, la posición del paciente es Trendelemburg entre 15 y 25 grados, hiperextensión del cuello mediante un rodillo debajo de los hombros en sentido longitudinal. Cabeza girada contra lateral al lugar que se va a puncionar,





Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zona 3 - SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

CÓDIGO

MPTENF001

PÁGINA

113-135

GESTION DE ENFERMERIA

FECHA DE VIGENCIA

9/02/2015

infiltración anestésica intradérmica en los pacientes conscientes	
Por vena femoral , se recomienda colocar una almohada dura debajo de la región lumbar del paciente, de forma que se nos facilite la localización de las referencias anatómicas: espina ilíaca ántero superior por fuera y sínfisis del pubis por dentro. Trazando una línea imaginaria que une ambos puntos,	Evitar infiltración innecesaria
12) Realizar la punción con aguja introductora adaptada a una jeringa de 5cc. Realizar la punción con aguja	Por cuanto la guía rígida da mayor complicaciones
13) Comprobar que se efectuó una punción venosa adecuada, retirar la jeringa dejando solo la aguja.	Lo cual evita que la guía se ubique en otro sitio.
14) Introducir la guía flexible a través de la guja introductora aproximadamente unos 10cm.	Dilatador que ayuda a la permeabilización que se requiere.
15) Retirar la aguja sosteniendo la guía metálica para que se quede dentro.	Es una norma establecida para adecuado funcionamiento
16) Introducir el dilatador a través de la guía metálica, efectuando previamente una pequeña incisión en el sitio de la punción	Prevenir que se ubique o se localice en un sitio que no es el adecuado
17) Retirar el dilatador dejando la guía metálica.	Evitar que se obstruya o cierre su luz y obtener permeabilidad constante





Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zona 3 - SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

CÓDIGO

MPTENF001

PÁGINA

114-135


GESTION DE ENFERMERIA

FECHA DE VIGENCIA

9/02/2015

18) Introducir el catéter a través de la guía, lo cual se retira en ese momento y se clampea	
19) Revisar la permeabilidad del catéter aspirando y obteniendo sangre venosa, posteriormente se permeabiliza mediante la Administración de Agua destilada con 10cc.	
20) Solicitar Rx para determinar posición correcta del catéter a un centímetro por encima de la entrada de la vena cava superior en la aurícula derecha.	Comprobar que se encuentre en el sitio adecuado. Evitar complicaciones.
21) Proceder a la fijación del catéter con un punto de sutura Seda 2/0 o 3/0 con aguja cortante a la piel	Prevenir que se salga y se tenga que realizar nuevamente el procedimiento
22) Proteger el sitio de inserción del catéter con apósito adhesivo transparente	El adhesivo transparente permite controlar el sitio de inserción aumenta la comodidad del paciente y mantiene el sitio estéril
23) Administrar las soluciones de acuerdo a prescripción médica con técnica aséptica.	
24) Retirar todo el material utilizado	Debido a que es fuente de contaminación
25) Registrar Médico y Enfermera el procedimiento en la historia clínica con los pasos correspondientes	Por ser un documento Legal y para respaldo de los Profesionales (Médico y Enfermera)





 HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			 115-135
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		

8.2.-CUIDADOS DE ENFERMERÍA TRANS-COLOCACIÓ DEL CATETER VENOSO CENTRAL

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Asistir al médico durante la colocación del CVC	Se abrirá todo el material y se servirá sobre una mesa mayo, sobre un campo estéril. Procedimiento estéril
Verificar el cumplimiento de la técnica estéril durante el procedimiento	El manejo del material a usarse debe hacerse con técnica estéril, por lo que la enfermera debe revisar el cumplimiento de las normas de esterilidad, de ocurrir una contaminación, se proporcionará un nuevo material y su remplazo por el contaminado. Esta conducta evitará el riesgo de infección del CVC.
Lavar con solución salina, cada lumen del catéter	Luego de la colocación del CVC, se conectará un equipo de venoclisis para el cebado y limpieza de cada lumen. Esto evitará taponamiento del CVC y verificación de su ubicación. Si el CVC se encontrará en arteria, la presión del vaso arterial vencerá la presión de la solución salina y retornará por el equipo de venoclisis.
Fijar la vía y tapar con apósitos estériles de gasa o transparentes semipermeables.	El sitio de entrada del dispositivo se debe mantener estéril, por lo que un buen manejo del apósito transparente adhesivo es imprescindible. Las ventajas de este dispositivo radican sobre la posibilidad de visualizar el sitio de entrada en busca de signos de infección sin necesidad de descubrirlo; y la impermeabilidad por lo que mantiene el sitio de inserción limpio y seco. La primera curación después de la



 HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	116-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
GESTION DE ENFERMERIA				

	colocación se realizará a las 24h y PRN
<ul style="list-style-type: none"> Anotar fecha y hora de inserción en lugar visible. 	Todo dispositivo debe estar rotulado con la fecha de colocación y de curación de modo que facilite el control de riesgos de infección.
Retirar y desechar todo el material utilizado	Se utilizará las debidas medidas de bioseguridad para evitar accidentes laborales por pinchazos o exposición a fluidos corporales.

2 13.2.-CUIDADOS POST COLOCACION DEL CATÉTER

ACTIVIDAD	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Preparación del material necesario	Evita pérdida de tiempo durante la colocación e imprevistos que alarguen el tiempo del procedimiento y de exposición del equipo estéril.
Preparación de la piel	No rasurar; si se precisa retirar el vello, cortar con las tijeras ya que la solución de la continuidad de la piel puede convertirse en un sitio de entrada de microorganismos propios de la piel que pudiesen desarrollar una infección.
Colocación del paciente.	En inserción en tórax/yugular interna se recomienda posición de Trendelenburg (cabeza<0 grados). En inserción femoral se





Ministerio
de Salud Pública
Coordinación Zona 3 - SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

CÓDIGO

MPTENF001

PÁGINA

117-135

GESTION DE ENFERMERIA

FECHA DE VIGENCIA

9/02/2015

recomienda la posición de decúbito supino.

Se debe retirar todos los artefactos que puedan interferir en el sitio de desinfección e inserción

8.4.-CUIDADOS DIARIOS DEL CATETER VENOSO CENTRAL

ACTIVIDADES	FUNDAMENTO CIENTÍFICO
Lavado de manos	Medida sencilla y de bajo costo que evita infecciones asociadas a la atención de salud
Disponer el material en la mesa mayo	Favorece la realización del procedimiento evitando pérdida de tiempo y contaminación.
Colocarse guantes de manejo y retirar el apósito adhesivo transparente	Evita contaminación del CVC y proporciona la superficie de curación.
Limpieza del sitio de inserción	La limpieza se realizará suero fisiológico estéril, empezando en el punto de inserción del catéter en forma circular. A continuación se procede con el yodo povidona de la misma manera, no secar y dejar actuar por 2 a 3 minutos.
Valorar el estado del punto de inserción	Verificar signos como: eritema, calor, rubor, salida de líquido por el sitio de infección. Estos signos pueden sugerir infección del CVC y permite la toma de medidas correctivas que eviten una infección sanguínea asociada a CVC.
Cubrir el punto de inserción	Usar apósito estéril de gasa o apósito transparente semipermeable que en este caso





Ministerio
de **Salud Pública**
Coordinación Zona 3 - SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

CÓDIGO

MPTENF001

PÁGINA

118-135

GESTION DE ENFERMERIA

FECHA DE VIGENCIA

9/02/2015

	<p>se puede mantener 7 días. Cambiar los apósitos siempre que estén mojados, sucios o despegados.</p> <p>No mojar el catéter con agua en el momento que se realiza el aseo del paciente.</p> <p>No aplicar pomadas antibióticas en el punto de inserción del catéter</p>
Cambiar los sistemas de infusión cada 72H	<p>Cambiar las llaves de tres vías, los dispositivos de flujo al igual que las infusiones de solución salina y dextrosa al 5% sin aditivos de drogas, solo cuando el equipo de infusión sea cambiado o antes si fuese necesario; esto evitará colonización de los dispositivos que pudiesen convertirse en reservorios de microorganismos potencialmente infecciosos.</p> <p>Se recomienda distribuir las luces:</p> <ul style="list-style-type: none">• Luz distal: Preservar para la Nutrición parenteral.• Luz media: sueroterapia y drogas• Luz proximal: Medicación intermitente. <p>Cambiar los sistemas de infusión de la NPT cada 24H</p>
Cambio de soluciones de los CVC	<p>Se recomienda que toda preparación IV sea cambiada cada 24 o de acuerdo a las especificaciones del fármaco, se deberá verificar</p>





Ministerio
de **Salud Pública**
Coordinación Zona 3 - SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

CÓDIGO

MPTENF001

PÁGINA

119-135

GESTION DE ENFERMERIA

FECHA DE VIGENCIA

9/02/2015

la compatibilidad medicamentosa antes de la infusión. Si se suspende la infusión de una solución, se deberá extraer con una jeringuilla el contenido sobrante en el lumen del CVC (sobre todo en el caso de vaso activos).

8.5.-CUIDADOS PARA EVITAR LA CONTAMINACION DEL CATETER

1) Curar la primera vez a las 24 horas de haber sido colocado el catéter	Elimina los detritos, sangre de la piel y la humedad.
2) Curar cada 48 h, manteniendo una estricta técnica aséptica.	Disminuye la posibilidad de Infección del catéter
2) Realizar manipulaciones mínimas con normas de asepsia	Para evitar contaminación
3) Mantener circuito cerrado.	Para disminuir infecciones
4) Observar la condición de la piel en el sitio de punción. Buscando signos de eritema o secreción purulenta	Se determina si existe sepsis relacionada con su presencia
5) Observar si el catéter se ha movido hacia fuera, no reinsertarlo	Puede haber migración de bacterias desde la superficie de la piel a lo largo del tejido





Ministerio
de **Salud Pública**
Coordinación Zona 3 - SALUD

MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA



HOSPITAL PROVINCIAL PUYO

CÓDIGO

MPTENF001

PÁGINA

120-135


GESTION DE ENFERMERIA

FECHA DE VIGENCIA



9/02/2015

	subcutáneo hasta la corriente sanguínea
6) Limpiar la conexión entre el orificio de entrada de equipo a la llave de tres vías con una solución antiséptica (yodopovidona) "Es importante limpiar con guantes de manejo la conexión mientras está cerrada".	Reduce la frecuencia de recolonización con la microflora de la piel

MATERIALES PARA CURACION DEL CATETER VENOSO CENTRAL

<ol style="list-style-type: none">1) Mesa auxiliar.2) 1 Equipo de curación.3) Solución antiséptica (alcohol yodado yodopovidona).4) Mascarilla descartable.5) 1 par de Guantes de manejo.6) 1 Apósito adhesivo transparente 	
1) Explicar el procedimiento al paciente	El paciente derecho de saber Cualquier procedimiento invasivo y a la vez colaborar con el mismo.
2) Lavar las manos según proto Colo	Procedimiento más efectivo y económico para prevenir y disminuir la transmisión de microorganismos residentes y transitorios. Esta demostrado que las manos del personal sanitario son la vía de transmisión de la mayoría de las infecciones cruzadas.
1. Disponer del material necesario en la mesa auxiliar	Evitar pérdida de tiempo por falta de material
2. Limpiar la zona de inserción con orificio de entrada de	Reduce la frecuencia de recolonización





 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	121-135
	HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	FECHA DE VIGENCIA		
GESTION DE ENFERMERIA				

equipo solución de yodopovidona o alcohol yodado iniciando en el punto de inserción del catéter en forma circular repetir el procedimiento por tres ocasiones con una gasa nueva con estrictas normas de asepsia y dejar actuar por 2 minutos.	con la microflora de la piel
5) Cubrir la zona con apósito transparente	El adhesivo transparente permite controlar el sitio de inserción aumenta la comodidad del paciente y mantiene el sitio estéril.
6) Colocar el adhesivo de identificación con: <ul style="list-style-type: none"> • Fecha de colocación de catéter y nombre de quien lo coloca • Fecha de curación y personal responsable. 	Para llevar un control de su próximo cambio
7) .No aplicar cremas antibióticas en el punto de inserción del catéter.	Para cuidar la integridad de la. Piel y de la sutura.

CATETERES CENTRALES PARA HEMODIALISIS

El empleo de catéteres en las venas centrales constituye una alternativa a la Fistula Arterio Venosa y en algunos casos son la única opción para dializar a un paciente, ya que proporciona un acceso al torrente circulatorio de una forma rápida y permite la realización de una diálisis eficaz, aunque ha de tenerse en cuenta que la diálisis a través de un catéter es de menor eficacia que la realizada por una fistula arterio venosa



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	122-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

Los catéteres centrales pueden clasificarse en tunelizados y no tunelizados, en los que el tratamiento por parte de enfermería es prácticamente el mismo, ya que ambos precisan de los mismos cuidados básicos.

Los cuidados de enfermería son esenciales para el buen funcionamiento de los catéteres centrales. Los objetivos de estos cuidados se encaminan a obtener el mejor rendimiento durante la sesión de Hemodiálisis a minimizar los factores de riesgo de las complicaciones potenciales y hacer una detección precoz de las mismas, en caso de producirse.

Toda manipulación del catéter venoso central, tales como conexión, desconexión, sellado, etc., han de realizarse según las recomendaciones de asepsia universales. Se han de utilizar campo y guantes estériles.



Tanto el personal sanitario como el paciente deben utilizar mascarilla durante la manipulación del catéter.

Los catéteres vasculares para Hemodiálisis únicamente deben utilizarse para realizar las sesiones de Hemodiálisis y ser manipulados por personal adecuadamente entrenado.

En los catéteres tunelizados se evitarán las tracciones o movimientos bruscos del catéter en las primeras semanas para facilitar la cicatrización y la fijación del manguito de dacron al tejido subcutáneo.

Resulta de gran utilidad un control periódico de la longitud del tramo exterior del catéter –distancia entre el orificio de salida y las ramas de conexión–.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	123-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

Precauciones generales para la manipulación del catéter:

- Se ha de observar el estado del orificio de salida y/o túnel del catéter, y valorar la presencia de signos y síntomas de infección tales como enrojecimiento, inflamación, supuración, dolor, etc.,



- Observar el estado del propio catéter: acodaduras, posibles roturas, así como extrusión o desplazamiento del mismo . Se recomienda movilizar las pinzas a lo largo de las ramas del catéter, para evitar que pinzamientos repetidos en la misma zona puedan producir fisuras.

- Ha de tenerse especial cuidado con las soluciones antibióticas o antisépticas utilizadas en el catéter. El alcohol, el polietilenglicol que contiene la crema de mupirocina o la povidona yodada, interfieren con el poliuretano, y pueden romper el catéter. La povidona yodada también interfiere con la silicona, y produce su degradación y rotura.

- No se recomienda la utilización de pomadas antimicrobianas de forma rutinaria, ya que no disminuye el riesgo de infección y crean cepas resistentes

- Antes de realizar la conexión al circuito de HD debe comprobarse el correcto funcionamiento del catéter. En caso de encontrar problemas de flujo o presiones elevadas, se recomiendan las siguientes actuaciones: lavados en bolo rápido con solución salina, cambios posturales del paciente, realización por parte del paciente de inspiración profunda o tos fuerte (en catéteres yugulares o subclavios), rotación del catéter (en catéteres no tunelizados) o inversión de las ramas; hay que tener en cuenta que, en caso de invertir las ramas del catéter, puede disminuir la eficacia de la diálisis al aumentar la recirculación sanguínea.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	124-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

– Al finalizar la sesión de hemodiálisis y durante el sellado de las luces del catéter, el pinzado ha de realizarse de forma rápida y bajo presión positiva para evitar el flujo de retorno en la luz del catéter. El sellado del catéter se realizará según el protocolo del centro y las características de cada paciente, y se recomienda sellar con el volumen de anticoagulante equivalente al volumen de cebado indicado en el mismo.

– Los tapones utilizados al final del sellado del catéter han de ser de un solo uso y con rosca de seguridad.

– Una vez finalizada la sesión de Hemodiálisis, se han de cubrir tanto el orificio de salida como el extremo distal del catéter



– En todo paciente portador de un catéter venoso central, la presencia de signos y síntomas de infección sin un foco de origen confirmado, obliga a descartar el catéter como fuente de la misma.

-Se ha de llevar a cabo un programa educativo al paciente para que éste proceda a efectuar el autocuidado del catéter. El paciente con catéter permanente para Hemodiálisis tiene que aprender a vivir con un catéter central fuera del hospital, a conocer su importancia, sus cuidados y sus riesgos. Este programa debe incluir:

– Información general sobre el catéter: en qué consiste, sus partes y el por qué de su importancia.



– Información sobre las distintas complicaciones (fiebre, dolor, sangrado, etc.) y cómo actuar.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	125-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- Información de los aspectos perjudiciales que pueden dañar el catéter: uso de material cortante en las proximidades del catéter (p. ej., tijeras cuchillas o maquinillas de afeitar en la zona de implantación del catéter), roce continuado sobre el catéter y su recorrido (p. ej., uso de cadenas, tirantes, etc.), golpes en la zona de implantación del catéter, ejercicios o actividades bruscas, posturas inadecuadas (p. ej., sentarse en ángulo recto en el caso de catéter femoral).
- Información para prevenir infecciones del catéter: adecuada higiene personal y general (p. ej., ropa interior limpia, higiene en el hogar, ropa de cama limpia, etc.), no mojar el apósito (la humedad aumenta el riesgo de infección).
- En el caso de pacientes portadores de catéter femoral, se recomendará caminar diariamente para prevenir la aparición de trombosis venosa profunda.
- Ante la presencia de cualquier duda o complicación relacionada con el catéter, siempre deberá ponerse en contacto con su centro.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	126-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

9.- FISTULAS ARTERIO VENOSAS

DEFINICION



Los cuidados de la Fistula Arterio Venosa comienzan en una fase anterior a la realización de la misma, Proporcionando la debida información al paciente, con inclusión de nociones generales sobre la fistula arterio venosa, descripción, utilidad y cuidados a aplicar; asimismo, se ha de preservar la red venosa del paciente, desde el mismo momento en que se sabe que éste puede necesitar tratamiento renal sustitutivo. Posteriormente, los cuidados de la fístula variarán según se realicen en el postoperatorio inmediato, período de maduración o una vez iniciado el programa de Hemodiálisis.

Cuidados en el período posquirúrgico

Los cuidados de enfermería en este momento se encaminan a evitar el fracaso temprano de la FAV. A la llegada del paciente de quirófano, el personal de enfermería deberá:

- Comprobar que se adjunta el informe del cirujano vascular verificando el tipo de acceso que ha realizado y las incidencias de la intervención, así como si incluye recomendaciones específicas a tener en cuenta.
- Valorar constantes tensión arterial y estado de hidratación del paciente, especialmente en pacientes añosos, ateroscleróticos, diabéticos o con tratamiento hipotensor, con el fin de evitar hipotensiones que puedan provocar una trombosis precoz.
- Observar el brazo para comprobar la vibración y soplo del AV, en orden a detectar fallos tempranos del mismo. También se ha de valorar el apósito y



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	127-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- el pulso periférico para descartar hemorragia, así como isquemia periférica [
- Mantener la extremidad elevada para favorecer la circulación de retorno y evitar los edemas .
 - En el momento del alta se citará al paciente para la retirada de sutura cutánea a partir del séptimo.

Los programas de información y educación al paciente son de vital importancia en orden a conseguir su implicación en los cuidados de una forma activa.



Esta información ha de proporcionarse de una forma clara y concisa, con la utilización de un lenguaje comprensible y debe recibirla previa a su entrada en HD o inicio de la misma.

Cuidados en el período de maduración

Desde la realización de la FAV hasta su punción se van a producir una serie de cambios, que, en el caso de un acceso autólogo son la dilatación, aumento de calibre y engrosamiento de las paredes de la vena periférica debido a su arterialización; en el caso de un acceso protésico, la formación de la capa neoíntima y la integración de la prótesis, que harán posible que se pueda puncionar varias veces a la semana, dando flujo suficiente para poder realizar la Hemodialisis, se conoce este tiempo como período de maduración.

En las fístulas autólogas se recomienda un tiempo de maduración mínimo de 4 semanas, que podrá ser mayor según estado de la red venosa, edad del paciente y patología concomitante. En los accesos protésicos el tiempo mínimo de maduración es de 2 semanas; en pacientes de edad avanzada con AV protésico se recomienda tiempos de maduración más largos, en torno al mes, ya que la formación de la neoíntima es más lenta.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	128-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

Se comenzará con los ejercicios para la dilatación de la red venosa al tercer día de su confección: , tales como compresión manual de pelota para potenciar la musculatura del antebrazo y compresión del brazo para dilatación de la red venosa .

Durante el período de maduración hay que realizar un seguimiento para detectar problemas en el mismo y poder tomar las medidas correctivas oportunas antes de comenzar tratamiento renal sustitutivo.

Mediante el examen físico, la observación directa del trayecto venoso nos va a indicar el proceso de maduración en el que se encuentra el acceso.

La vibración y soplo de la fistula arterio venosa son métodos físicos útiles para valorar la evolución de éste.



También se valorará la aparición de signos y síntomas de isquemia tales como frialdad, palidez y dolor, especialmente en accesos protésicos.

Cuidados de la Fistula Arterio Venosa durante el programa de hemodiálisis

En el momento en el que el paciente comienza el tratamiento con Hemodiálisis, es cuando el cuidado de la cobra mayor importancia, ya que del estado del acceso depende la eficacia del tratamiento dialítico. Los cuidados de enfermería deben ser exhaustivos y se encaminarán a mantener el acceso en las mejores condiciones posibles. Esto se conseguirá a través de diferentes estrategias:

- Con una buena historia de la fistula arterio venosa se tendrá en cada momento una información exacta del mismo.
- De una correcta técnica de punción va a depender en gran medida la duración del acceso.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	129-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- Minimizar los factores de riesgo para evitar complicaciones potenciales y detectar precozmente las complicaciones que se puedan presentar.
- Llevar a cabo un programa educativo del paciente para que éste proceda al autocuidado del acceso.

Cuidados previos a la punción

En cada sesión de Hemodialisis se necesita un examen meticuloso de la fistula arterio venosa , mediante observación, palpación y auscultación.

– *Observación.* Se valorará el trayecto venoso, apreciando la existencia de hematomas, estenosis visibles, aneurismas, pseudoaneurismas, edema, frialdad del miembro, enrojecimientos, puntos purulentos y tiempo de hemostasia tras la retirada de agujas en sesiones previas.

– *Palpación.* Se valorará la vibración del acceso en la anastomosis y en todo el trayecto venoso, y la existencia de estenosis y disminución/aumento de la presión en el interior del vaso.

La palpación de un pulso discontinuo y saltón sobre la fistula arterio venosa constituye un signo sugestivo de estenosis



– *Auscultación.* Se valorará el soplo del acceso en anastomosis y todo el trayecto venoso, así como la existencia de un soplo piante.

Antes de la punción de la fistula arterio venosa se precisa conocer el tipo, la anatomía del mismo y la dirección del flujo sanguíneo para programar las zonas de punción.

Se llevarán a cabo las medidas de precaución universal, con el fin de evitar la transmisión de infecciones.

Se necesita el lavado del brazo con agua y jabón, colocación de campo quirúrgico y desinfección de la zona de punción.



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	130-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

La punción del acceso protésico se realizará siempre con guantes estériles

Técnica de punción

Es uno de los aspectos clave donde Enfermería tiene una acción directa. La punción siempre se llevará a cabo de una forma meticulosa y por personal adecuadamente entrenado. Se evitará en todo momento punciones en zonas enrojecidas o con supuración, en zonas de hematoma, costra y/o piel alterada y en zonas apicales de aneurismas o pseudoaneurismas.



La punción del acceso se puede realizar según uno de los siguientes métodos: zona específica de punción, punciones escalonadas y técnica del ojal; todos tienen sus ventajas e inconvenientes, y se debe utilizar el más adecuado a cada caso.

La técnica conocida como zona específica de punción consiste en realizar las punciones en una pequeña área de la vena (2-3 cm). Aunque esta técnica facilita la punción al estar esta zona más dilatada, dando suficiente flujo y resultar menos dolorosa para el paciente, también las punciones repetidas destruyen las propiedades de elasticidad de la pared vascular y la piel, y favorecen la formación de aneurismas, la aparición de zonas estenóticas postaneurisma y un mayor tiempo de sangrado.

La técnica del ojal consiste en realizar las punciones siempre en el mismo punto, con la misma inclinación, de forma que el coágulo formado de la vez anterior se extraiga y la aguja se introduzca en el mismo túnel de canalización.

La técnica de punción escalonada consiste en utilizar toda la zona disponible, mediante rotación de los puntos de punción; esto permite mantener la integridad de la pared venosa por más tiempo .



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	131-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO GESTION DE ENFERMERIA				

La aguja a utilizar ha de ser de acero, de pared ultrafina y tribiselada, con una longitud de 25-30 mm y con un calibre que dependerá del tipo de la fistula arterio venosa.

La punción arterial se puede realizar en dirección distal o proximal, según el estado del acceso y para favorecer la rotación de las punciones, dejando una separación de al menos tres dedos entre el extremo de la aguja y la anastomosis vascular. La punción venosa siempre se hará en dirección proximal (en el sentido del flujo venoso). La distancia entre las dos agujas, arterial y venosa, ha de ser la suficiente para evitar la recirculación. Cuando se realice la técnica de unipunción, el sentido de la aguja siempre será proximal.



La punción de los AV protésicos ha de realizarse con el bisel de la aguja hacia arriba y un ángulo de 45°. Una vez introducido el bisel en la luz del vaso, se ha de girar hacia abajo; se reducirá el ángulo de punción y se procederá a la completa canalización.

En los AV protésicos se contraindica totalmente la utilización de las técnicas de punción en zona específica y técnica del ojal, debido a una destrucción del material protésico y el riesgo de aparición de pseudoaneurismas

Durante las primeras punciones se han de extremar todas las precauciones, pues de ello va a depender, en gran medida, el desarrollo posterior del acceso. Las primeras punciones han de realizarse por una enfermera experimentada de la unidad, y se aconseja que sea la misma persona, con la utilización de agujas de calibre pequeño (17G y 16G).

Cuando se encuentra una fistula arterio venosa aneurismático, ya sea autólogo o protésico, sin otras zonas de punción posibles, la punción debe realizarse en los laterales del mismo



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	132-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- Para evitar salidas espontáneas o accidentales de las agujas, éstas deben fijarse correctamente a la piel, a la vez que se comprueba que el extremo distal de la aguja no dañe la pared vascular .
- El brazo de la fistula arterio venosa AV se colocará de forma segura y confortable, manteniendo las punciones y las líneas del circuito sanguíneo a la vista del personal de enfermería.

Vigilancia durante la sesión de hemodiálisis

Durante la sesión de diálisis se mantendrán unos flujos sanguíneos adecuados (300-500 mL/min) para obtener una eficacia óptima. En las primeras punciones se recomienda utilizar flujos inferiores (en torno a 200 mL/min), y elevarlos gradualmente.

Se evitarán manipulaciones de la aguja durante la sesión de diálisis.

En caso de realizar una nueva punción, se aconseja dejar la aguja de la anterior punción hasta el final de la sesión –siempre que no empeore la situación.



Retirada de las agujas

La retirada de las agujas ha de realizarse cuidadosamente a fin de evitar desgarros.

La hemostasia de los puntos de punción se hará ejerciendo una ligera presión de forma suave, para evitar las pérdidas hemáticas sin llegar a ocluir el flujo sanguíneo.



Se recomienda un tiempo de hemostasia mínimo de 10-15 minutos o bien hasta que se haya formado un coágulo estable en el sitio de punción.



 HOSPITAL PROVINCIAL PUYO	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	133-135
	GESTION DE ENFERMERIA	FECHA DE VIGENCIA		

Para favorecer la formación del coágulo, la presión durante el tiempo de hemostasia ha de ser continua, sin interrupciones hasta comprobar que es completa.





 <div>Ministerio de Salud Pública</div> <div>Coordinación Zona 3 - SALUD</div>	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	134-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

10.- BIBLIOGRAFÍA.

- ❖ Juana Hernández Conesa (1995): “Historia de la Enfermería análisis histórico de los cuidados de Enfermería”, McG Interamericana, Madrid.
- ❖ Florence Nightingale (1990):” Notas sobre Enfermería”. ¿Qué no es? , Masson -Salvat
- ❖ Taxonomía NANDA “Diagnósticos de enfermería”
- ❖ ANATOMIA HUMANA. Descriptiva, topográfica y funcional. Tomo III. Miembros Sistema Nervioso Central. (10ª edi.). Rouvière, H., Delmas, A. 2004.
- ❖ MANUAL MOSBY DE EXPLORACIÓN FÍSICA. Seidel, H.M. 2003.
- ❖ ENFERMERIA COMUNITARIA I. Salud Pública. Girbau, Mª R. 2002.
- ❖ ENFERMERIA COMUNITARIA II. Epidemiología. Icart, Mª T., Isla, P., Guàrdia, J. 2003.
- ❖ ENFERMERIA CUMUNITARIA III. Atención Primaria. Caja, C. 2003.
- ❖ ENFERMERIA. Administración de Servicios Enfermería. Mompart, M.P. 2003.
- ❖ PREVENCIÓN DE LA INFECCIÓN EN AREAS QUIRÚRGICAS. Gruendemann, B.J. 2002.
- ❖ GUIA DE RESUCITACION CARDIOPULMONAR BASICA. RCP, Tormo, C., Lesmes Serrano, A. 2002.
- ❖ Manual de protocolos y procedimientos de actuación de enfermería nefrológica. Madrid: SEDEN-Janssen Cilag; 2001.
- ❖ Vascular Access Society. Guidelines for Vascular Access. URL: <http://www.vascularaccesssociety.com/guidelines/references.htm>. Fecha última consulta: 09.01.2004



 Ministerio de Salud Pública Coordinación Zona 3 - SALUD	MANUAL DE PROCEDIMIENTOS TECNICOS DE ENFERMERIA			
	CÓDIGO	MPTENF001	PÁGINA	135-135
	FECHA DE VIGENCIA	9/02/2015		
HOSPITAL PROVINCIAL PUYO				
GESTION DE ENFERMERIA				

- ❖ Polo JR. Protocolo de cuidados y seguimiento de accesos vasculares para hemodiálisis. Revista de Enfermería Nefrológica 1997; 2: 2-8.
- ❖ Díaz-Romero F, Polo JR, Lorenzo V. Accesos vasculares subcutáneos. In Lorenzo V, ed. Manual de nefrología. Madrid: Harcourt; 2002. p. 371-84.

