



HOSPITAL UNIVERSITARIO
REINA SOFÍA

DIRECCIÓN DE
ENFERMERÍA



MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA

MANUAL DE PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS GENERALES DE ENFERMERÍA



**Dirección de Enfermería
Hospital Universitario Reina Sofía
CÓRDOBA**



COORDINACIÓN CIENTÍFICA

Dirección de Enfermería Hospital Universitario Reina Sofía.

Gloria Farnós Brosa

Directora

Dolores Ruiz Ruiz

Subdirectora

Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería

M^a José Berenguer García

Jefe de Bloque

José Carlos Giména Aparicio

Supervisor

Rosario Giménez de la Torre

Supervisora

Dolores de la Torre Peinado

Enfermera

M^a José Notario Madueño

Enfermera

Manuel Rich Ruiz

Enfermero

Joaquín Toro Santiago

Enfermero

COMITÉ CIENTÍFICO Y DE REDACCIÓN

Asunción Parias Salas

Enfermera UCI HG

Dolores Madueño González

Enfermera hospitalización HP

Estrella Barambio Ruiz

Enfermera hospitalización HL

Antonio Martínez Cervelló

Enfermero UCIP HI

COLABORADORES

Agradecemos la colaboración prestada a:

Nieves Pérez Alcalá

Enfermera (Recursos Materiales)

Dolores Prieto Almeda

Fisioterapeuta

Matilde Membrillo Fuentes

Supervisora HG

Dolores Garrido Ramiro

Enfermera HG

M^a Victoria Rino García-Camacho

Enfermera HG

M^a Luisa Matilla Rubio-Chavarrí

Enfermera HP

Y a todos los profesionales del Hospital por su aportación en el mismo, sin el cual sería imposible plantearnos este Manual ni su Mejora Continua.

Edita

Dirección de Enfermería

Unidad de Docencia, Calidad e Investigación de Enfermería

HOSPITAL UNIVERSITARIO REINA SOFÍA

CÓRDOBA

Imprime

Imprenta Vistalegre • CÓRDOBA

Depósito Legal CO-487/2001

Prólogo

La presente 3ª edición de los Protocolos y Procedimientos de Enfermería, representa la consolidación de un estilo y de un instrumento de trabajo del Hospital Universitario Reina Sofía que ha alcanzado ya un alto nivel de madurez profesional.

Como en las anteriores ediciones, el objeto del presente libro es fijar recopilando y editando los diversos protocolos de trabajo de los profesionales de enfermería del Hospital Universitario Reina Sofía, de modo que se utilice cotidianamente como referencia de la mejor práctica que hoy por hoy, han consensuado nuestros profesionales para nuestro hospital.

La actualización de protocolos y procedimientos es una actividad continua, como es continuo el avance del conocimiento y experiencias en nuestra práctica habitual. Así lo entiende la Enfermería de nuestro Hospital y es por ello que existe toda una organización flexible, ligada al trabajo cotidiano, de permanente mejora del conocimiento y experiencia y por tanto de procedimientos y protocolos. En cierto sentido, el presente volumen comenzará a estar superado desde el mismo momento de ver la luz. Ciertamente que, aunque los cambios, los avances, son continuos, los cambios significativos conllevan tiempo. La 2ª edición de esta obra fue publicada en 1998.

Durante los tres años transcurridos los cambios y mejoras introducidos en los procedimientos de Enfermería del Hospital permiten que estemos hablando prácticamente de una nueva obra. No solo se han revisado cuidadosamente todos los items sino que la gran mayoría se ha confeccionado de nuevo, introduciendo enfoques, valoraciones, técnicas o sistemas de medida incorporados a lo largo de estos años.

Esta 3ª edición ve la luz en 2001, coincidiendo con el 25 aniversario de la inauguración del H.U.R.S.

En estos años el H.U.R.S. se ha situado entre el grupo de hospitales más prestigiosos de España gracias sin duda a la valía de un buen número de sus profesionales que forman la masa crítica del hospital, y a un estilo de trabajo que ha acabado marcando nuestra identidad.

DIRECTOR GERENTE

Índice

Requerimientos del Paciente al Ingreso, Traslado y Alta

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
A - 1	Presentación al paciente y/o familia. Cuidados de enfermería al ingreso.	23
A - 2	Valoración de Enfermería al ingreso	26
A - 3	Traslado del paciente a otra unidad	28
A - 3.1	Traslado del paciente a pruebas complementarias, exploraciones e intervenciones	30
A - 3.2	Traslado del paciente a otro centro	32
A - 3.3	Recepción del paciente tras exploraciones o intervenciones quirúrgicas	34
A - 4	Alta de paciente	36
A - 4.1	Alta voluntaria	38
A - 4.2	Alta voluntaria por extrema gravedad	40
A - 5	Cuidados post-mortem	42

Higiene y Cuidados de la Piel

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
B - 1	Cama cerrada	47
B - 2	Aseo del paciente encamado	49
B - 2.1	Higiene de genitales	52
B - 3	Cambio de ropa del paciente encamado	55
B - 4	Lavado de cabeza en la cama	58
B - 5	Higiene bucal	61
B - 6	Higiene de los ojos	64

Alimentación e Hidratación

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
C - 1	Alimentación Oral – Cuidados básicos	69
C - 1.1	Prevención de la aspiración	71
C - 2	Sondaje nasogástrico	73
C - 2.1	Sondaje nasointestinal para alimentación	76
C - 2.2	Alimentación Enteral por sonda	79
C - 2.3	Retirada de la SNG y SNI	83
C - 3	Alimentación Enteral por gastrostomía y yeyunostomía	85
C - 4	Alimentación Parenteral Total	88

Oxigenación

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
D - 1	Oxigenoterapia	95
D - 1.1	Administración de Oxígeno mediante mascarilla	97
D - 1.2	Administración de Oxígeno mediante gafas	99
D - 1.3	Administración de Oxígeno mediante carpa	101
D - 1.4	Administración de Oxígeno a través de traqueostomía.	103
D - 2	Cuidados respiratorios	105
D - 2.1	Respiración diafragmática	106
D - 2.2	Tos asistida	108
D - 2.3	Drenaje postural	110
D - 2.4	Clapping – Drenaje por percusión	112
D - 2.5	Drenaje por vibración	114
D - 2.6	Espirometría incentivada	116
D - 3	Aspiración orofaríngea / nasofaríngea	118
D - 3.1	Aspiración de secreciones por traqueostomía.	121
D - 4	Cuidados y mantenimiento de la traqueostomía	123

Eliminación

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
E - 1	Medición de diuresis	129
E - 1.1	Colocación y retirada del orinal tipo "Botella"	131
E - 1.2	Colocación y retirada de la cuña	133
E - 1.3	Colocación y cuidados de un colector urinario	136
E - 2	Sondaje vesical en el hombre	139
E - 2.1	Sondaje evacuador en el hombre	143
E - 3	Sondaje vesical en la mujer	146
E - 3.1	Sondaje evacuador en la mujer	149
E - 4	Cuidados y mantenimiento del sondaje vesical	152
E - 4.1	Retirada de la sonda vesical permanente	156
E - 5	Sondaje rectal	158
E - 5.1	Enema de limpieza	161
E - 5.2	Enema de retención	164
E - 5.3	Eliminación fecal	166
E - 6	Aspiración gástrica continua	168
E - 7	Balance del equilibrio de líquidos	170
E - 8	Cuidados al paciente ostomizado	172

Termorregulación

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
F - 1	Cuidados del paciente en la hipotermia	177
F - 2	Cuidados del paciente en la hipertermia	180

Movilización

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
G - 1	Valoración y planificación de la necesidad de actividad-ejercicio	185
G - 2	Movilización del paciente	187
G - 3	Posición del paciente encamado - Supino	189
G - 3.1	Posición del paciente encamado - Prono	191
G - 3.2	Posición de decúbito lateral	193
G - 3.3	Posición de Fowler	195
G - 3.4	Posición de Trendelenburg	197
G - 4	Posición de Sims	199
G - 5	Posición de litotomía	201
G - 6	Posición genupectoral	203

Seguridad

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
H - 1	Sujeción del paciente	207
H -1.1	Sujeción del tronco	210
H - 1.2	Sujeción de las extremidades	212
H - 2	Prevención de caídas	215
H . 2.1	Cuidados de Enfermería en las caídas	218
H - 3	Prevención de úlceras por presión	220
H - 3.1	Tratamiento de las úlceras por presión	224
H - 4	Prevención de infecciones	229
H - 5	Valoración del dolor	231

Reposo

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
I - 1	Valoración del patrón sueño.	237
I - 2	Atención al paciente en la necesidad de reposo /sueño.	238

Comunicación

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
J - 1	Valoración de la comunicación verbal y no verbal	243
J - 2	Comunicación Enfermera – Paciente	244
J - 3	Información al paciente	246

Requerimientos diagnósticos

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
RD – 1	Medición del pulso arterial	251
RD – 2	Frecuencia respiratoria	253
RD – 3	Control de temperatura	255
RD – 4	Control de presión arterial	257
RD – 5	Control de presión venosa central	260
RD – 6	Extracción de sangre de una vena periférica	263
RD – 7	Valoración y control de glucemia por punción percutánea	268
RD – 8	Punción capilar	270
RD – 9	Punción arterial. Gasometría	272
RD – 10	Valoración del nivel de conciencia	275
RD – 11	Obtención de muestras de orina	278
RD – 11.1	Obtención de muestras de orina por sonda	280
RD – 11.2	Obtención de muestras de orina para cultivo	282
RD – 12	Realización de un ECG	284
RD – 13	Colaboración y cuidados en la realización de una Punción Lumbar	287

Requerimientos Terapéuticos

Código	PROTOCOLOS Y PROCEDIMIENTOS	
RT – 1	Normas generales de preparación/admón. de medicamentos	293
RT – 2	A. M. Por vía oral	296
RT – 3	A. M. Por vía sublingual	299
RT – 4	A. M. Por sonda nasogástrica	301
RT – 5	A. M. Por vía rectal	304
RT – 6	A.M. Por vía cutánea	307
RT – 7	A.M. Por vía oftálmica	310
RT – 8	A.M. Por vía ótica	313
RT – 9	A.M. Por vía respiratoria. Instilación	315
RT – 10	A.M. Por vía inhalatoria	317
RT – 11	A.M. Por Aerosolterapia	320
RT – 12	A.M. Por vía vaginal	323
RT – 13	A.M. Por vía intradérmica	325
RT – 14	A.M. Por vía subcutánea	328
RT – 15	A.M. Por vía intramuscular	331
RT – 16	A.M. Por vía intravenosa	335
RT – 17	Técnicas de inserción de catéteres periféricos	340
RT – 17.1	Cuidado y mantenimiento de catéteres periféricos	345
RT – 17.2	Técnica de retirada de catéteres periféricos	348
RT – 18	Técnica de inserción de catéter central tipo tambor (DRUM®) de acceso periférico	351
RT – 18.1	Cuidado y mto. de CVC	355
RT – 18.2	Retirada de CVC	358
RT – 18.3	Colaboración en la inserción de CVC	361
RT – 19	Fluidoterapia	365
RT – 20	Transfusión sanguínea y hemoderivados	369
RT – 21	Colocación del tubo de Guedel	373
RT – 22	Ventilación con mascarilla y balón resucitador (Ambú)	376
RT – 23	Convulsiones. Cuidados de Enfermería	378

RT – 24	Dolor precordial. Actuación de Enfermería	381
RT – 25	Reacciones anafilácticas agudas	384
RT – 26	Shock. Cuidados de Enfermería	386
RT – 27	Hemorragias Agudas. Cuidados de Enfermería	388
RT – 28	Reanimación Cardíaco-Pulmonar	391
RT – 29	Preparación del carro de parada	395
RT – 30	Cuidados de Enfermería antiálgicos	401
RT – 31	Colaboración y cuidados en la realización de una Paracentesis	404
RT – 32	Colaboración y cuidados en la realización de una Toracocentesis	407
RT – 33	Cura de herida. Técnica seca	411
RT – 34	Cura de herida. Técnica húmeda	414
RT – 35	Control y cuidado de Drenajes Quirúrgicos	417
RT – 36	Retirada de suturas quirúrgicas	421
RT – 37	Preparación del carro de curas	424
RT – 37.1	Limpieza del carro de cura	428
RT – 37.2	Limpieza y desinfección del instrumental	430

Abreviaturas

Abreviaturas

433

Introducción

Cualquier organización proyectada a la Calidad y al Cliente, como ya valorábamos en la anterior edición, debe recoger todas y cada una de sus actividades en un documento, confeccionado por los profesionales que las llevan a cabo y contrastadas por la evidencia científica disponible, que asegure de esta manera la disminución de la variabilidad de la práctica clínica, a través de la administración de cuidados contrastados científicamente por la evidencia más reciente disponible y facilitando que todos los profesionales, a pesar de sus características individuales, formación previa y experiencia personal y teniendo presente la autonomía profesional, actúen de la misma manera, obteniendo así resultados de cuidados de calidad.

Esto, en organizaciones, cuyo objetivo, entre otros es el de proporcionar una Atención Sanitaria de la máxima calidad y donde los cuidados tienen una importancia relevante en la misma, las diversas formas de abordaje de los mencionados problemas deben quedar reflejados en un documento, que según la cultura y desarrollo de la propia organización, recibe diversos calificativos y que en la nuestra recibe el nombre de Manual de Procedimientos Generales de la Dirección de Enfermería.

El presente Manual de Procedimientos Generales, es consecuencia de la evolución seguida por nuestra organización y sus profesionales en la última década, desde que en 1992 viese la luz la primera edición de un documento que recopilase «la forma de hacer» y por tanto la praxis enfermera en nuestro hospital, hasta esta última edición, ha hecho falta llegar a la definición de una identidad profesional, la adopción de una filosofía enfermera determinada, un Modelo de Cuidados concreto, el diseño de una metodología de cuidados basada en principios científicos y de calidad, y por supuesto la elaboración de unos instrumentos, que nos permitan llevar a cabo, en el marco de los cuidados de calidad la Misión que como colectivo profesional tenemos encomendada en el Hospital Universitario Reina Sofía y hemos asumido.

Por tanto el Manual de Procedimientos Generales que ahora presentamos, es fruto de la revisión sistemática de los distintos documentos que lo conforman, esto es, de los grupos y procedimientos que constituyen el núcleo de conocimiento del propio Manual.

Igualmente y dentro de una filosofía de sistematización y coherencia en los cuidados, hemos intentado que la organización de los procedimientos corresponda a cada una de las fuentes de dificultad que define el Modelo de Cuidados de Virginia Henderson, así como los requerimientos que complementan al modelo en nuestra praxis diaria, como son los de Adaptación al Ingreso hospitalario, traslado y alta del Paciente y los Terapéuticos y Diagnósticos.

Una gran aportación, considerando que cada día son más necesarios los datos objetivos y concretos a cerca de lo que realizamos, ha sido la incorporación en detalle de cantidad y calidad del material fungible necesario para la realización de los procedimientos, así como la codificación y alternativas de consumo disponibles en nuestro centro, sirviendo de base para el desarrollo en un futuro próximo de sistemas que nos permitan ponderar en su globalidad los cuidados dispensados.

Elaborar un Manual de Calidad no es fácil, supone una gran dosis de responsabilidad para las personas encargadas de su coordinación, siendo especialmente importante la participación de todos aquellos profesionales que tengan algo que aportar para su mejora, por ello no tenemos por menos que agradecer tanto al **equipo revisor, al de coordinación** en su revisión y por supuesto a **todos los profesionales** de la Dirección de Enfermería de nuestro hospital, que con su trabajo, aportaciones, ideas, y sugerencias, han conseguido la mejora efectiva y eficiente de este Manual que es el de todos y del que nos sentimos orgullosos.

Pero la tarea, no ha hecho nada más que empezar, ya que en una organización moderna y adaptada a las necesidades cambiantes de la salud de nuestros ciudadanos, no tenemos más remedio que pensar en próximas ediciones de este Manual, que ya desde hoy empezamos a mejorar.

DIRECCIÓN DE ENFERMERÍA

A

**Requerimientos del Paciente al Ingreso,
Traslado y Alta**

A - 1

PRESENTACION AL PACIENTE Y/O FAMILIA. CUIDADOS DE ENFERMERIA AL INGRESO

OBJETIVO

Conseguir la adaptación del paciente y/o familia al medio hospitalario en el menor tiempo posible, con un trato personalizado y humano.
Ofrecer la información que precise el paciente y/o familia.

Material

- Brazaletes de identificación del paciente cuando se precise.
- Champú.
- Compresas tocológicas según necesidades detectadas.
- Empapador - cubrecamas.
- Esponja.
- Información: normas de la unidad (boletín informativo).
- Pañales.
- Papel higiénico.
- Pastilla de jabón.
- Peine.
- Registros de Enfermería.
- Vaso de u.s.u.

Equipo

- Cama cerrada (B – 1).
- Cuña.
- Habitación y armario limpios.
- Historia completa.
- Libro de registros de la unidad.
- Mesita auxiliar, sillón, silla, luz y timbre en perfectas condiciones.
- Orinal caballero.
- Palangana.
- Ropa: pijama o camisón, toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Acompañar y acomodar al paciente y familia en la habitación, confirmando identidad.
2. Presentarse al paciente y /o familia.
3. Entregar el boletín informativo de la unidad, aclarando posibles dudas tanto al paciente como a la familia.
4. Mostrar el medio físico al paciente y enseñarle su correcta utilización.
5. Proporcionar utensilios de aseo personal y pijama o camisón.
6. Confeccionar la historia del paciente según protocolo de la unidad.

7. Anotar en el libro de registro: fecha, hora, nombre completo, unidad de procedencia, especialidad a la que se destine y nº de historia
8. La Supervisora de Enfermería se presentará al paciente y/o familia dentro de las primeras 24 - 48 horas después del ingreso, quedando registrado en la hoja evolución de Enfermería.
9. Registrar en la hoja de evolución de Enfermería la cumplimentación de este procedimiento.

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 1.
2. Knight Macheca, M. K.. Ingreso de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 3 -13.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 322,323.
4. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 7.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 7-40.
9. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 348-384.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 24-26, 83-94.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
Sin cód.	HISTORIA CLÍNICA COMPLETA (VARÍA SEGÚN UNIDADES)
170017	LIBRO 648/19 REGISTRO ENFERMO
130190	BRAZALETE IDENTIFICAC.ADULTO
131971	BRAZALETE IDENTIFICAC.ADULTOC/BOLSILLO 65X25 M.PCODIG.BARRA
131972	BRAZALETE IDENTIFICAC.BEBE C/BOLSILLO 65X25 MM.P/CODIG.BARRA
130189	BRAZALETE IDENTIFICAC.INFANTIL
***	CHAMPU
100012	COMPRESA TOCOLOGICA ALGODON Y MALLA
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDU)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUAL)
130499	ORINAL CABALLERO CRISTAL, FONDO Y LATERAL RECT
131751	ORINAL CABALLERO PLASTICO
130500	ORINAL CUÑA PLÁSTICO
190025	PALANGANAS 40 CM.
100045	PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
190007	PAPEL HIGIENICO
190018	PASTILLAS JABON 15 GR.
190008	PEINES
150073	VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.

*** *Material no dependiente del almacén. Adquisición por otros medios.*

A-2

VALORACION DE ENFERMERIA AL INGRESO

OBJETIVO

Identificar las necesidades del paciente, para establecer los cuidados de enfermería.

Material

- Hoja de Valoración Inicial de Enfermería.
- Impreso de petición de dietas a Cocina.
- Impreso de petición de medicación para Farmacia.
- Registros de Enfermería

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad.
2. Explicar el objetivo del procedimiento al paciente.
3. Realizar valoración inicial de Enfermería y cumplimentar el registro antes de las primeras 24 horas.
4. Pautar los cuidados de Enfermería y la medicación prescrita.
5. Cursar impresos a Cocina y Farmacia, si fuera necesario.
6. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- La entrevista se realizará teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:
- Crear un clima de calidez y aceptación.
- Dirigirse al paciente por su nombre, indicando nuestro nombre y el papel que representamos dentro del equipo.
- Emplear conductas no verbales apropiadas.
- No utilizar terminología que el paciente no comprenda.
- Evitar interrumpir al paciente cuando este hablando.
- Mantener una actitud de tranquilidad, sin prisas.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Knight Machecha, M. K. Ingreso de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 9,10.
2. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
3. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 33-40.

4. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 190-262.
5. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 23-40.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171156	RG-455	HOJA DE VALORACION DE ENFERMERÍA
171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA
170483	RG-56	RECETA INTERIOR (T/100 HOJAS)
170600	SS. 19/3	VALE PETICION MATERIAL
170599	SS 19/1	ADQUISICION ARTICULOS (T/50 x 3 JUEGOS)

A - 3

TRASLADO DEL PACIENTE A OTRA UNIDAD

OBJETIVO

Realizar el traslado del paciente a otra Unidad del Hospital en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Material

- Bolsa para residuos.
- Historia del Paciente.
- Impreso de traslado.
- Impreso para Ambulancia.
- Impresos a Cocina y Farmacia.
- Material de Cama cerrada (B – 1).
- Material de oxigenoterapia (D – 1) si precisa
- Material de sueroterapia (RT - 19)..., si precisa.

Equipo

- Carro de ropa sucia.
- Enseres del paciente.
- Equipo de Cama cerrada (B – 1).
- Equipo de oxigenoterapia (D – 1) si precisa
- Equipo de sueroterapia (RT - 19)..., si precisa
- Libro de registro de la unidad.
- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora o cama según estado del paciente.

PROCEDIMIENTO

1. Comunicar al paciente y familiares el traslado y causas del mismo con suficiente antelación.
2. Cursar el impreso de traslado al Servicio de Admisión.
3. Cursar el impreso de ambulancia, si precisa.
4. Recopilar Historial Clínico y anotar en Registro de Enfermería las Pruebas complementarias pendientes de realizar o recibir resultados.
5. Valorar el estado general del paciente, para escoger el medio de transporte.
6. Comprobar el buen estado de higiene del paciente y cama. Revisar drenajes, sondas, sueros, etc. si los tuviera.
7. El celador trasladará al paciente acompañado por el personal de Enfermería, según prescripción facultativa .
8. Entregar Historia Clínica en la Unidad receptora.
9. Cumplimentar el libro de registro de la unidad de procedencia.
10. Cursar la baja en la planilla de cocina y en la hoja de medicación de monodosis (si la hubiera).

11. Verificar la devolución de los medios utilizados para el traslado del paciente.
12. Recoger y limpiar la habitación.
13. Realizar procedimiento de cama cerrada (B - 1).
14. Comunicar al Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 4.
2. Sorrentino, S.A.. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A.. Madrid. 1994. Pág. 331,332.
3. Knight Macheca, M. K.. Traslado de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 13-16.
4. Buchda, V.; Trynieszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995.Pág. 7.
5. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 41.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

VALE PET. P-100 (AMBULANCIA)

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

170017 LIBRO 648 /19 REGISTRO DE ENFERMOS

170818 RG-288 ORDEN DE TRASLADO INTERIOR

160054 BOLSA BLANCA 50X55 G-300 TROQUEL C/ANAGRAMA

160006 BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80

A - 3.1

TRASLADO DEL PACIENTE A PRUEBAS COMPLEMENTARIAS, EXPLORACIONES E INTERVENCIONES

OBJETIVO

Realizar el traslado del paciente a otra Unidad del Hospital (donde se le efectuarán pruebas complementarias, exploraciones o intervenciones) en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Material

- Autorización para la prueba solicitada.
- Historia clínica completa.
- Impreso de petición de ambulancia, si precisa.
- Impreso de solicitud de la prueba.
- Material de oxigenoterapia (D-1), si precisa.
- Material de sueroterapia (RT - 19)... si precisa.

Equipo

- Equipo de oxigenoterapia (D-1), si precisa.
- Equipo de sueroterapia (RT - 19)... si precisa.
- Silla de ruedas, camilla, cuna, incubadora o cama según el paciente.

PROCEDIMIENTO

1. Verificar los datos de identificación del paciente con los de la prueba solicitada.
2. Informar al paciente y/o familia.
3. Comprobar y adjuntar autorización firmada para la prueba.
4. Cursar impreso de ambulancia, si precisa.
5. Comprobar la correcta higiene del paciente y cama.
6. Preparar al paciente para su traslado.
7. Revisar sueros, colocarlos sobre un soporte y garantizar el ritmo de perfusión.
8. Observar la correcta posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si fuera necesario.
9. Adjuntar documentación precisa según protocolo de la prueba.
10. El celador trasladará al paciente acompañado del personal de Enfermería, según prescripción facultativa.
11. El personal del Servicio o Unidad de recepción asumirá la responsabilidad de los cuidados del paciente durante la realización de la prueba. Registrará los cuidados realizados durante la misma.
12. Comprobar las condiciones de higiene, posición de catéteres, drenajes, etc., a la vuelta del paciente a la unidad.

13. Una vez recibido el paciente en la unidad de origen tras la realización de la prueba, se registrará en hoja de Enfermería las incidencias y evolución del paciente durante la realización de la misma (comunicadas por el personal de la unidad donde se ha realizado la prueba). Ej.: alergias a contrastes, desfallecimientos...

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Knight Macheca, M. K. Traslado de los clientes .En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 13-16.
2. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
3. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
5. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 9-40.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

VALE PET. P-100 (AMBULANCIA)

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

171163 RG-462 CONSENTIMIENTO INFORMADO

171164 RG-463 CONSENTIMIENTO INFORMADO NEONATOS

171134 RG-433 HOJA DE CONSULTA

171136 RG-435 CONSULTA DE RADIODIAGNÓSTICO

171137 RG-436 CONSULTA A MEDICINA NUCLEAR

171184 RG-477 SOLICITUD DE RESONANCIA MAGNETICA

A - 3.2

TRASLADO DEL PACIENTE A OTRO CENTRO

OBJETIVO

Realizar el traslado del paciente a otro centro en condiciones de seguridad y comodidad, evitando complicaciones potenciales.

Material

- Bolsa para residuos.
- Impreso de alta.
- Impreso de Cocina.
- Impreso de Farmacia.
- Impreso de petición de ambulancia.
- Informe médico de alta y de Enfermería al alta.
- Material de Cama cerrada (B – 1).
- Material de O₂ (D – 1), si precisa.
- Material de sueroterapia (RT - 19)..., si precisa.

Equipo

- Carro de ropa sucia.
- Equipo de Cama cerrada (B – 1).
- Equipo de O₂ (D – 1), si precisa.
- Equipo de sueroterapia (RT - 19)..., si precisa.
- Libro de registros de la unidad.
- Silla de ruedas o cama según estado del paciente.

PROCEDIMIENTO

1. Comprobar la identidad del paciente.
2. Comunicar el traslado al paciente y familiares con antelación.
3. Confirmar con Gestoría de Usuarios el traslado y tramitar impreso de petición de ambulancia.
4. Preparar al paciente para el traslado.
5. Entregar al paciente y/o familia el informe de Enfermería al alta.
6. Mandar al Servicio de Admisión el parte de Alta.
7. Anotar en el registro de pacientes: fecha, hora y lugar de traslado.
8. Verificar la devolución del equipo utilizado para el traslado.
9. Organizar la historia del paciente para su traslado al Servicio de Archivos.
10. Cumplimentar el impreso de baja para Cocina y Farmacia (si los hubiera).
11. Recoger y limpiar la habitación.
12. Realizar procedimiento de Cama cerrada (B - 1).
13. Comunicar al Servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma.S.A. Barcelona.1988.Pág. 5.
2. Knight Macheca, M. K..Traslado de los clientes .En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 13 - 16.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed.. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 331,332.
4. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F..1995.Pág.7.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9-40.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

VALE PET.	P-100 (AMBULANCIA)
171101	RG-400 HOJA CLIN. ESTADIST. (00) PAPEL CONTINUO
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA
171158	RG-457 INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA
170017	LIBRO 648/19 REGISTRO ENFERMO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52 X 60 GALGA - 80
160054	BOLSA BLANCA TROQUEL C/ ANAGRAMA

A - 3.3

RECEPCION DEL PACIENTE TRAS EXPLORACIONES O INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS

OBJETIVO

Recibir al paciente manteniendo la continuidad de los cuidados.

Material

- Historia clínica completa.
- Material de oxigenoterapia (D – 1), sueroterapia (RT - 19) .., si precisa.
- Material de aspiración (D – 3) (E – 6), drenaje (RT - 35)..., si lo precisa.
- Registros.

Equipo

- Equipo de oxigenoterapia (D – 1), sueroterapia (RT - 19)..., si precisa.
- Equipo de aspiración (D – 3) (E – 6), drenaje (RT - 35)..., si lo precisa.

PROCEDIMIENTO

1. Recibir al paciente por la enfermera/o responsable asignada/o.
2. Verificar los datos de identificación del paciente
3. Acompañar al paciente hasta su instalación definitiva en su habitación, solicitando a los familiares la espera en la zona indicada para ello, hasta finalizar el procedimiento.
4. Disponer los soportes, conexiones, etc. para los dispositivos y elementos terapéuticos y revisar sueros para garantizar ritmo de perfusión.
5. Observar la correcta posición de catéteres, drenajes y apósitos, fijándolos si fuera necesario.
6. Revisar la historia clínica ajustando tratamientos y cuidados específicos.
7. Realizar valoración de necesidades básicas a la recepción y compararla con la valoración al ingreso, adecuando los cuidados a las alteraciones detectadas.
8. Observar coloración del paciente y estado neurológico.
9. Tomar constantes si fuera necesario.
10. Controlar, medir y anotar el débito de los drenajes si los hubiera.
11. Facilitar el acceso moderado de los familiares, si las condiciones generales del paciente lo permite, contestando a las preguntas relacionadas con los cuidados de Enfermería.
12. Se registrará en hoja de Enfermería las incidencias y evolución del paciente durante la realización de la prueba (comunicadas por el personal de la unidad donde se ha realizado la exploración).

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. D'Avis, C. R. Cuidado postoperatorio del cliente quirúrgico. En Perry, A.G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1090 -1099.
2. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 12-15.
3. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 10.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 11-36.
5. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 9-40.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA
HISTORIA COMPLETA SEGÚN PROTOCOLO UNIDAD

A - 4

ALTA DEL PACIENTE

OBJETIVO

Reincorporar al paciente a su medio habitual, procurando la continuidad de los cuidados.

Material

- Bolsa de residuos.
- Impreso para ambulancia o taxi si el enfermo lo requiere.
- Impreso para Cocina.
- Impreso para Farmacia.
- Informe de Enfermería al alta.
- Informe Médico de Alta.
- Material para Cama cerrada (B – 1).
- Medicación y material de cura, si precisa.
- Parte de Alta.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Carro de ropa sucia.
- Carro de ruedas, o camilla según precise.
- Equipo para Cama cerrada (B – 1).
- Libro de registro de la unidad.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente y familia del alta con suficiente antelación.
2. Cursar impreso de ambulancia, si precisa.
3. Entregar informe de Enfermería al alta, revisando con el paciente y familia los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital.
4. Entregar medicación y material necesario, si precisa, para la continuidad del tto. durante las primeras 24 horas.
5. Despedir al paciente y su familia.
6. Anotar el Alta en el libro de Registro de la Unidad y en la Hoja de Evolución de Enfermería.
7. Cursar impreso de Alta al Servicio de Admisión.
8. Recoger la historia clínica para enviar al Servicio de Archivos.
9. Cumplimentar y cursar los impresos de baja a Cocina y Farmacia (si los hubiera).
10. Recoger y limpiar habitación.
11. Realizar procedimiento de cama cerrada. (B –1).
12. Avisar al Servicio de Admisión de la disponibilidad de la cama para un nuevo paciente.

OBSERVACIONES

- En Pediatría y Servicios Especiales, el familiar que recoge al paciente, tiene que identificarse firmando en la hoja de evolución de Enfermería registrando su nº de DNI.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 6,7.
2. Knight Macheca, M. K. Alta hospitalaria de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 16 -23.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 331,332.
4. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 20.
5. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 16,17.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 25.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 37-45.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediatrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 8.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

VALE PET. P-100 (AMBULANCIA)

171158 RG-457 INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA

171101 RG-400 HOJA CLIN. ESTADIST. (00) PAPEL CONTINUO

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

170017 LIBRO 648/19 REGISTRO ENFERMO

160006 BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA - 80

160054 BOLSA BLANCA TROQUEL C/ ANAGRAMA

A - 4.1

ALTA VOLUNTARIA

OBJETIVO

Facilitar al paciente la documentación legal necesaria para su salida del centro hospitalario cuando éste demande el alta.

Material

- Bolsa para residuos.
- Impreso de Alta.
- Impreso de Alta Voluntaria (Por triplicado)
- Impreso de Cocina.
- Impreso de Farmacia
- Material de Cama cerrada (B-1).

Equipo

- Carro de ropa sucia.
- Carro de ruedas o camilla, si precisa.
- Equipo de Cama cerrada (B-1).
- Libro de Registro de la Unidad.

PROCEDIMIENTO

1. Avisar al médico responsable.
2. Cumplimentar impresos de Alta.
3. Entregar el impreso de alta voluntaria al enfermo o familiar más directo, para su firma.
4. Despedir al paciente y/o familia.
5. Anotar en registro de Enfermería, la hora del Alta y la fecha.
6. Anotar en Registro de la Unidad.
7. Cursar baja a Cocina y Farmacia.
8. Cursar impreso de alta y alta voluntaria al servicio de Admisión.
9. Recoger y limpiar la habitación.
10. Hacer cama cerrada. (B – 1).
11. Comunicar al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 6,7.
2. Knight Macheca, M. K. Alta hospitalaria de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 16 -23.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 331,332.
4. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 20.
5. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 17,18.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 43.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 8.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

VALE PET. P-100 (AMBULANCIA)

171185 RG-457 INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA

171101 RG-400 HOJA CLIN. ESTADIST. (00) PAPEL CONTINUO

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA

170017 LIBRO 648/19 REGISTRO ENFERMO

171102 RG-401 PETICION ALTA VOLUNTARIA

160006 BOLSA BASURA NEGRA

160054 BOLSA BLANCA TROQUEL C/ ANAGRAMA

A - 4.2

ALTA VOLUNTARIA POR EXTREMA GRAVEDAD

OBJETIVO

Facilitar al paciente y/o familia la documentación legal necesaria para la salida del centro hospitalario procurando la continuidad de los cuidados.

Material

- Bolsa para residuos.
- Impreso de Alta Voluntaria (triplicado).
- Impreso de Alta.
- Impreso para ambulancia.
- Impreso para Cocina.
- Impreso para Farmacia.
- Informe Médico de alta.
- Informe de Enfermería al Alta.
- Material de Cama cerrada (B – 1).
- Material de sueroterapia (RT - 19), oxigenoterapia (D – 1), etc. según necesidades.
- Medicación y material de cura si precisa.

Equipo

- Carro de ropa sucia.
- Carro de ruedas o camilla.
- Equipo de Cama cerrada (B – 1).
- Equipo de sueroterapia (RT - 19), oxigenoterapia (D – 1), etc. según necesidades.
- Libro de registro de la unidad.

PROCEDIMIENTO

1. Avisar al médico responsable.
2. Entregar el impreso de Alta Voluntaria al enfermo o familiar más directo para su firma.
3. Cursar el impreso de ambulancia.
4. Entregar informe de Enfermería al Alta, revisando con el paciente y familia los cuidados de Enfermería que deberá continuar fuera del hospital.
5. Entregar medicación y material de cura si precisa para la continuidad del tto.
6. Despedir al enfermo y/o familia.
7. Anotar en la hoja de Evolución de Enfermería fecha y hora de alta.
8. Anotar en el libro de registro la fecha y hora de alta.
9. Cursar impresos de Alta y Alta voluntaria al servicio de Admisión.
10. Cumplimentar y cursar impresos de baja para Cocina y Farmacia, si los hubiera.
11. Organizar la Hª clínica para su envío al servicio de archivos.
12. Recoger y limpiar habitación.
13. Hacer cama cerrada (B – 1).

14. Comunicar al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 6,7.
2. Knight Macheca, M. K. Alta hospitalaria de los clientes. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 16 -23.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 331,332.
4. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 20.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 17,18.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 10.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 43.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 8.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

VALE PET.	P-100 (AMBULANCIA)
171158	RG-457 INFORME DE ENFERMERIA AL ALTA
171101	RG-400 HOJA CLIN. ESTADIST. (00) PAPEL CONTINUO
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA
170017	LIBRO 648/19 REGISTRO ENFERMO
171102	RG-401 PETICION ALTA VOLUNTARIA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA - 80
160054	BOLSA BLANCA TROQUEL C/ ANAGRAMA

A-5

CUIDADOS POST MORTEM

OBJETIVO

Asegurar los cuidados necesarios para mantener la integridad del cadáver, así como la atención a la familia en el proceso de duelo hasta su traslado al Tanatorio.

Material

- Algodón.
- Bata u.s.u. no estéril.
- Bolsas para residuos
- Esparadrapo de tela.
- Esponja.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Impreso de Alta.
- Impreso para Cocina.
- Impreso para Farmacia.
- Impreso para Traslado Urbano.
- Jeringas de 10 cc.
- Mascarilla quirófano.
- Material de Cama cerrada (B – 1).
- Sudario.

Equipo

- Biombo
- Libro de registro de la Unidad.
- Palangana.
- Pinzas.
- Tijeras.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Notificar al médico de guardia.
2. Solicitar a la familia que abandone la habitación, proporcionándole los cuidados que precise en el proceso del duelo y facilitándole los servicios religiosos que requiera.
3. Trasladar al paciente que comparte la habitación con el fallecido a otra habitación. Si no es posible, aislarlo mediante un biombo.
4. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
5. Preparar todo el material y trasladarlo a la habitación.
6. Colocarse guantes.
7. Realizar higiene del cadáver, retirando sondas, catéteres, drenajes...
8. Taponar suficientemente los orificios naturales, heridas y cavidades.

9. Cubrir el cadáver según las normas del hospital. Si la familia lo demanda, se facilitará que puedan vestir con sus ropas al cadáver.
10. Retirarse los guantes.
11. Recoger y entregar todas las pertenencias del fallecido a los familiares y permitirles si lo desean permanecer junto al difunto durante unos minutos.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en hoja de Enfermería la fecha y hora exacta del éxitus.
14. Anotar en el libro de registro de la Unidad.
15. Retirar la historia clínica completa para su envío al servicio de Archivos.
16. Identificar el cadáver con: nombre, fecha, hora y unidad de procedencia.
17. Preparar el traslado al mortuorio y cursar el impreso de Traslado Urbano, si precisa.
18. Cumplimentar y cursar impresos de baja a Cocina y Farmacia.
19. Recoger y limpiar la habitación.
20. Hacer cama cerrada (B – 1).
21. Comunicar al servicio de Admisión la disponibilidad de la cama.

OBSERVACIONES

- En caso de que el fallecido sea infeccioso, seguir el procedimiento de Medicina Preventiva.
- En caso de solicitud de necropsia, no retirar catéteres, sondas ni drenajes. Adjuntar autorización a la Hª. clínica.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 8,9.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 469 - 470.
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 236.
4. Fdez. Alvarez, V. Atención de Enfermería al paciente terminal. Ayuda al paciente y familia frente al dolor y la muerte. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaída. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 189,190.
5. Breckinridge, P. Cuidados del cuerpo después de la muerte. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1374 -1377.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 26.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 47-52.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 214.

9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 870-894.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 160-164.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

VALE PET.	P-100 (AMBULANCIA)
171101	RG-400 HOJA CLIN. ESTADIST. (00) PAPEL CONTINUO
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCION DE ENFERMERIA
170017	LIBRO 648/19 REGISTRO ENFERMO
100004	ALGODON HIDROFILO (PAQ.1 K.)
131074	BATA TEJIDO NO TEJIDO N/ESTERIL U.S.U.
160054	BOLSA BLANCA TROQUEL C/ ANAGRAMA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100017	ESPARADRAPO TELA 10 X 10
100019	ESPARADRAPO TELA 5 X 2 1/2
100020	ESPARADRAPO TELA 5 X 5
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDUO)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUA)
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
130469	MASCARILLAS QUIROFANO U.S.U./CINTAS
190025	PALANGANAS 40 CM.
LENCERIA	SUDARIO

B

Higiene y cuidados de la piel

B - 1

CAMA CERRADA

OBJETIVO

Preparar la cama en condiciones de higiene y comodidad para el paciente.

Material

- Empapador-cubrecamas (en las unidades que lo requieran).

Equipo

- Almohada.
- Cama.
- Cuna.
- Colcha.
- Funda de almohada.
- Funda de colchón.
- Incubadora.
- Manta.
- Sábanas (3).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar material y trasladarlo a la habitación.
3. Colocar la cama en posición horizontal.
4. Comprobar buen estado de todo el material.
5. Colocar la funda de colchón y sobre ella la sábana bajera, extendiéndola y ajustando las cuatro esquinas de forma que no tenga arrugas.
6. Extender la sábana encimera, con el dobladillo hacia arriba, plegando las esquinas inferiores.
7. Colocar la colcha siguiendo el mismo procedimiento de la sábana encimera con el borde superior por encima de ésta.
8. Poner funda a la almohada y dejarla sobre la cabecera de la cama.

OBSERVACIONES

- Según necesidades de la unidad, se colocará una tercera sábana doblada a modo de entremetida y un salvacamas.
- Las incubadoras deberán prepararse con las condiciones óptimas de humedad y temperatura. Las cunas térmicas deberán también estar a la temperatura adecuada.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 22,23.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 182 - 183.
3. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 63.
4. Perry, A. G. Hacer una cama desocupada. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1374 -1377.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 30.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 19.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 55.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 7-48.
9. Kozier, Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 538-552.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 69-73.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

100219 EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.

B - 2

ASEO DEL PACIENTE ENCAMADO

OBJETIVO

Proporcionar al paciente el aseo necesario para satisfacer las necesidades de higiene y confort, conservando el buen estado de hidratación de la piel.

Material

- Aceite almendras.
- Artículos de higiene personal.
- Bolsa para residuos.
- Esponjas u.s.u. sin jabón (2).
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Papel higiénico.
- Peine.
- Registros de Enfermería.
- Vaselina líquida.

Equipo

- Botella.
- Carro de ropa sucia.
- Cortauñas.
- Cuña.
- Palangana.
- Pijama o camisión.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
6. Proteger al paciente de las caídas (H – 2)
7. Colocarse guantes.
8. Ofrecer cuña o botella si la necesita.(E – 1.1, E – 1.2)
9. Preparar agua a temperatura adecuada.
10. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3).
11. Desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
12. Comenzar a lavar al paciente por la cara con agua sin jabón. Secar.
13. Lavar con agua y jabón el cuello, orejas, brazos y axilas. Enjuagar y secar.
14. Acercar la palangana al borde de la cama y permitir que el paciente introduzca las manos y se las lave. Secarle las manos.

15. Cambiar el agua, jabón y esponja.
16. Seguir lavando el tórax. En las mujeres incidir de manera especial en la zona submamaria. Continuar con el abdomen. Enjuagar y secar.
17. Colocar al paciente en decúbito lateral (G – 3.2).
18. Lavar la parte posterior del cuello, hombros, espalda y nalgas. Enjuagar y secar.
19. Colocar de nuevo al paciente en decúbito supino (G – 3).
20. Lavar extremidades inferiores prestando mayor atención a los pliegues interdigitales. Enjuagar y secar.
21. Cambiar el agua, jabón y la esponja.
22. Lavar genitales y zona anal. (B – 2.1). Enjuagar.
23. Secar bien la piel, poniendo especial atención a los pliegues cutáneos.
24. Frotar la espalda con aceite de almendras o vaselina líquida.
25. Vestir al paciente con el pijama o el camisón.
26. Peinar al paciente y facilitar el uso de los artículos de aseo personal (desodorante, colonia, talco...).
27. Observar el estado de las uñas, limpiar y cortar si es necesario.
28. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
29. Recoger el material.
30. Retirarse los guantes.
31. Realizar lavado de manos.
32. Anotar en los registros las posibles incidencias.

OBSERVACIONES

- Realizar el aseo diario y tantas veces como sea necesario.
- Valorar la colaboración del paciente y familia.
- Comprobar el grado de autonomía del paciente fomentando el autocuidado, siempre con la ayuda y supervisión del personal asignado.
- En pacientes con miembro superior inmovilizado o portador de una vía venosa, se desvestirá comenzando por el brazo sano/ libre. Para vestirlo se comenzará por el brazo afectado.
- Si el paciente lo necesita, se avisará al barbero mediante el impreso destinado a tal fin.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 10,11,17-19.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 201-203,220.
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 40.
4. Perry, A. G. Bañar al usuario. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 137 -143.

5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 38-40.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 12,13.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 57-58.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 48.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 541-570.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 69-73.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
120002	ACEITE ALMENDRAS DULCE 1000 CC
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDUAL)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUAL)
120167	GLICERINA M-4094 F/1000
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190019	JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1L.
130499	ORINAL CABALLERO CRISTAL, FONDO Y LATERAL RECT
131751	ORINAL CABALLERO PLASTICO
130500	ORINAL CUÑA PLÁSTICO
190025	PALANGANAS 40 CM.
190007	PAPEL HIGIENICO
190008	PEINES

B - 2.1

LAVADO DE GENITALES

OBJETIVO

Mantener limpios los genitales del paciente para cubrir las necesidades de higiene y prevenir infecciones.

Material

- Bolsa para residuos.
- Esponja sin jabón.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Pañal-braga.
- Papel higiénico.
- Registros.

Equipo

- Botella.
- Cuña.
- Palangana.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
6. Proteger al paciente de las caídas (H – 2).
7. Colocarse los guantes.
8. Ofrecer la cuña o botella si la necesita.(E – 1.1, E – 1.2)
9. Preparar agua a temperatura adecuada.
10. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3).
11. desnudar al paciente y cubrirlo parcialmente con la sábana.
12. Retirar pañal si lo tuviera.

En el varón:

- a) Retraer el prepucio del pene del paciente y lavar el glande. Enjuagar; pero no secar, ya que la humedad lubrica e impide la fricción.
- b) Devolver el prepucio a su posición para evitar edema y lesión tisular.
- c) Limpiar la parte superior y los lados del escroto. Enjuagar y secar.
- d) Poner al paciente en decúbito lateral (G – 3.2)
- e) Limpiar la parte inferior del escroto y región anal. Enjuagar y secar bien.

En la mujer:

- a) Pedir a la paciente que flexione las rodillas o ayudarle si no puede por sí misma.
 - b) Separar las piernas de la paciente.
 - c) Separar los labios vulvares con una mano y lavar con la otra, limpiando de adelante hacia atrás el periné (para evitar contaminar la uretra o la vagina).
 - d) Enjuagar y secar bien con la toalla.
 - e) Colocar a la paciente en decúbito lateral (G – 3.2).
 - f) Limpiar el área rectal desde la vagina hasta el ano en un solo movimiento.
 - g) Proceder de la misma manera para enjuagar y secar.
13. Colocar pañal si lo precisa.
 14. Dejar al paciente en posición adecuada y cómoda, permitiendo un fácil acceso al timbre y objetos personales.
 15. Recoger material.
 16. Retirarse los guantes.
 17. Realizar lavado de manos.
 18. Anotar en los registros de Enfermería posibles incidencias.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 18, 19.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 211-214.
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 226.
4. Perry, A. G. Cuidados del periné. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 146 -150.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDUAL)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUAL)
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190019	JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1L.
130499	ORINAL CABALLERO CRISTAL, FONDO Y LATERAL RECT
131751	ORINAL CABALLERO PLASTICO
130500	ORINAL CUÑA PLÁSTICO

190025	PALANGANAS 40 CM.
100045	PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
190007	PAPEL HIGIENICO

B - 3

CAMBIO DE ROPA DEL PACIENTE ENCAMADO

OBJETIVO

Realizar el cambio de ropa de cama para satisfacer las necesidades de higiene y confort del paciente.

Material

- Bolsa para ropa sucia.
- Empapador-cubrecamas.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas.
- Colcha.
- Fundas de almohadón.
- Funda de Colchón.
- Manivela.
- Manta.
- Sábanas (3).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Mantener temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
6. Proteger al paciente de las caídas (H – 2)
7. Colocarse los guantes.
8. Poner la cama en posición horizontal, si el paciente lo tolera.
9. Aflojar ropa de cama.
10. Retirar colcha y manta. Si están sucias, depositarlas en el carro para ropa sucia.
11. Dejar la sábana encimera sobre el paciente para que no quede descubierto.
12. Colocar al paciente en decúbito lateral (G - 3.2).
13. Enrollar la sábana sucia hacia el centro de la cama.
14. Colocar la sábana bajera limpia enrollándola hasta el centro de la cama y fijando las dos esquinas.
15. Colocar la entremetida y empapador-cubrecamas, si precisa siguiendo la misma técnica.
16. Volver al paciente hacia el lado limpio, retirando la sábana sucia, entremetida y empapador-cubrecamas si las hubiera, depositándolas en las bolsas de ropa

sucia y residuos respectivamente.

17. Estirar la sábana y la entremetida evitando arrugas, remeterlas debajo del colchón y efectuar el doblez de las dos esquinas restantes.
18. Poner al paciente en decúbito supino (G - 3).
19. Extender la sábana encimera limpia sobre el paciente, retirando la sucia y depositándola en la bolsa de ropa sucia.
20. Colocar colcha y manta si precisa.
21. Doblar la parte superior de la sábana por encima de la colcha.
22. Remeter con holgura la sábana encimera y colcha en los pies de la cama para evitar decúbitos y posturas inadecuadas.
23. Quitar el almohadón sucio y sustituirlo por uno limpio.
24. Colocar la almohada por debajo de la cabeza del paciente.
25. Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.
26. Recoger el material.
27. Retirarse los guantes.
28. Realizar lavado de manos.
29. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Se tendrá en cuenta las posibles patologías que impidan emplear esta técnica. En algunos casos se procederá a levantar al enfermo en bandeja, y se cambiará la ropa desde la cabeza a los pies.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 28,29
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 187-190.
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 59.
4. Perry, A. G. Hacer una cama ocupada. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 188 -193.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 33-35.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 19.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 59.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 48.
9. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 538-552.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992.

Pág. 69-73.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

B - 4

LAVADO DE CABEZA EN LA CAMA

OBJETIVO

Proporcionar al paciente encamado el aseo necesario para mantener la higiene del pelo y cuero cabelludo.

Material

- Bolsa para ropa sucia.
- Champú.
- Champú antiparásitos.
- Crema suavizante.
- Empapador-cubrecamas.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.
- Torundas pequeñas de algodón (2).

Equipo

- Cepillo de cabello.
- Palangana o lavacabezas.
- Recipiente para el agua limpia.
- Secador.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Mantener la temperatura adecuada y evitar corrientes de aire en la habitación.
6. Proteger al paciente de las caídas (H – 2).
7. Colocarse los guantes.
8. Poner la cama en posición horizontal, si el paciente lo tolera. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3).
9. Retirar el cabezal de la cama
10. Desplazar al paciente para que la cabeza quede en el borde de la cama. Si no es posible, situar al paciente en diagonal sobre la cama, en el borde lateral.
11. Colocar el empapador- cubrecamas de protección debajo de los hombros del paciente.
12. Poner una toalla alrededor del cuello y las torundas de algodón taponando los oídos.
13. Colocar el lavacabezas o palangana debajo de la cabeza del paciente y realizar el lavado.

14. Aclarar el cabello con abundante agua, retirando todos los restos del champú.
15. Aplicar la crema suavizante si lo precisa y aclarar posteriormente.
16. Secar bien con toalla o secador y peinar.
17. Retirar las torundas de algodón.
18. Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.
19. Recoger el material.
20. Retirarse los guantes.
21. Realizar lavado de manos.
22. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- El lavado de cabeza puede estar contraindicado en algunos casos:
- Aumento de la presión intracraneal.
- Pérdida de líquido cefalorraquídeo.
- Incisiones abiertas en cuero cabelludo.
- Lesiones cervicales.
- Traqueotomías.
- Dificultad respiratoria.
- En pacientes que presentan pediculosis (piojos) en el cuero cabelludo, se utilizará el procedimiento de desparasitación de Medicina Preventiva.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág.12,13.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 215-217.
3. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 46
4. Perry, A. G. Lavado del cabello del usuario encamado. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 161-166.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 41,42.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 15.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 61.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 48.
9. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 538-552.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 69-73.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
100004	ALGODÓN HIDROFILO (PAQ. 1 K.)
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
***	CEPILLO PARA EL CABELLO
***	CREMA SUAVIZANTE PARA EL CABELLO
***	CHAMPU
190030	CHAMPU ANTIPARASITOS 100 CC
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
***	LAVACABEZAS
190025	PALANGANAS 40 CM.
***	SECADOR

*** *Material no dependiente del almacén. Adquisición por otros medios.*

B - 5

HIGIENE BUCAL

OBJETIVO

Mantener la cavidad oral del paciente limpia para evitar sequedad, malos olores y prevenir infecciones.

Material

- Bolsa para residuos.
- Cepillo de dientes.
- Depresor de madera.
- Gasas estériles.
- Mascarilla.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Material de aspiración si precisa (D- 3).
- Pasta dentífrica.
- Registros.
- Solución antiséptica (clorhexidina diluida al 50%)
- Vaselina.
- Vaso de u.s.u.

Equipo

- Equipo de aspiración si precisa (D- 3).
- Riñonera.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

Valorar la autonomía del paciente y potenciar el autocuidado.

En pacientes autónomos: informar y facilitar el material necesario para la higiene.

En pacientes conscientes que precisen ayuda se actuará de la siguiente manera:

- a) Realizar lavado de manos (P.M.P.).
- b) Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
- c) Informar al paciente.
- d) Preservar la intimidad del paciente.
- e) Colocarse guantes y mascarilla.
- f) Colocar al paciente sentado o semiincorporado .
- g) Colocación de toalla alrededor del cuello.
- h) Aspirar secreciones si es necesario (D-3).
- i) Cepillar dientes, lengua y encías, si el paciente lo tolera.
- j) Enjuagar con antiséptico diluido en agua.

En pacientes con la conciencia disminuida, el procedimiento variará en los siguientes puntos:

- a) Colocar al paciente con la cabeza lateralizada.
- b) Enrollar una gasa alrededor de un depresor formando una torunda.
- c) Empapar con antiséptico y escurrir bien la gasa en los bordes del vaso.
- d) Limpiar bien toda la cavidad oral.
- e) Secar labios y aplicar vaselina.

Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.

Recoger el material.

Retirar guantes y mascarilla.

Realizar lavado de manos.

Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág.16.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág.195-201.
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 43
4. Perry, A. G. Higiene de la cavidad oral en el usuario inconsciente o debilitado. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 155-158.
5. Marqués Andrés, S.. La enfermera y cuidados paliativos. Rev. Enfermería científica. Vol. 174-175. Sep.-Oct. 1996. Pág. 61.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 44,45.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 14.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 63.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 48.
10. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 538-552.
11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 69-73.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
***	CEPILLO DE DIENTES
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130309	DEPRESORES DE MADERA ESMERILADOS
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130469	MASCARILLAS QUIROFANO U.S.U.C/CINTAS
***	PASTA DENTÍFRICA
150073	VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.
FARMACIA	VASELINA
FARMACIA	SOLUCIÓN ANTISEPTICA (CLORHEXIDINA)

*** *Material no dependiente del almacén. Adquisición por otros medios.*

B - 6

HIGIENE DE LOS OJOS

OBJETIVO

Proporcionar al paciente el aseo necesario para mantener los ojos limpios y húmedos, previniendo la aparición de infecciones.

Material

- Gasas u.s.u. estériles.
- Jeringas de 10 cc. estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.
- Suero salino fisiológico.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en decúbito supino (G - 3) o Fowler (G - 3.3)
6. Colocarse los guantes .
7. Cargar las jeringas con SSF.
8. Abrir los párpados del paciente con los dedos de una mano. Con la otra proceder a la limpieza del ojo, instilando el SSF desde el lagrimal hacia fuera (usar una jeringa estéril para cada ojo).
9. Secar con una gasa estéril cada ojo.
10. Cerrar suavemente los párpados.
11. Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.
12. Recoger el material.
13. Retirarse los guantes .
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág.14.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995.Pág. 205.
3. McConnell, E. A.. Cómo irrigar el ojo. Rev. Nursing. Enero 1992.Pág. 72.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
FARMACIA	SUERO FISIOLÓGICO (AMP. 10 CC)

C

Alimentación e Hidratación

C - 1

ALIMENTACION ORAL - CUIDADOS BASICOS

OBJETIVO

Proporcionar la dieta adecuada al paciente según sus necesidades, situación de salud y creencias religiosas y administrar los cuidados necesarios en la ingesta.

Material

- Cañitas flexibles.
- Dieta prescrita.
- Empapador-cubrecamas.
- Jabón neutro.
- Registros.
- Servilletas.
- Toallitas de celulosa.

Equipo

- Bandeja.
- Palangana.
- Mesa.
- Toalla
- Utensilios de vajilla (cubierto, plato, vaso).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Comprobar la dieta prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia en la dieta.
3. Revisar los artículos de la bandeja comparándolos con la tarjeta de la dieta.
4. Informar al paciente.
5. Pedir al paciente que se lave las manos o ayudarlo si es necesario.
6. Ayudar al paciente a colocarse en posición adecuada.
7. Colocar la mesa con la bandeja al alcance del paciente para su mayor comodidad.
8. Dar tiempo suficiente para la ingesta.
9. En pacientes que no puedan comer sin ayuda, actuaremos de la siguiente manera:
 - a) En pacientes adultos de edad avanzada, con alteración neurológica... administrar cantidades pequeñas, valorar masticación, deglución y fatiga (C – 1.1).
 - b) Preguntar al paciente en qué orden desea comer y cortar la comida en piezas suficientemente pequeñas.
 - c) Ofrecer líquidos cuando lo solicite.
10. Estimular la ingesta creando un clima de comunicación.
11. Observar y anotar la cantidad ingerida.
12. Retirar la bandeja y dejarla en el lugar adecuado.

13. Ayudar al paciente después de la ingesta en el lavado de manos e higiene bucal (B – 5).
14. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, con fácil acceso al timbre y objetos personales.
15. Realizar lavado de manos.
16. Valoración de la ingesta y anotación en registros de enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág.30,31.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág.279,280.
3. Evans Orr, M. Atención a un cliente adulto con alimentación oral. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 762-766.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 156,157.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 73.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 68-76.
7. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1056-1102.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág.892-895.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
150012	CAÑITAS FLEXIBLES (PAQ/50 U.)
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
190025	PALANGANAS 40 CM.
190018	PASTILLAS JABÓN 15 GR.
190010	SERVILLETAS DE CELULOSA
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
COCINA	DIETA PRESCRITA

C - 1.1

PREVENCIÓN DE LA ASPIRACIÓN

OBJETIVO

Evitar la broncoaspiración durante la alimentación oral en el paciente que pueda presentar disfagia.

Material

- Alimentos pastosos.
- Espesantes.
- Gelatinas.
- Material (C – 1)

Equipo

- Equipo (C – 1)

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Comprobar la dieta prescrita. Si existen alergias o intolerancias a algún alimento, verificar su ausencia en la dieta.
3. Revisar los artículos de la bandeja comparándolos con la tarjeta de la dieta.
4. Informar al paciente.
5. Pedir al paciente que se lave las manos o ayudarle si es necesario.
6. Colocar al paciente en posición Fowler (G – 3.3) y con la cabeza ligeramente hacia delante.
7. Cubrir el pecho del paciente con un empapador-cubrecamas.
8. Preguntar al paciente si presenta alguna dificultad al tragar.
9. Evitar la ingesta de líquidos.
10. Ofrecer al paciente alimentos semiblandos en pequeña cantidad.
11. Insistir a los pacientes con hemiplejía que mastiquen con el lado no afecto.
12. Valorar la aparición de signos de dificultad como: tos, disnea, babeo...
13. Inspeccionar con suavidad la boca comprobando que no haya restos de alimentos.
14. Ayudar o proporcionar el resto de la dieta si no se observan signos de dificultad.
15. Estimular la ingesta creando un clima de comunicación.
16. Mantener o pedirle al paciente que continúe incorporado de 30 a 60 minutos después de la ingesta para evitar el reflujo gastro-esofágico.
17. Observar y anotar la cantidad ingerida.
18. Retirar la bandeja y dejarla en el lugar adecuado.
19. Ayudar al paciente después de la ingesta en el lavado de manos e higiene bucal (B – 5).
20. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, con fácil acceso al timbre y objetos personales.

21. Realizar lavado de manos.
22. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Evans Orr, M. Atención a un cliente adulto con alimentación oral. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 766-768.

ANEXO DE MATERIALES

Código	Producto
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
150012	CAÑITAS FLEXIBLES (PAQ/50 U.)
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
190025	PALANGANAS 40 CM.
190018	PASTILLAS JABÓN 15 GR
190010	SERVILLETAS DE CELULOSA
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
COCINA	DIETA PRESCRITA
COCINA	ESPELANTE
COCINA	GELATINAS

C - 2

SONDAJE NASOGASTRICO

OBJETIVO

Establecer una vía de acceso al estómago del paciente a través de las fosas nasales con fines diagnósticos, terapéuticos o para alimentación.

Material

- Apósito transparente estéril.
- Bolsa para residuos.
- Depresor de madera.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas no estériles.
- Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Registros de Enfermería.
- Sonda nasogástrica adecuada según motivo del sondaje (Salem, Levin...).
- Toallitas de celulosa.
- Vaso de u.s.u.

Equipo

- Batea.
- Estetoscopio.
- Paño limpio o toalla.
- Pinza de clamp o tapón de SNG.
- Sistema de aspiración. (E – 6)

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente del motivo del sondaje pidiéndole colaboración.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en posición de Fowler (G - 3.3).
6. Colocarse los guantes.
7. Colocar toalla o paño sobre el tórax del paciente.
8. Comprobar que la SNG no presenta defectos y es permeable.
9. Medir de forma aproximada la longitud de la sonda desde la punta de la nariz al lóbulo de la oreja y al apéndice xifoides. Señalar con esparadrapo o rotulador.
10. Lubricar sonda con agua o lubricante hidrosoluble.
11. Inclinar la cabeza del paciente hacia atrás e insertar la sonda a través de la fosa nasal, hacia la zona posterior de la garganta (nasofaringe posterior). Esta maniobra puede producir náuseas. Si esto ocurre, retirar y avanzar la SNG hacia el oído.

12. Flexionar la cabeza del paciente hacia el tórax, una vez que la SNG ha pasado la nasofaringe.
13. Facilitar el procedimiento, solicitándole al paciente que beba pequeños sorbos de agua, si no es posible, insistir en la necesidad de respirar por la boca y deglutir durante la técnica.
14. Introducir la sonda hasta la señal sin forzar el paso de la misma. Si se encuentra alguna resistencia, el paciente tose, se ahoga o se vuelve cianótico, interrumpir la maniobra y retirarla.
15. Comprobar correcta colocación de las siguientes formas:
 - a) Aspirar suavemente con la jeringa para extraer contenido gástrico (si lo hay, confirmar la buena colocación de la SNG).
 - b) Introducir 20 c.c. de aire con la jeringa por la sonda y auscultar con el fonendoscopio en el epigastrio (la ausencia de ruido indica mala colocación).
 - c) Confirmar la colocación mediante la Rx de tórax / abdomen.
16. Fijar la sonda sin impedir la movilidad y visibilidad del paciente, y evitando decúbitos en las fosas nasales.
17. Conectar el extremo de la sonda al sistema de drenaje (bolsa colectora o aspirador), al equipo de alimentación, o pinzar la sonda con la pinza de clamp según prescripción médica.
18. Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.
19. Recoger el material.
20. Retirar guantes.
21. Realizar lavado de manos.
22. Anotar en registros de Enfermería el procedimiento realizado, así como las características del líquido drenado.

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 278,279.
2. D´Avis, C. R.. Inserción y mantenimiento de la sonda nasogástrica. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1081-1089.
3. McConnell, E. A.. Colocación de una sonda nasogástrica. Rev. Nursing. Junio-Julio.1997.Pág. 53.
4. González - Quevedo, M. C.; Llorente, M. T.. Inserción de una sonda nasogástrica. Rev. Metas de Enfermería. Nº 20. 1999.Pág. 16-18.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 156,157.

6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 73.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 68-76.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1056-1102.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 892-895.

ANEXO DE MATERIALES

Código	Producto
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100140	APOSITO QUIR. TRANSP. 6X7 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
130985	CLAMP- PINZA COLAPSADORA DE TUBOS.
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
130309	DEPRESORES DE MADERA ESMERILADOS
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130443	JERINGAS U.S.U. C/CATETER 50 CC.
130596	SONDA ASPIRACIÓN Nº 6 ENDOT. ESTÉRIL USU
130594	SONDA ASPIRACIÓN Nº 8 ENDOT. ESTÉRIL USU
131121	SONDA GASTRICA SALEM Nº 10
131122	SONDA GASTRICA SALEM Nº 12
131129	SONDA GASTRICA SALEM Nº 14
130994	SONDA GASTRICA SALEM Nº16
130993	SONDA GASTRICA SALEM Nº18
130603	SONDA NASOGAST. LEVIN Nº 10 RADIOPACA USU
130064	SONDA NASOGAST. LEVIN Nº 12 RADIOPACA USU
130605	SONDA NASOGAST. LEVIN Nº 14 RADIOPACA USU
130585	SONDA NASOGAST. LEVIN Nº 16 RADIOPACA USU
130586	SONDA NASOGAST. LEVIN Nº 18 RADIOPACA USU
130715	TAPON PARA Sonda VESICAL ESTERIL
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
150073	VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.
FARMACIA	LUBRICANTE HIDROSOLUBLE

C - 2.1

SONDAJE NASOINTESTINAL PARA ALIMENTACIÓN

OBJETIVO

Establecer una vía de acceso al intestino delgado del paciente para alimentación.

Material

- Bolsa de residuos.
- Bolsa para admón. de Nutrición Enteral.
- Depresor.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas no estériles.
- Jeringa de 50 cc. estéril.
- Lubricante hidrosoluble.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Preparado comercial de Nutrición Enteral.
- Registros de Enfermería.
- Sistema de Nutrición Enteral.
- Sonda nasoduodenal para alimentación enteral.
- Toallita celulosa.
- Vaso de u.s.u.

Equipo

- Batea.
- Bomba de infusión enteral.
- Estetoscopio.
- Paño limpio o toalla.
- Pinza de clamp o tapón de SNG.

PROCEDIMIENTO

1. Insertar la sonda NSI siguiendo el procedimiento (C - 2), con la siguiente excepción:
 - a) Colocar al paciente en decúbito lateral derecho (G - 3.2), una vez introducida la sonda, para facilitar el paso al duodeno.
 - b) Dejar colocada la guía hasta la confirmación radiológica de la sonda
2. Administrar la alimentación por SNI en infusión continua según procedimiento (C - 2.2) para asegurar una absorción adecuada.
3. Comprobar que el contenido de líquido intestinal sea menor de 30 ml. o no exista. (Si hubiera más cantidad puede deberse a un desplazamiento de la SNI hacia el estómago).

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Evans Orr, M . Administración de nutrición enteral mediante una sonda nasogástrica(calibre pequeño o grande) En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999. Pág 772-776
2. Evans Orr, M . Administración de nutrición enteral mediante una sonda nasointestinal o de yeyunostomía. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999. Pág 788-791
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 15

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
131542	BOLSA P/ADMN.NUTRIC.ENTERAL FLEXITAINER R-69
130985	CLAMP- PINZA COLAPSADORA DE TUBOS.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130443	JERINGAS U.S.U. C/CATETER 50 CC.
131765	SISTEMA NUTRICION ENTERAL (ROSCA C/ESTRECHO)
131841	SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA C/PUNZON Y CUELLO ANCHO
131748	SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA(INFANTIL)
131750	SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA(PORTATIL)
131990	SISTEMA NUTRICION ENTERAL POR GRAVEDAD P/PACIENTES EXTERNOS
131747	SISTEMA NUTRICION ENTERAL ROSCA CUELLO ANCHO
131562	SISTEMA P/ADM. NUTRICION ENTERAL POR GRAVEDAD
131901	SONDA GASTRODUODENAL Nº 6 SILICONA
131908	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 6 FR S/LASTRE
131540	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 8 FR 91 CM S/LASTRE
131541	SONDA P-ALIMENT.ENTRAL 8 FR 114 CM C/LASTRE
1311860	SONDA P-ALIMENT.ENTRAL 10 FR 106 CM C/LASTRE
131539	SONDA P-ALIMENT.ENTRAL 12 FR 114 CM C/LASTRE
131538	SONDA P-ALIMENT.ENTRAL 12 FR 91CM S/LASTRE

130715 TAPON PARA SONDA VESICAL ESTERIL
190028 TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
150073 VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.
FARMACIA PREPARADO COMERCIAL DE NUTRICIÓN ENTERAL

C - 2.2

ALIMENTACION ENTERAL POR SONDA

OBJETIVO

Proporcionar una dieta equilibrada al paciente a través de la sonda nasointestinal.

Material

- Agua.
- Bolsa para admón. de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- Jeringa de 50 c.c. estéril.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Preparado comercial de nutrición enteral.
- Registros de Enfermería.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda para alimentación enteral.
- Tapón para SNG.
- Toallita de celulosa.
- Vaso u.s.u.

Equipo

- Bomba de infusión para N.E.
- Estetoscopio.
- Pinza de clamp.
- Soporte de gotero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en posición de Fowler (G - 3.3).
6. Colocarse los guantes.
7. Comprobar correcta colocación de la sonda (C - 2).
8. Comprobar tolerancia, antes de iniciar la alimentación, verificando que el residuo gástrico sea menor de 150 ml en adultos (en pacientes pediátricos variará según la edad).

Administración en bolo:

- a) Pinzar la sonda.
- b) Conectar el cilindro de la jeringa de 50 c.c. sin el émbolo al extremo de la SNG.
- c) Rellenar con el preparado alimenticio.
- d) Despinzar la sonda.

- e) Dejar que el preparado caiga por gravedad o ejerciendo una ligera presión.
- f) Lavar la SNG, al finalizar, con 20-30 ml de agua en adultos y no más de 10 ml en niños.

Administración enteral a débito continuo (NEDC):

- a) Pinzar la SNG.
- b) Conectar el sistema de la bomba al extremo distal de la SNG. y programar el ritmo prescrito.
- c) Comprobar la tolerancia c / 4 - 8 h.(menos de 150 ml de residuo gástrico).
- d) Lavar la sonda con agua c / 8h. de 20 a 30 ml. y siempre que se administre medicación (2-5 ml. en niños).
- e) Cambiar sistema y bolsa de alimentación c / 24 h.

Administración enteral cíclica:

Utilizada en pacientes como transición entre NEDC y oral.

Se administra en varias tomas prescritas, de un volumen determinado con un periodo de descanso entre ellas.

La manera de proceder será igual que en la NEDC.

- 9. Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiéndole fácil acceso al timbre y objetos personales.
- 10. Recoger el material.
- 11. Retirarse los guantes.
- 12. Realizar lavado de manos.
- 13. Anotar en registros de Enfermería el procedimiento realizado.

OBSERVACIONES

- No iniciar la alimentación en volúmenes máximos.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la higiene máxima.
- Para evitar el reflujo en los pacientes con NEDC o cíclica, la cabecera de la cama permanecerá ligeramente elevada, y en los pacientes que se administre en forma de bolo, permanecerán en posición de Fowler (G - 3.3) al menos durante 30 minutos tras la toma.
- Anotar y comunicar al facultativo posibles incidencias tales como vómitos , diarrea, distensión abdominal...

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

- 1. Evans Orr, M. Administración de nutrición enteral mediante una sonda nasogástrica(calibre pequeño o grande) En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 779-788.
- 2. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 36,37.
- 3. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la

- enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 16.
4. Suñer Soler, R; Jiménez Ruiz, C.; González Huís, F.. Nutrición enteral. Rev. Rol de Enfermería. Nº 214. Junio. 1996. Pág. 69-72.
 5. Tomás Vidal, A. M. y cols. Tratamiento con nutrición enteral. Rev. Rol de Enfermería. Nº 199. Marzo. 1995. Pág. 53-58.
 6. Viall, C. D..Cuando el paciente lleva una sonda nasogástrica, ¿qué es lo más importante?. Rev. Nursing. Vol. 15. Nº 3. Marzo 1997.Pág. 23-25.
 7. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 59. Pág. 638-642.
 8. Forloines-Lynn, S..Preparación del terreno para alimentación cíclica por sonda. Rev. Nursing. Octubre. 1996. Pág. 39-42.
 9. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 162,163.
 10. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 136-139.
 11. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 75,76.
 12. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 73,74.
 13. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1055-1106.
 14. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 932-936.

ANEXO DE MATERIALES

Código	Producto
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
131542	BOLSA P/ADMN.NUTRIC.ENTERAL FLEXITAINER R-69
130985	CLAMP- PINZA COLAPSADORA DE TUBOS.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130443	JERINGAS U.S.U. C/CATETER 50 CC.
131765	SISTEMA NUTRICION ENTERAL (ROSCA C/ESTRECHO)
131841	SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA C/PUNZON Y CUELLO ANCHO
131748	SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA(INFANTIL)
131750	SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA(PORTATIL)
131990	SISTEMA NUTRICION ENTERAL POR GRAVEDAD P/PACIENTES EXT.

131747 SISTEMA NUTRICION ENTERAL ROSCA CUELLO ANCHO
131562 SISTEMA P/ADM. NUTRICION ENTERAL POR GRAVEDAD
131908 SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 6 FR S/LASTRE
131540 SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 8 FR 91 CM S/LASTRE
131541 SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 8 FR 114 CM C/LASTRE
1311860 SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 10 FR 106 CM C/LASTRE
131539 SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 12 FR 114 CM C/LASTRE
131538 SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 12 FR 91CM S/LASTRE
130715 TAPON PARA SONDA VESICAL ESTERIL
190028 TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
150073 VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.
FARMACIA PREPARADO COMERCIAL DE NUTRICIÓN ENTERAL

C - 2.3

RETIRADA DE LA SONDA NASOGASTRICA Y NASOINTESTINAL

OBJETIVO

Extraer la SNG o SNI cuando el paciente no la necesite, este obstruida o en posición incorrecta, evitando posibles complicaciones.

Material

- Bolsa para residuos.
- Empapador – cubrecamas.
- Gasas no estériles.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Material para la higiene bucal (B - 5).
- Registros de Enfermería.
- Toallitas de celulosa.

Equipo

- Batea.
- Equipo para la higiene bucal (B - 5).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente que puede sufrir alguna molestia nasal o náuseas al realizar el procedimiento.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en posición de semi-Fowler (G - 3.3).
6. Colocarse los guantes.
7. Colocar un empapador - cubrecamas sobre el tórax del paciente.
8. Desconectar la sonda del sistema de aspiración si lo hubiera.
9. Introducir 10 c.c. de aire o agua por la sonda para que no tenga contenido gástrico al retirarla (en paciente pediátricos de 3 a 5 c.c. de agua).
10. Retirar el esparadrapo que fija la sonda a la nariz y otras sujeciones que hubiera.
11. Pinzar la sonda doblándola con la mano.
12. Pedir al paciente que retenga la respiración para cerrar la epiglotis.
13. Retirar la sonda suavemente pero sin pausa, limpiándola con gasa a medida que se va retirando, (puede retirarse más rápidamente cuando llega a la nasofaringe).
14. Depositar la sonda en la bolsa para residuos.
15. Limpiar los residuos adheridos a la nariz.
16. Proporcionar material y/o ayudar para la higiene bucal (B – 5).
17. Mantener al paciente en la posición semi-Fowler unos 30 minutos para prevenir aspiración.

16. Recoger el material.
17. Retirarse los guantes.
18. Realizar lavado de manos.
19. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Valorar, una vez retirada la sonda, posibles alteraciones gastrointestinales, vómitos, diarrea, distensión abdominal, intolerancia a los alimentos... y comunicarlo al facultativo.

BIBLIOGRAFIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 281-285.
2. McConnell, E. A.. Retirada de una sonda intestinal. Rev. Nursing. febrero.1997.Pág. 53.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60 X 90 U.S.U.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

C - 3

ALIMENTACIÓN ENTERAL POR GASTROSTOMÍA Y YEYUNOSTOMÍA

OBJETIVO

Proporcionar una nutrición equilibrada al paciente con riesgo de desnutrición o con desnutrición establecida, a través de la sonda de gastrostomía o yeyunostomía.

Material

- Bolsa de nutrición enteral.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Preparado comercial de Nutrición enteral prescrita.
- Registros de Enfermería.
- Sistema de nutrición enteral.
- Sonda de gastrostomía / yeyunostomía.
- Toallitas de celulosa.

Equipo

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

PROCEDIMIENTO

El mismo que (C-2.2), con las siguientes consideraciones:

1. Comprobar ruidos intestinales.
2. Comprobar el residuo gastrointestinal (no debe ser >30ml), antes de iniciar la alimentación con sonda de yeyunostomía,
3. Pasar 30 ml de agua por la sonda antes de iniciar alimentación (en niños, no >5 ml).
4. Administrar la alimentación en infusión continua, para asegurar una absorción adecuada.
5. Utilizar técnica aséptica si el estoma no está cicatrizado.
6. Fijar la sonda al abdomen para evitar contaminaciones y tracciones.

OBSERVACIONES

- Si el ruido intestinal está ausente, notificar al médico antes de iniciar la alimentación.
- No iniciar la alimentación en volúmenes máximos.
- No es imprescindible la esterilidad para todo el sistema pero sí la máxima higiene.

- Para evitar el reflujo en los pacientes con NEDC o cíclica, la cabecera de la cama permanecerá ligeramente elevada, y en los pacientes que se administre en forma de bolo, permanecerán en posición de Fowler (G - 3.3) al menos durante 30 minutos tras la toma.
- Anotar y comunicar al facultativo posibles incidencias tales como vómitos, diarrea, distensión abdominal...

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 34,35.
2. Evans Orr, M. Administración de nutrición enteral mediante una sonda de gastrostomía.. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 784-790.
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 14
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 162,163.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 136-138.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 73,76.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 73,74.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1055-1106.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 937-940.
10. Rodríguez Marzo, A. y cols. Atención de Enfermería en pacientes con sonda de gastrostomía percutánea. Rev. Enfermería Clínica, Vol. 7. Nº. 2. Pág 90-95.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
131542	BOLSA P/ADMON.NUTRIC.ENTERAL FLEXITAINER R-69
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100020	ESPARADRAPO TELA 5 X 5
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL

- 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
- 130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
- 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
- 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
- 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
- 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
- 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
- 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
- 130443 JERINGAS U.S.U. C/CATETER 50 CC.
- 131765 SISTEMA NUTRICION ENTERAL (ROSCA C/ESTRECHO)
- 131841 SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA C/PUNZON Y CUELLO ANCHO
- 131748 SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA(INFANTIL)
- 131750 SISTEMA NUTRICION ENTERAL P/BOMBA(PORTATIL)
- 131990 SISTEMA NUTRICION ENTERAL POR GRAVEDAD P/PACIENTES EXTER
- 131747 SISTEMA NUTRICION ENTERAL ROSCA CUELLO ANCHO
- 131562 SISTEMA P/ADM. NUTRICION ENTERAL POR GRAVEDAD
- 130715 TAPON PARA SONDA VESICAL ESTERIL
- 190028 TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
- FARMACIA PREPARADO COMERCIAL DE NUTRICIÓN ENTERAL

C-4

ALIMENTACION PARENTERAL TOTAL

OBJETIVO

Proporcionar al paciente, las sustancias nutritivas a través de una vía central cuando no pueda tolerar la alimentación oral o enteral.

Material

- Agujas u.s.u. estériles.
- Bolsa de alimentación parenteral.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Hoja de tratamiento.
- Jeringas u.s.u. estériles.
- Llave de 3 pasos.
- Medicación prescrita (Insulina, multivitaminas, oligoelementos...).
- Registros de Enfermería.
- Sistema de bomba de perfusión.
- Soluciones para preparar la alimentación (según prescripción).

Equipo

- Antiséptico.
- Bomba de perfusión volumétrica.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Etiquetas y rotulador.
- Mesa auxiliar.
- Paños estériles (2).
- Soporte para gotero.

PROCEDIMIENTO

Preparación de la NP.

1. Preparar las soluciones y medicamentos complementarios según hoja de tratamiento (RT – 1).
2. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
3. Limpiar los tapones de las soluciones con antiséptico.
4. Colocar las soluciones en los soportes.
5. Preparar campo estéril y abrir bolsa de nutrición.
6. Colocarse los guantes estériles.
7. Perforar las botellas una a una sin tocarlas (con ayuda de una segunda persona).
8. Dejar pasar el líquido a la bolsa de alimentación y cerrar el sistema.
9. Introducir por el látex existente en la bolsa los medicamentos complementarios.
10. Homogeneizar la mezcla.

11. Cubrir la bolsa con un paño verde estéril para aislar de la luz.
12. Anotar en una etiqueta: composición de la solución parenteral, fecha y hora de comienzo, identificación del paciente y ritmo de infusión.
13. Conectar a la bomba de perfusión y ajustar dosificación.
14. Cambiar el sistema en cada cambio de alimentación.
15. Retirarse los guantes.
16. Lavado de manos.

Administración de NP.

1. Realizar lavado de manos. (P.M.P.)
2. Informar al paciente del procedimiento.
3. Colocarse los guantes estériles.
4. Comprobar la perfecta colocación del catéter central, la asepsia del punto de inserción, detectando signos y síntomas de contaminación antes de conectar la alimentación.
5. Preparar con rigurosa asepsia la alimentación, así como la manipulación de las conexiones al CVC.
6. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
7. Recoger el material.
8. Retirarse los guantes.
9. Realizar lavado de manos
10. Anotar en registro de enfermería la actuación, hora de comienzo de la nutrición y las incidencias ocurridas.

OBSERVACIONES

- La alimentación parenteral no se debe interrumpir bruscamente. Si ocurriera por algún motivo se administrará un suero Glucosado al 10 % al mismo ritmo que la NP para evitar hipoglucemias.
- Se realizarán controles de glucemia según prescripción facultativa.
- No administrar fármacos o sueros por la misma vía que la NP.
- Evitar manipulaciones del sistema y extracciones de sangre por el mismo.
- Se recomienda envolver las conexiones con gasas estériles impregnadas con povidona yodada.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 38,39.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 199-201.
3. Evans Orr, M. Cuidados de un cliente que recibe nutrición parenteral total(NPT). En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 799-802.
4. Díaz Chicano, J. F. Y cols. Prevención de las infecciones relacionadas con catéteres venosos en cuidados intensivos. Rev. Enfermería intensiva. Vol. 8. N°

4. Octubre – Diciembre. 1997. Pág. 149 –150.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 164,168.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 121-123.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 77,78.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 76-79
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1055-1106.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 941-948.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
130980	BOLSA NUTRICION PARENTERAL 1000 CC./LINEA LLENADO 3 VIAS S/E
130174	BOLSA NUTRICION PARENTERAL 3 L.,C/LINEA LLENADO 3 VIAS C/FILT
132023	BOLSA NUTRICION PARENTERAL 3 L.,C/LINEA LLENADO 3 VIAS S/FILT
130972	BOLSA NUTRICION PARENTERAL 500 CC./LINEA LLENADO 3 VIAS S/E
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100020	ESPARADRAPO TELA 5 X 5
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
130453	JERINGAS U.S.U. 1 ML.INSULINA 40 UI C/AGUJA 29GX1/2 "
131984	JERINGAS U.S.U. 1 ML.INSULINA 40 UI S/AGUJA
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
130449	JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)

- 131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
- 130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
- 130459 LLAVE 3 VIAS U.S.U. ESTERIL,ALTA PRESION
- 180108 ROTULADOR PERMANENTE AZUL (EDDING 3000)
- 180110 ROTULADOR PERMANENTE NEGRO (EDDING 3000)
- 131552 SISTEMA BOMBA INFUS.M-580 (75803)
- 131550 SISTEMA BOMBA PERFUS.M-565/560 (52713)
- 131769 SISTEMA OPACO P/B.VOLUMETRICA
- 131740 SISTEMA PARA BOMBAS VOLUMETRICAS
- ESTERILI. PAÑOS VERDES ESTÉRILES
- FARMACIA ANTISEPTICO (POVIDONA YODADA)
- FARMACIA MEDICACION PRESCRITA (INSULINA, CL K, MULTIVITAMINAS...)
- FARMACIA SOLUCIONES DE NUTRICION PARENTERAL

D

Oxigenación

D - 1

OXIGENOTERAPIA

OBJETIVO

Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

Material

- Apósito quirúrgico transparente estéril.
- Conexión recta.
- Gafas nasales (adultos / pediátrica).
- Humidificador con adaptador tipo Aquapak® (o frasco humidificador en su defecto).
- Lubricante.
- Mascarilla de oxígeno de concentración variable (adultos / pediátrica).
- Registros de Enfermería.
- Tubo oxígeno.
- Ventitubo.

Equipo

- Carpa de O₂.
- Caudalímetro.
- Toma de oxígeno o bala de oxígeno.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente del procedimiento .
2. Colocar al paciente en la postura más adecuada, elevando la cabecera de la cama / cuna.
3. Comprobar la permeabilidad de las vías aéreas, coloración de la piel y mucosas y observar la frecuencia respiratoria.
4. Ajustar la concentración de oxígeno prescrito en el caudalímetro.
5. Comprobar el nivel de agua en el frasco humidificador.
6. Comprobar la efectividad del sistema.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 123.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 215-217.
3. Becker Weilitz, P. Oxigenoterapia. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 431-433.
4. McConnel, E. A..Reducir los problemas respiratorios. Rev. Nursing, Oct. 1992. Pág. 20, 21.

5. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona.1993. Pág. 239-240.
6. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 268,269.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 59-98.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 181,182.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 80-82.
10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440	HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437	ORDEN DE TRATAMIENTO
100140		APOSITO QUIR. TRANSP. 6X7 ESTERIL
131774		AQUAPAK HUMIDIFICADOR C/ADAPTADOR
130275		CONEXION RECTA 4X4 MM.(S-11) P/TUBOS Y SONDAS
***		CONEXIÓN TRAQUEAL (VENTITUBO)
131072		GAFA DE OXIGENO ADULTOS
131813		GAFA DE OXIGENO PEDIATRICA
130464		MASCARILLAS OXIGENO CONCENTRAC.VARIABLE ADULT
131814		MASCARILLAS OXIGENO CONCENTRAC.VARIABLE PEDIA
131222		TUBO OXIGENO 180 CM. C/CONEXION
FARMACIA		LUBRICANTE HIDROSOLUBLE

*** *Material no dependiente del almacén. Adquisición por otros medios.*

D - 1.1

ADMINISTRACION DE OXIGENO MEDIANTE MASCARILLA

OBJETIVO

Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

Material

- Conexión recta.
- Humidificador con adaptador tipo Aquapak® (o frasco humidificador en su defecto).
- Mascarilla de oxígeno de concentración variable (adultos/pediátrica).
- Registros de Enfermería.
- Tubo de oxígeno.

Equipo

- Caudalímetro.
- Toma de oxígeno o bala.

PROCEDIMIENTO

1. Aplicar el procedimiento de oxigenoterapia (D – 1).
2. Comprobar y ajustar la concentración de O₂ prescrito en la mascarilla.
3. Poner la mascarilla sobre la nariz y boca del paciente, evitando presiones excesivas.
4. Evitar las fugas de O₂ hacia los ojos para impedir la posible aparición de conjuntivitis.
5. Mantener higiene diaria de la mascarilla.
6. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Becker Weilitz, P. Colocación de gafas nasales o mascarilla de O₂. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 434-439.
2. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona. 1993. Pág. 241-243.
3. Bolgiano, C. S.; Bunting, K.; Shoenberger, M.M..Administración de O₂. Rev. Nursing. Abril. 1991. Pág. 25 – 29.
4. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 268,269.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 59-98.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 181,182.

7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 80-82.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440	HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437	ORDEN DE TRATAMIENTO
131774	AQUAPAK	HUMIDIFICADOR C/ADAPTADOR
130275	CONEXION RECTA 4X4 MM.(S-11)	P/TUBOS Y SONDAS
130464	MASCARILLAS OXIGENO CONCENTRAC.VARIABLE ADULT	
131814	MASCARILLAS OXIGENO CONCENTRAC.VARIABLE PEDIA	
131222	TUBO OXIGENO 180 CM. C/CONEXION	

D - 1.2

ADMINISTRACION DE OXIGENO MEDIANTE GAFAS

OBJETIVO

Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

Material

- Apósito quirúrgico transparente.
- Conexión recta.
- Gafas nasales (adulto / pediátricas).
- Humidificador con adaptador tipo Aquapak® (o frasco humidificador en su defecto).
- Registros de Enfermería.
- Tubo de oxígeno.

Equipo

- Caudalímetro.
- Toma de oxígeno o bala de oxígeno.

PROCEDIMIENTO

1. Aplicar el procedimiento de oxigenoterapia (D -1).
2. Ajustar y comprobar la concentración de oxígeno prescrito para gafas.
3. Comprobar la salida de O₂ por los vástagos de las gafas
4. Introducir los vástagos de las gafas en los orificios nasales ,fijándolos de la forma más cómoda para el paciente para evitar irritación de la mucosa y prevenir decúbitos.
5. Vigilar que el paciente respire por la nariz y no por la boca.
6. Limpiar y humedecer la nariz del paciente si precisa.
7. Enseñar y estimular al enfermo y/o familia a humedecer periódicamente la nariz.
8. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Becker Weilitz, P. Colocación de gafas nasales o mascarilla de O₂. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4^ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 434-439.
2. Wilson, S. F.; Thompson, J. M.: Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona.1993. Pág. 241-243.
3. Bolgiano, C. S. Bunting, K.; Shoenberger, M.M..Administración de O . Rev. Nursing. Abril. 1991.Pág. 25 – 29.
4. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 268,269.

5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 59-98.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 181,182.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 80-82.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100140	APOSITO QUIR. TRANSP. 6X7 ESTERIL
131774	AQUAPAK HUMIDIFICADOR C/ADAPTADOR
130275	CONEXION RECTA 4X4 MM.(S-11) P/TUBOS Y SONDAS
131072	GAFA DE OXIGENO ADULTOS
131813	GAFA DE OXIGENO PEDIATRICA
131222	TUBO OXIGENO 180 CM. C/CONEXION

D - 1.3

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO MEDIANTE CARPA

OBJETIVO

Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

Material

- Conexión recta.
- Esparadrapo antialérgico
- Humidificador con adaptador tipo Aquapak® (o frasco humidificador en su defecto).
- Registros de Enfermería.
- Tubo de oxígeno.

Equipo

- Carpa de O₂.
- Caudalímetro.
- Toma de oxígeno o bala

PROCEDIMIENTO

1. Aplicar el procedimiento de oxigenoterapia. (D – 1).
2. Comprobar y ajustar la concentración de O₂ .
3. Colocar la carpa cubriendo la cabeza y evitando decúbitos en la cara y hombros del paciente.
4. Colocar el extremo del tubo de oxígeno dentro de la carpa y fijarlo a ésta con el esparadrapo.
5. Abrir ligeramente las ventanas de la carpa para evitar acumulo de CO₂.
6. Evitar que el flujo de O₂ dé directamente en los ojos del niño para evitar sequedad e irritación.
7. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Raffenberger, E. B.; Zusy, M. L.; Marchesseault, L. C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A..Barcelona. 1995. Pág. 70.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131774	AQUAPAK HUMIDIFICADOR C/ADAPTADOR
130275	CONEXION RECTA 4X4 MM.(S-11) P/TUBOS Y SONDAS

100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
131222 TUBO OXIGENO 180 CM. C/CONEXION

D - 1.4

ADMINISTRACIÓN DE OXÍGENO A TRAVÉS DE TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO

Proporcionar al paciente la concentración de oxígeno necesaria para conseguir un intercambio gaseoso adecuado.

Material

- Filtro humidificador pediátrico.
- Humidificador con adaptador, tipo Aquapak®.
- Registros de Enfermería.
- Sonda para administración de O₂.
- Ventitubo o conexión traqueal.

Equipo

- Caudalímetro.
- Toma de O₂ ó bala de oxígeno.

PROCEDIMIENTO

1. Aplicar el procedimiento de oxigenación (D – 1).
2. Comprobar y ajustar la concentración de O₂ en el ventitubo.
3. Colocar filtro pequeño en la traqueotomía y poner ventitubo adaptándole el filtro.
4. Aspirar secreciones cuando precise el paciente.
5. Cambiar filtro cuando esté sucio de secreciones.
6. Evitar tracción en la traqueotomía.
7. Administrar el O₂ cuando se precise mediante sonda de pequeño calibre, introduciendo ésta 3 ó 4 cm dentro de la traqueotomía.
8. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Desconectar periódicamente los tubos para vaciar el agua que se acumula en ellos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Weilitz, P. B..Administración de oxígeno a un paciente con vía aérea artificial. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 440 –443.
2. Raffensperger, E. B.; Zusy, M. L.; Marchesseault, L. C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A..Barcelona. 1995. Pág. 72.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131774	AQUAPAK HUMIDIFICADOR C/ADAPTADOR
130275	CONEXION RECTA 4X4 MM.(S-11) P/TUBOS Y SONDAS
*	CONEXIÓN TRAQUEAL (VENTITUBO)
131842	FILTRO HUMIDIFICADOR MINI NEONATAL
131090	FILTRO HUMIDIFICADOR PEDIATRICO
SONDAS NAALES	
131222	TUBO OXIGENO 180 CM. C/CONEXION

** Material no dependiente del almacén. Compra directa*

D - 2

CUIDADOS RESPIRATORIOS

OBJETIVO

Enseñar al paciente ejercicios respiratorios que favorezcan la expectoración y la disminución de la disnea, así como prevenir posibles complicaciones.

Detectar cuando el paciente necesita ser derivado a la Unidad de Fisioterapia Respiratoria.

Material

- Inspirómetro incentivado.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Almohadillas ó almohada.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.
2. Comprobar la permeabilidad de los orificios nasales antes de iniciar los ejercicios.
3. Solicitar al paciente que respire lentamente y relajado, efectuando la inspiración por la nariz y la espiración lenta por la boca, que ha de durar el doble de tiempo que la inspiración.
4. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona. 1993. Pág. 286.
2. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
3. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130999	INSPIROMETRO INCENTIVADO

D - 2.1

RESPIRACION DIAFRAGMATICA

OBJETIVO

Educar al paciente para que utilice el diafragma como estructura principal de la respiración.

Material

- Registros de Enfermería.

Equipo

- Almohadillas ó almohada.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.
2. Comprobar la permeabilidad de las fosas nasales del paciente.
3. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3) y rodillas ligeramente flexionadas, con una mano, en la parte superior del abdomen y la otra en el tórax.
4. Instruir al paciente para que haga una Inspiración lenta y profunda, a través de la nariz, de forma que, con la mano sobre el abdomen, se sienta la distensión del mismo, hasta llegar al máximo. En este momento comenzará a liberar el aire con la boca ligeramente abierta (como empañando un cristal).
5. Espirar lentamente hasta advertir que el abdomen, está vacío.
6. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona.1993. Pág. 234-286.
2. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 71-75.
3. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 183,184.
4. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 86-92.
5. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
6. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440	HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437	ORDEN DE TRATAMIENTO

D - 2.2

TOS ASISTIDA

OBJETIVO

Provocar la expectoración del paciente mediante el estímulo previo de la tos.

Material

- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.
- Toallita de celulosa

Equipo

- Almohadillas ó almohada.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.
2. Situar al paciente sentado y con el cuerpo ligeramente inclinado hacia adelante.
3. Comunicar al paciente que inspire lenta y profundamente por la nariz 2 ó 3 veces, expulsando el aire por la boca 2 veces, y a la tercera deberá toser. Repetir hasta que sea efectiva la tos.
4. Anotar en registros de Enfermería la efectividad del procedimiento.

OBSERVACIONES

- Procurar la estimulación de la ingesta líquida si no existe contraindicación.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 118.
2. McConnell, E. A. Reducir los problemas respiratorios.. Rev. Nursing. Octubre 1992.Pág. 20-22.
3. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 61,62.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 183.
5. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 86-92.
6. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440	HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437	ORDEN DE TRATAMIENTO
160006		BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
190028		TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

D - 2.3

DRENAJE POSTURAL

OBJETIVO

Facilitar que las secreciones pulmonares drenen pasivamente, hacia los bronquios principales y traquea, para que el paciente pueda expulsarlas al exterior con la tos, manteniendo permeables las vías aéreas.

Material

- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.
- Toallita de celulosa

Equipo

- Almohadillas ó almohada.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente del procedimiento.
2. Inducir al paciente, previamente al inicio de la maniobra, a toser y respirar profundamente.
3. Colocar al paciente en la posición adecuada, según el segmento a drenar. Dicho segmento deberá tener una posición más elevada, con relación al bronquio principal.
4. Realizar 2-3 veces al día y nunca después de las comidas.
5. Aplicar los procedimientos de percusión y/o vibración (D – 2.4) (D – 2.5), si las secreciones son muy espesas, durante el drenaje postural.
6. Anotar en registros de Enfermería, la efectividad del procedimiento, cantidad y características de las secreciones.

OBSERVACIONES

- Las principales indicaciones para el drenaje postural son:
 - Absceso pulmonar
 - Bronquitis crónica
 - Bronquiectasias
 - Fibrosis quística.
- La posición de Trendelenburg, puede estar contraindicada en algunas situaciones, por lo que debemos solicitar la ratificación de la orden al médico encargado, en presencia de:
 - Hipertensión arterial
 - Insuficiencia cardiaca
 - Patología intracraneal
 - Distensión abdominal.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 61,62.
2. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 183.
3. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 86-92.
4. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
5. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

D - 2.4

CLAPPING. DRENAJE POR PERCUSION

OBJETIVO

Desprender y desplazar mecánicamente las secreciones adheridas a las paredes bronquiales del paciente, para que puedan ser movilizadas y expulsadas.

Material

- Bolsa para residuos.
- Registros de Enfermería.
- Toallita de celulosa

Equipo

- Almohadillas ó almohada.
- Entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P).
2. Informar al paciente del procedimiento.
3. Poner un paño verde en la zona a tratar para no efectuar el clapping sobre la piel.
4. Colocar al paciente de la forma más cómoda dependiendo de la zona a drenar.
5. Colocar las manos ahuecadas con los dedos flexionados y unidos.
6. Realizar una percusión de forma rítmica, sobre el área deseada con movimientos de las manos en las bases de los pulmones.
7. Realizar esta técnica durante 3-4 minutos, descansar y repetir. Se aplicará cuantas veces sea necesario.
8. Evitar la percusión sobre la columna vertebral, esternón, área renal, hígado y zonas de lesión cutánea o fractura.
9. Anotar la técnica aplicada y efectividad de la misma en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Este procedimiento debidamente realizado no debe producir dolor.
- Está contraindicado en los siguientes casos:
 - Cirugía cardiovascular.
 - Cirugía torácica.
 - Derrame pleural
 - Durante las primeras 24 horas tras broncoscopias.
 - Enfermedades con bullas enfisematosas.
 - Enfermedades con osteoporosis.
 - Fracturas costales.
 - Hemoptisis.
 - Neumotórax.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 120.
2. Malen, J. Realización de percusión, vibración y presión torácica. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 468 –474.
3. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 112.
4. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona. 1993. Pág. 238, 239, 28
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 61-63.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 183, 184.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 86-92.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

D - 2.5

DRENAJE POR VIBRACIÓN

OBJETIVO

Desprender y desplazar las secreciones adheridas a las paredes bronquiales, para que puedan ser movilizadas y expulsadas por el paciente.

Material

- Bolsa para residuos.
- Guantes u. s. u. no estériles.
- Registros de Enfermería.
- Toallita de celulosa

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Informar al paciente de la técnica a realizar.
3. Colocar al paciente en decúbito lateral (G – 3.2), alternando derecho e izquierdo y dependiendo del segmento, que queremos drenar. Alternar el Trendelenburg (G – 3.4), con posición semisentado o Fowler (G – 3.3).
4. Adaptar la mano sobre la zona a tratar (mano plana y dedos ligeramente separados), realizando una presión vibratoria que se transmita al pulmón.
5. Realizar siempre la vibración coincidiendo con la expiración del paciente, de tener la vibración durante la inspiración siguiente.
6. Dejar al paciente en postura cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
7. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Esta contraindicado en los siguientes casos:
 - Durante las primeras 24 horas tras broncoscopias.
 - Fracturas costales.
 - Hemoptisis.
 - Neumotórax.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 120.
2. Malen, J..Realización de percusión, vibración y presión torácica. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 468-474.
3. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 112.
4. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona.1993. Pág. 238, 239.

5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 61-63.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 183,184.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 86-92.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

D - 2.6

ESPIROMETRIA INCENTIVADA

OBJETIVO

Aumentar la capacidad pulmonar del paciente y evitar posibles complicaciones.

Material

- Bolsa para residuos.
- Inspirómetro incentivado.
- Toallita de celulosa.

PROCEDIMIENTO

1. Explicar al paciente el funcionamiento del inspirón.
2. Indicar al paciente que tome aire a través de la boquilla, realizando una inspiración tan profunda como le sea posible.
3. Conseguir que se eleve el marcador (bola) al inspirar hasta alcanzar su tope superior, debiendo permanecer en este lugar el máximo tiempo posible.
4. Explicar que una vez finalizada la inspiración se soltará la boquilla y se expulsará el aire por la boca o nariz muy lentamente.
5. Incentivar al paciente para que se realice el ejercicio 2 ó 3 veces seguidas con pequeñas pausas entre cada una.
6. Valorar la frecuencia del ciclo según el estado del paciente.
7. Reflejar en el registro la espiración conseguida con el Inspiron.

OBSERVACIONES

- Si el paciente va a ser sometido a cirugía programada, resultará de gran utilidad que conozca los objetivos y su funcionamiento correcto en el periodo preoperatorio.
- Esta contraindicado en los siguientes casos:
 - Bullas enfisematosas.
 - Hemoptisis.
 - Neumotórax.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Becker Weilitz, P. Utilización del espirómetro incentivado. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág.443-446.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 101.
3. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona.1993. Pág. 234,235.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 63,64.

5. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
6. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
130999	INSPIROMETRO INCENTIVADO
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

D - 3

ASPIRACION OROFARINGEA / NASOFARÍNGEA.

OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de boca, nariz y faringe del paciente.

Material

- Bolsa para residuos.
- Equipo de aspiración:
 - 1 ó 2 Bolsas con válvula para sistema de aspiración.
 - Conexión en Y.
 - Tubo de bulbos.
- Gasas estériles.
- Guantes de un solo uso no estériles.
- Mascarilla u.s.u.
- Registros de Enfermería.
- Sonda de aspiración endotraqueal estéril u.s.u..
- Solución antiséptica para lavar.
- Toallita de celulosa.

Equipo

- Aspirador eléctrico o vacuómetro de vacío.
- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar intimidad.
5. Conectar el aspirador y el equipo de aspiración comprobando que funciona correctamente.
6. Colocarse los guantes y la mascarilla.
7. Introducir la sonda en la garganta por la boca o la nariz y realizar una aspiración intermitente con movimientos suaves de ligera rotación mientras se va retirando la sonda. Esta maniobra no debe superar los 8-10 segundos y nunca se introducirá la sonda aspirando.
8. Repetir cuantas veces sea necesario.
9. Desechar la sonda y los guantes tras la aspiración.
10. Evitar realizar la técnica después de las comidas del paciente.
11. Dejar descansar al paciente entre aspiración y aspiración.
12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales
13. Recoger el material.
14. Retirarse los guantes y la mascarilla.

15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- No realizar la aspiración nasofaríngea cuando exista sospecha de salida de líquido cefalorraquídeo o trastorno hemorrágico.
- No almacenar las sondas utilizadas en los recipientes con la solución antiséptica.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 29.
2. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona. 1988. Pág. 125.
3. Dettenmeier, P. A. Realización de aspiración nasofaríngea y nasotraqueal. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 481-490.
4. Fernández Reyes, I. Aspiración de secreciones traqueales y orofaríngeas. Rev. Metas de Enfermería. Nº 21. Diciembre. 1999/Enero 2000. Pág. 18-19.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 65,66.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 93-94.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.
9. Raffensperger, E. B.; Zusy, M. L.; Marchesseault, L. C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A..Barcelona. 1995. Pág. 31,32.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130982	BOLSA ADAPT.C/VALVULA P/SISTEMA ASPIRACION
130983	BOLSA ADAPT.S/VALVULA P/SISTEMA ASPIRACION
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
131649	CONEXION EN T 7X7X7 MM.(T-22) P/TUBOS Y SONDAS
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO

131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130469 MASCARILLAS QUIROFANO U.S.U.C/CINTAS
130596 SONDA ASPIRACION N.6 ENDOT.ESTERIL USU
130594 SONDA ASPIRACION N.8 ENDOT.ESTERIL USU
130588 SONDA ASPIRACION N.10 ENDOT.ESTERIL USU
130587 SONDA ASPIRACION N.12 ENDOT.ESTERIL USU
130589 SONDA ASPIRACION N.14 ENDOT.ESTERIL USU
130590 SONDA ASPIRACION N.16 ENDOT.ESTERIL USU
130591 SONDA ASPIRACION N.18 ENDOT.ESTERIL USU
130592 SONDA ASPIRACION N.20 ENDOT.ESTERIL USU
190028 TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
131537 TUBO DE BULBOS 7 MM INTERIOR N/CONDUCTIVO
FARMACIA ANTISEPTICO

D - 3.1

ASPIRACIÓN DE SECRECIONES POR TRAQUEOSTOMÍA

OBJETIVO

Mantener la vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado.

Material

- Guantes u.s.u. estériles.
- Registros de Enfermería.
- Material de aspiración (D - 3).

Equipo

- Equipo de aspiración (D - 3).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en posición semisentada (G – 3.3).
6. Colocar la sonda en el sistema de aspiración sin retirar el envoltorio.
7. Abrir y regular el sistema de aspiración.
8. Colocarse la mascarilla y los guantes estériles.
9. Introducir la sonda de aspiración como máximo 1 cm más de la longitud de la cánula.
10. Aspirar las secreciones (D – 3), introduciendo la sonda sin aspirar y retirarla con movimientos suaves de ligera rotación.
11. Desechar la sonda, la mascarilla y los guantes tras la aspiración.
12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
13. Recoger el material.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Evitar realizar esta técnica después de las comidas del paciente.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 30,32.
2. Dettenmeier, P. A. Realización de aspiración endotraqueal o del tubo de traqueostomía. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág 491-497.

3. Fernández Reyes, I. Aspiración de secreciones traqueales y orofaríngeas. Rev. Metas de Enfermería. N° 21. Diciembre 1999/Enero 2000. Pág. 16-18.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL

D - 4

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE LA TRAQUEOSTOMIA

OBJETIVO

Conservar la vía aérea permeable en el paciente traqueostomizado, evitar infecciones respiratorias y mantener el estoma en condiciones óptimas.

Material

- Bata de un solo uso.
- Cánula de traqueotomía o laringectomía del nº adecuado.
- Cinta de algodón y barberola de plástico estériles.
- Guantes u.s.u. estériles
- Jeringa de 5 c.c estéril.
- Material de aspiración (D – 3).
- Registros de Enfermería.
- Solución antiséptica.
- Suero fisiológico (1 amp. de 10 ml.)

Equipo

- Equipo de aspiración (D – 3).
- Batea.
- Escobilla limpiatubos.
- Paño verde estéril.
- Set de Curas estéril nº 1. (Ver anexo)
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocarse los guantes no estériles, la bata y la mascarilla.
6. Preparar el sistema de aspiración.
7. Colocar al enfermo semisentado (G – 3.3).
8. Retirar la barberola sucia.
9. Colocar una toalla sobre el pecho del paciente.
10. Aspirar las secreciones (D - 3.1).
11. Instilar de 3 a 5 c.c. de SSF si las secreciones son espesas, para humidificarlas y estimular la tos.
12. Aspirar secreciones (D-3.1), limpiar alrededor del estoma y de la cánula.
13. Preparar campo estéril.
14. Colocarse los guantes estériles.
15. Fijar con una mano la cánula de traqueostomía, y con la mano dominante,

retirar la cánula interna (macho) y sustituirla por una limpia estéril. Este procedimiento deberá realizarse cada 8 horas.

16. Utilizar técnica estéril para curar el estoma:
 - a) Limpiar con SSF y secar con las gasas.
 - b) Colocar las gasas sin cortar y la barberola alrededor de la cánula.
17. Cambiar la cánula completa cada 7 días. Los primeros días tras la intervención, cambiar cada 3 días.
18. Cambiar diariamente la cánula si hay infección.
19. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
20. Recoger el material.
21. Retirarse la bata, la mascarilla y los guantes.
22. Realizar lavado de manos.
23. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- El cambio de cánula completa la efectuará el facultativo, salvo que éste lo delegue en el personal de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 307,308.
2. Dettenmeier, P. A..Cuidados de traqueotomía. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág 508-513.
3. Raffensperger, E.B.; Zusy, M.L.; Marchesseault, L. C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A..Barcelona. 1995. Pág. 105-107.
4. Pades Jiménez, A.; Tomás Vidal, A. M. Paciente traqueotomizado. Rev. Rol de Enfermería. Nº. 231. Noviembre. 1997. Pág. 17-27.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 86-87.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 185,186.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 105-110.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1167-1236.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 511-644.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA

- 171138 RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
- 131074 BATA TEJIDO NO TEJIDO N/ESTERIL U.S.U.
- 130910 CANULA PLATA LARINGOTOMÍA N. 4
- 130217 CANULA PLATA LARINGOTOMÍA N. 5
- 130218 CANULA PLATA LARINGOTOMÍA N. 6
- 130210 CANULA PLATA LARINGOTOMÍA N. 6 LARGO ESP.
- 130219 CANULA PLATA LARINGOTOMÍA N. 7
- 130222 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 2
- 130223 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 3
- 130224 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 4
- 130225 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 5
- 131398 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 5 LARGO ESP. FENES
- 130226 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 6
- 131399 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 6 LARGO ESP. FENES
- 130227 CANULA PLATA TRAQUEOTOMÍA N. 7
- 131400 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.10 C/BALON
- 131960 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.6 C/BALON
- 131705 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.6,5 C/BALON
- 131073 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.7 C/BALON
- 131024 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.7,5 C/BALON
- 131950 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.8 C/BALON
- 131667 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.8,5 C/BALON
- 131026 CANULA TRAQUEOST.ESTANDAR N.9 C/BALON
- 131892 CANULA TRAQUEOST.LARGA DURAC.N.10 C/BALON
- 131117 CANULA TRAQUEOST.LARGA DURAC.N.6 C/BALON
- 131025 CANULA TRAQUEOST.LARGA DURAC.N.8 C/BALON
- 131974 CANULA TRAQUEOST.S/BALON N.3
- 131119 CANULA TRAQUEOST.S/BALON N.4
- 131120 CANULA TRAQUEOST.S/BALON N.4.5
- 131996 CANULA TRAQUEOST.S/BALON N.5
- 131997 CANULA TRAQUEOST.S/BALON N.5,5
- 131704 CANULA TRAQUEOST.S/BALON N.6
- 132022 CANULA TRAQUEOST.S/BALON N.7
- 130905 CATETER LARINGOTOMIA N.32 C/B
- 130237 CATETER LARINGOTOMIA N.34 C/B
- 130238 CATETER LARINGOTOMIA N.36 C/B
- 130362 ESCOBILLAS LIMPIATUBOS
- 131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
- 131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
- 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
- 130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
- 131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
- 131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
- 130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)

SET CURAS N° 1

50/00690 PINZA DISECCION C/D 16 CM.

50/00691 PINZA DISECCION S/D 16 CM.

50/00689 PINZA HEMOST. CRILE RECTA 16 CM.

ESTERILIZ CINTA DE ALGODÓN Y BABEROLA DE PLASTICO

ESTERILIZ PAÑO QUIRUGICO ESTERIL

FARMACIA ANTISEPTICO

FARMACIA SUERO FISIOLÓGICO AMP. 10CC.

E

Eliminación

E - 1

MEDICION DE DIURESIS

OBJETIVO

Conocer la cantidad de orina eliminada por el paciente durante un tiempo determinado.

Material

- Bolsa de orina (con o sin triángulo).
- Bolsa de orina pediátrica.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Pañal - braga (adultos / pediátrico).
- Registros de enfermería.
- Soporte para bolsa.

Equipo

- Botella.
- Copa graduada.
- Cuña de plástico.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente para que no miccione en el W.C.
3. Colocarse los guantes.
4. Verter la orina de la botella o cuña en la copa graduada y medirla.
5. Desechar en el W.C.
6. Retirarse los guantes.
7. Realizar lavado de manos.
8. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Si el paciente está sondado, anotar la cantidad de la bolsa en la gráfica y cambiarla por otra, salvo cuando la cantidad sea inferior a 100 cc que se medirá en la copa.
- En niños que no controlan esfínteres, se medirá la orina por el sistema de doble pesada:
 - Pesar el pañal seco.
 - Pesar el pañal mojado.
 - Restar el 1º al 2º y anotar la cantidad en la gráfica.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 79.
2. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 83.

3. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 100-103.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 91.
5. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 120-124.
6. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1274-1279.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1193-1207.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE
130911	BOLSA P/SISTEMAS CONTROL DIURESIS HORARIA
130177	BOLSA RECOLECTORA ORINA PEDIATRICA CERRADA
130178	BOLSA RECOLECTORA ORINA R/NACIDO CERRADA
130288	COPA GRADUADA PIE Y PICO 100 CC.
130286	COPA GRADUADA PIE Y PICO 250 CC.
130287	COPA GRADUADA PIE Y PICO 500 CC.
130285	COPA GRADUADA PIE Y PICO 1000 CC.
131212	COPA GRADUADA PIE Y PICO 2000 CC.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130499	ORINAL CABALLERO CRISTAL, FONDO Y LATERAL RECT
131751	ORINAL CABALLERO PLASTICO
130500	ORINAL CUÑA PLÁSTICO
100045	PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130704	SOPORTE P/BOLSA DE ORINA METALICO

E - 1.1

COLOCACIÓN Y RETIRADA DEL ORINAL TIPO “BOTELLA”

OBJETIVO

Facilitar la eliminación urinaria en el paciente varón.

Material

- Empapador-cubrecamas.
- Esponja.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Papel higiénico.
- Registros de enfermería.
- Toallita de celulosa.

Equipo

- Botella.
- Copa graduada.
- Palangana.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preservar intimidad.
3. Colocarse los guantes.
4. Preparar el material y trasladarlo al lado del enfermo.
5. Informar al paciente.
6. Ayudar al paciente para que adopte la posición adecuada.
7. Colocar empapador-cubrecamas si el paciente está encamado.
8. Proporcionar la botella y en caso de necesitar ayuda colocar la botella entre las piernas del paciente e introducir el pene.
9. Retirar la botella al finalizar la micción y trasladarla al sitio destinado para su limpieza.
10. Facilitar el papel higiénico o ayudar en la limpieza, si es necesario.
11. Cambiar el empapador-cubrecamas si es necesario y dejar la ropa de cama bien colocada.
12. Ayudar o proporcionar material para la higiene de las manos.
13. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
14. Verter la orina de la botella en la copa graduada y medir si es necesario.
15. Desechar en el W.C.
16. Realizar limpieza y desinfección de la botella.
17. Recoger el material.

18. Retirarse los guantes.
19. Realizar lavado de manos.
20. Anotar en registros de enfermería diuresis y características de la orina, si es necesario.

OBSERVACIONES

- En pacientes pediátricos, ancianos, personas discapacitadas... sujetar la botella hasta que se realice la micción, para evitar el derrame.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Ludwick, R. E. Eliminación urinaria. En Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 816-819.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 76.
3. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 234.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
130288	COPA GRADUADA PIE Y PICO 100 CC.
130285	COPA GRADUADA PIE Y PICO 1000 CC.
131212	COPA GRADUADA PIE Y PICO 2000 CC.
130286	COPA GRADUADA PIE Y PICO 250 CC.
130287	COPA GRADUADA PIE Y PICO 500 CC.
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDUO)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUA)
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190005	JABON DE GLICERINA DE ASEO 100 G
190019	JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1 L.
130499	ORINAL CABALLERO CRISTAL, FONDO Y LATERAL RECT
131751	ORINAL CABALLERO PLASTICO
190025	PALANGANAS 40 CM.
190007	PAPEL HIGIENICO
190018	PASTILLAS JABON 15 GR.
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

E - 1.2

COLOCACIÓN Y RETIRADA DE LA CUÑA

OBJETIVO

Facilitar la eliminación urinaria e intestinal del paciente encamado.

Material

- Empapador-cubrecamas.
- Esponja.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Material del procedimiento (B – 2.1), si es necesario.
- Papel higiénico.
- Registros de Enfermería.
- Toallita de celulosa.

Equipo

- Copa graduada.
- Cuña.
- Equipo del procedimiento (B – 2.1), si es necesario.
- Palangana.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preservar intimidad.
3. Colocarse guantes.
4. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo.
5. Informar al paciente.
6. Ofrecer la botella si el paciente es hombre.
7. Colocar empapador-cubrecamas si el paciente lo precisa.

PACIENTES CON MOVILIDAD

- a) Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3), con la cabecera de la cama elevada.
- b) Retirar la ropa de cama.
- c) Pedir al paciente que flexione las rodillas y levante las caderas.
- d) Colocar la mano más cercana debajo del sacro para ayudar en la elevación.
- e) Introducir la cuña bajo los glúteos y asegurar que esté bien centrada.

PACIENTES SIN MOVILIDAD

- a) Colocar la cama del paciente en posición horizontal.
- b) Retirar la ropa de cama.
- c) Ayudar al paciente para que se ponga en decúbito lateral (G – 3.2).
- d) Colocar la cuña bajo las nalgas apoyando el lateral de esta en la cama.
- e) Girar al paciente sobre su espalda con la cuña firmemente colocada en las nalgas.
- f) Comprobar que la cuña esté centrada bajo el paciente.
- g) Elevar la cabecera para su comodidad, sino esta contraindicado.

8. Proceder según movilidad del paciente:
9. Cubrir al paciente con la sabana superior.
10. Proporcionar el papel higiénico.
11. Dar tiempo y proporcionar el timbre para que avise al finalizar.
12. Retirarse los guantes .
13. Realizar lavado de manos.
14. Colocarse los guantes.
15. Retirar la cuña y trasladarla al sitio destinado para la limpieza.
16. Ayudar en la limpieza y/o higiene de los genitales (B – 2.1), si es necesario.
17. Cambiar el empapador-cubrecamas si es necesario y dejar la ropa de cama bien colocada.
18. Ayudar o proporcionar el material para la higiene de las manos.
19. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
20. Verter la orina de la cuña en la copa graduada y medirla si es necesario.
21. Desechar en el W.C.
22. Realizar limpieza y desinfección de la cuña.
23. Recoger el material.
24. Retirarse los guantes.
25. Realizar lavado de manos.
26. Anotar en registros de Enfermería la diuresis y características de la orina y las heces, si es necesario.

OBSERVACIONES

- En pacientes pediátricos, ancianos...valoraremos su seguridad y aplicaremos el procedimiento de Prevención de caídas (H – 2).

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Perry, A. G. Eliminación intestinal. En Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 860-865.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 76.
3. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 231-233.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
130288	COPA GRADUADA PIE Y PICO 100 CC.
130285	COPA GRADUADA PIE Y PICO 1000 CC.
131212	COPA GRADUADA PIE Y PICO 2000 CC.
130286	COPA GRADUADA PIE Y PICO 250 CC.

130287	COPA GRADUADA PIE Y PICO 500 CC.
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDUAL)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUAL)
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190005	JABON DE GLICERINA DE ASEO 100 G
190019	JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1 L.
130499	ORINAL CABALLERO CRISTAL, FONDO Y LATERAL RECT
131751	ORINAL CABALLERO PLASTICO
130500	ORINAL CUÑA PLÁSTICO
190025	PALANGANAS 40 CM.
190007	PAPEL HIGIENICO
190018	PASTILLAS JABON 15 GR.
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5

E - 1.3

COLOCACIÓN Y CUIDADOS DE UN COLECTOR URINARIO

OBJETIVO

Aplicar un dispositivo externo que facilite la evacuación de la orina en pacientes con incontinencia, pero con vaciado vesical completo y los cuidados que deriven de ello.

Material

- Bolsa de orina.
- Bolsa para residuos.
- Empapador –cubrecamas.
- Equipo colector: funda del tamaño adecuado y banda elástica adhesiva por ambas caras.
- Gasas no estériles.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Material del procedimiento (B-2.1)
- Registros.

Equipo

- Batea.
- Equipo procedimiento (B-2.1)
- Soporte para bolsa

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar todo el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar intimidad.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar al paciente en decúbito supino (G - 3) con la cabecera ligeramente elevada para su comodidad.
7. Poner el empapador-cubrecamas deslizándolo por debajo de los glúteos del paciente.
8. Retirar el pantalón del pijama.
9. Realizar higiene de los genitales (B-2.2), en este caso se secará el pene, pero sin friccionar.
10. Observar el meato urinario y el pene para detectar posibles irritaciones, fisuras... que contraindiquen el uso del colector.
11. Fijar el vello a la base del pene.
12. Colocar la tira elástica adhesiva envolviendo el cuerpo del pene haciendo una espiral.
13. Sujetar el pene con la mano no dominante.
14. Poner con la mano dominante la funda en la punta del pene y desenrollar suavemente la goma dirigiéndola hacia la base de éste. Dejar un espacio de

- 2,5 a 5 cm entre la punta del glande y el final de la funda. Comprobar que la funda no este girada.
15. Conectar la bolsa de orina al extremo del catéter de la funda.
 16. Colocar la bolsa de orina en el soporte siempre por debajo de la vejiga.
 17. Colaborar con el paciente en la colocación del pantalón del pijama.
 18. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
 19. Recoger el material.
 20. Retirarse los guantes.
 21. Realizar lavado de manos.
 22. Observar tras 30 minutos y posteriormente en cada turno, la eliminación urinaria, el aspecto y coloración del pene, para asegurar el buen funcionamiento y una adecuada circulación sanguínea.
 23. Retirar y cambiar el colector cada 24 horas durante la realización de la higiene, dejando el pene al descubierto durante un breve espacio de tiempo antes de volver a colocar el colector.
 24. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- La banda elástica adhesiva no debe montar sobre sí misma, y nunca se utilizará esparadrapo para la sujeción, ya que esto podría impedir una circulación sanguínea adecuada.
- No están recomendados en pacientes con obstrucción crónica y se debe valorar más exhaustivamente en pacientes con neuropatías.
- El cambio de la bolsa se realizará con la frecuencia necesaria para que no se llene en exceso y pese demasiado.
- Vigilar posible retención urinaria, así como signos de infección.
- No deben utilizarse durante largos períodos de tiempo.
- Si no existe contraindicación se aumentará la ingesta de líquidos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Ludwick, R. E. Eliminación urinaria. En Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 842-846.
2. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 239.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE

130911 BOLSA P/SISTEMAS CONTROL DIURESIS HORARIA
130281 COLECTOR INCONTINENTE 20 MM + TIRA ADHESIVA
130282 COLECTOR INCONTINENTE 25 MM + TIRA ADHESIVA
130283 COLECTOR INCONTINENTE 30 MM + TIRA ADHESIVA
130284 COLECTOR INCONTINENTE 35 MM + TIRA ADHESIVA
100131 COMPRESA BLANCA 10X10
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130704 SOPORTE P/BOLSA DE ORINA METALICO

E - 2

SONDAJE VESICAL EN EL HOMBRE

OBJETIVO

Acceder a la vejiga del paciente mediante sonda uretral con fines diagnósticos y / o terapéuticos.

Material

- Agua destilada (1 amp. de 10 cc.).
- Antiséptico diluido.
- Bolsa de orina (2 litros o pediátrica).
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Jeringa de 10 cc.
- Lubricante urológico.
- Paños estériles.
- Registros.
- Sonda vesical foley del Nº adecuado.
- Tapón para sonda vesical estéril.

Equipo

- Batea.
- Biombo.
- Pinza de clamp de plástico.
- Soporte para bolsa de orina.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocarse los guantes.
6. Lavar los genitales del paciente (B – 2.1).
7. Retirarse los guantes.
8. Colocar el campo estéril.
9. Depositar el material estéril sobre el campo estéril.
10. Ponerse los guantes estériles.
11. Comprobar el correcto inflado del balón de la sonda.
12. Coger la sonda lubricada con la mano dominante.
13. Poner el pene en posición vertical, retirando el prepucio.
14. Introducir la sonda lentamente 7 u 8 centímetros y colocar el pene en posición horizontal.
15. Hacer una ligera tracción hacia delante, indicando al paciente que respire

profundamente y seguir introduciendo la sonda hasta que fluya la orina. No forzar en caso de que la sonda no penetre.

16. Retirar la guía si existiera.
17. Introducir 2 ó 3 cm. más hacia dentro.
18. Inflar el globo con la jeringa cargada con el agua destilada (según tipo de sonda).
19. Colocar el prepucio en posición fisiológica.
20. Conectar la sonda a la bolsa de orina.
21. Colocar la bolsa en el soporte y ponerla por debajo del nivel vesical del paciente.
22. Dejar al paciente limpio y en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
23. Recoger el material.
24. Retirarse los guantes.
25. Realizar lavado de manos.
26. Anotar en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En caso necesario fijar la sonda en la cara interna del muslo. En el caso de sonda sin balón se fijará con una seda y esparadrapo.
- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.
- Realizar pinzamientos intermitentes en caso de retención urinaria.
- Avisar al facultativo si transcurrida una hora después del sondaje no presenta orina.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 140,141.
2. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M.. Drenaje vesical. En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A.. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Específica. Ed. Ceditán/Algaída. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 458.
3. Ludwick, R. E.. Inserción de una sonda urinaria recta o permanente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 819-828.
4. Raffensperger, E. B.; Zusy, M. L.; Marchesseault, L.C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona. 1995. Pág. 87-89
5. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 286-287.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 146-148.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 100-101.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 141,142.

9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 120-124.
10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1274-1279.
11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1193-1207.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE
130911	BOLSA P/SISTEMAS CONTROL DIURESIS HORARIA
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25X10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131917	GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
131934	GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
131919	GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
131918	GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
131920	GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
130447	JERINGAS U.S.U. C/ LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/ LUER 10 CC. SIN LATEX
130451	JERINGAS U.S.U C/ LUER 50 CC.
100045	PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130985	CLAMP-PINZA COLAPSADORA DE TUBOS
131298	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 16 ESPIRAL REFORZADA
130939	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 18 ESPIRAL REFORZADA
130940	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 20 ESPIRAL REFORZADA
130941	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 22 ESPIRAL REFORZADA
131898	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 22 PUNTA COUVELAIRE
130942	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 24 ESPIRAL REFORZADA

131890 SONDA VES. FOLEY SEMISILICONA Nº 6 S/ FIADOR
131225 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 6 C/ FIADOR
131070 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 8 C/ FIADOR
131071 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 10 C/ FIADOR
130882 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 12
131325 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 14
130611 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 16
130612 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 18
130610 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 20
130613 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 22
131973 SONDA VES. FOLEY Nº 12 C/ BALON 2 VIAS
130657 SONDA VES. FOLEY Nº 14 C/ BALON 2 VIAS
130658 SONDA VES. FOLEY Nº 16 C/ BALON 2 VIAS
130659 SONDA VES. FOLEY Nº 18 C/ BALON 2 VIAS
130660 SONDA VES. FOLEY Nº 20 C/ BALON 2 VIAS
130661 SONDA VES. FOLEY Nº 22 C/ BALON 2 VIAS
130662 SONDA VES. FOLEY Nº 24 C/ BALON 2 VIAS
131615 SONDA VES. FOLEY Nº 30 C/ BALON 2 VIAS
130704 SOPORTE P/BOLSA METALICO
130715 TAPON PARA SONDA VESICAL ESTERIL
ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
FARMACIA LUBRICANTE UROLOGICO
FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA
FARMACIA AGUA DESTILADA (1 AMP. DE 10 CC.)

E - 2.1

SONDAJE EVACUADOR EN EL HOMBRE

OBJETIVO

Acceder a la vejiga del paciente mediante una sonda uretral para vaciar su contenido.

Material

- Antiséptico diluido.
- Bolsa de orina.
- Gasas estériles.
- Guantes de u.s.u. estériles.
- Lubricante urológico.
- Paños estériles.
- Registros.
- Sonda vesical foley del N° adecuado.
- Tapón para sonda estéril.

Equipo

- Batea.
- Biombo.
- Pinza de clamp de plástico.
- Soporte para bolsa de orina.

PROCEDIMIENTO

1. El procedimiento de introducción es el mismo que (E- 2).
2. Retirar la sonda una vez evacuada la orina.
3. Anotar en registros.

OBSERVACIONES

- No es necesario el inflado del balón.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 140-141.
2. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M.. Drenaje vesical. En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A.. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Específica. Ed. Ceditán/Algaida. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 458-464.
3. Ramírez Suberbiola, J. M. y cols. Sondaje vesical intermitente y educación para la salud. Rev. Impulso. Oct. 1997(82). Pág. 17-20.
4. Ludwick, R. E. Inserción de una sonda urinaria recta o permanente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 819-828.
5. Raffensperger, E. B.; Zusy, M. L.; Marchesseault, L.C. Consultor de Enfermería

- Clínica. Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona. 1995. Pág. 87-89
6. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 286-287.
 7. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 146-148.
 8. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 100-101.
 9. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 141,142.
 10. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 120-124.
 11. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1274-1279.
 12. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1193-1207.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE
130177	BOLSA RECOLECTORA ORINA PEDIATRICA CERRADA
130178	BOLSA RECOLECTORA ORINA R/NACIDO CERRADA
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131917	GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
131934	GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
131919	GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
131918	GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
131920	GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
100045	PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130985	CLAMP-PINZA COLAPSADORA DE TUBOS

131866 Sonda P/ Vaciado de Orina Nº 10 U.S.U.
131867 Sonda P/ Vaciado de Orina Nº 12 U.S.U.
131963 Sonda P/ Vaciado de Orina Nº 14 U.S.U.
131973 Sonda Ves. Foley Nº 12 C/ Balón 2 Vías
130657 Sonda Ves. Foley Nº 14 C/ Balón 2 Vías
130658 Sonda Ves. Foley Nº 16 C/ Balón 2 Vías
130704 Soporte P/Bolsa Metálico
130715 Tapon para Sonda Vesical Esteril
ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
FARMACIA LUBRICANTE UROLOGICO
FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA

E - 3

SONDAJE VESICAL EN LA MUJER

OBJETIVO

Acceder a la vejiga de la paciente mediante una sonda uretral con fines diagnósticos y / o terapéuticos.

Material

- Agua destilada (1 amp. de 10 cc.).
- Antiséptico diluido.
- Bolsa de orina.
- fl Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes de u.s.u. estériles.
- Jeringa de 10 cc.
- Lubricante urológico.
- Paños verdes estériles.
- Registros.
- Sonda vesical foley del N° adecuado.
- Tapón para sonda estéril.

Equipo

- Batea.
- Biombo.
- Pinza clamp de plástico.
- Soporte para bolsa de diuresis.

PROCEDIMIENTO

Igual que (E-2) excepto:

1. Introducir la sonda vesical abriendo la vulva de la paciente y colocando el pulgar e índice de la mano no dominante entre los labios menores.
2. Coger la sonda lubricada con la mano dominante e introducirla con suavidad después de identificar el meato urinario (no insistir si existiera obstrucción o dificultad).

OBSERVACIONES

- En caso necesario fijar la sonda en cara interna del muslo. En el caso de sonda sin balón se fijará con una seda y esparadrapo.
- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.
- Realizar pinzamientos intermitentes en caso de retención urinaria.
- Avisar al facultativo si transcurrida una hora después del sondaje no presenta-se orina.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 140,141.
2. Ludwick, R. E. Inserción de una sonda urinaria recta o permanente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág 819-828.
3. Raffensperger, E.B.; Zusy, M.L.; Marchesseault, L.C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona. 1995. Pág. 87-89.
4. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 286,287.
5. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M.. Drenaje vesical. En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A.. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Específica. Ed. Ceditán/Algaida. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 458-464.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 146-148.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 101-102.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 141,142.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 120-124.
10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1274-1279.
11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1193-1207.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE
130911	BOLSA P/SISTEMAS CONTROL DIURESIS HORARIA
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25X10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
130447	JERINGAS U.S.U. C/ LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/ LUER 10 CC. SIN LATEX

- 130451 JERINGAS U.S.U C/ LUER 50 CC.
100045 PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119 PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152 PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239 PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255 PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146 PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145 PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256 PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130985 CLAMP-PINZA COLAPSADORA DE TUBOS
131298 SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 16 ESPIRAL REFORZADA
130939 SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 18 ESPIRAL REFORZADA
130940 SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 20 ESPIRAL REFORZADA
130941 SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 22 ESPIRAL REFORZADA
130942 SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 24 ESPIRAL REFORZADA
131890 SONDA VES. FOLEY SEMISILICONA Nº 6 S/ FIADOR
131225 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 6 C/ FIADOR
131070 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 8 C/ FIADOR
131071 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 10 C/ FIADOR
130882 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 12
131325 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 14
130611 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 16
130612 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 18
130610 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 20
130613 SONDA VES. FOLEY SILICONA Nº 22
131973 SONDA VES. FOLEY Nº 12 C/ BALON 2 VIAS
130657 SONDA VES. FOLEY Nº 14 C/ BALON 2 VIAS
130658 SONDA VES. FOLEY Nº 16 C/ BALON 2 VIAS
130659 SONDA VES. FOLEY Nº 18 C/ BALON 2 VIAS
130660 SONDA VES. FOLEY Nº 20 C/ BALON 2 VIAS
130661 SONDA VES. FOLEY Nº 22 C/ BALON 2 VIAS
130662 SONDA VES. FOLEY Nº 24 C/ BALON 2 VIAS
131615 SONDA VES. FOLEY Nº 30 C/ BALON 2 VIAS
130704 SOPORTE P/BOLSA METALICO
130715 TAPON PARA SONDA VESICAL ESTERIL
ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
FARMACIA LUBRICANTE UROLOGICO
FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA
FARMACIA AGUA DESTILADA (1 AMP. DE 10 CC.)

E - 3.1

SONDAJE EVACUADOR EN LA MUJER

OBJETIVO

Acceder a la vejiga de la paciente mediante una sonda uretral para vaciar su contenido.

Material

- Antiséptico diluido.
- Bolsa de orina.
- Gasas estériles.
- Guantes de u.s.u. estériles.
- Lubricante urológico.
- Paños estériles.
- Registros.
- Sonda vesical foley del N° adecuado.
- Tapón para sonda estéril.

Equipo

- Batea.
- Biombo.
- Pinza de clamp de plástico.
- Soporte para bolsa de orina.

PROCEDIMIENTO

1. Igual que (E-3), retirando la sonda una vez evacuada la orina.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona.1988.Pág. 140,141.
2. Ludwick, R. E. Inserción de una sonda urinaria recta o permanente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 819-828.
3. Raffensperger, E.B.; Zusy, M.L.; Marchesseault, L.C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona. 1995. Pág. 87-89.
4. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 286,287.
5. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M.. Drenaje vesical .En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Específica. Ed. Ceditán/Algaida. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 458-464.
6. Ramírez Suberbiola, J. M. y cols. Sondaje vesical intermitente y educación para la salud. Rev. Impulso. Oct. 1997(82). Pág. 17-20.

7. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 146-148.
8. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 101-102.
9. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 141,142.
10. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 120-124.
11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1193-1207.
12. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1274-1279.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131917	GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
131934	GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
131919	GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
131918	GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
131920	GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
100045	PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130985	CLAMP-PINZA COLAPSADORA DE TUBOS
131866	SONDA P/ VACIADO DE ORINA Nº 10 U.S.U.
131867	SONDA P/ VACIADO DE ORINA Nº 12 U.S.U.
131963	SONDA P/ VACIADO DE ORINA Nº 14 U.S.U.
131973	SONDA VES. FOLEY Nº 12 C/ BALON 2 VIAS
130657	SONDA VES. FOLEY Nº 14 C/ BALON 2 VIAS

130658 Sonda ves. Foley nº 16 C/ Balón 2 vías

130704 Soporte p/bolsa metálico

130715 Tapon para sonda vesical estéril

esteriliz Paños estériles 90x90

Farmacia Lubricante urológico

Farmacia Solución antiséptica

E - 4

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DEL SONDAJE VESICAL

OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de la sonda vesical para prevenir obstrucciones e infecciones.

Material

- Antiséptico diluido.
- Jeringas u.s.u.
- Material de los Procedimientos (B – 2.1), (E – 1), (E– 2) y (E – 3) si es necesario.
- Registros.
- Suero salino fisiológico (100 cc.)

Equipo

- Equipo de los Procedimientos (B – 2.1), (E – 1), (E– 2) y (E – 3), si es necesario.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad.
5. Colocarse los guantes.
6. Lavar los genitales diariamente y cada vez que se precise (B - 2.1).
7. Lavar la sonda externamente eliminando los restos acumulados.
8. Comprobar la permeabilidad de la sonda.
9. Cambiar el equipo de drenaje frecuentemente, conservando las condiciones de asepsia.
10. Clampar la sonda y sustituir la bolsa por una nueva.
11. Cambiar la sonda cada 4 semanas aproximadamente.
12. Efectuar el cambio cada 8 semanas si es de silicona.
13. Realizar lavado vesical en caso de obstrucción: introducir de 30 a 50 ml de SSF (10 a 15 ml en niños).
14. Aspirar suavemente o conectar la sonda a la bolsa para comprobar permeabilidad.
15. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
16. Recoger el material.
17. Retirarse los guantes.
18. Realizar lavado de manos.
19. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Evitar que la sonda presente dobleces o torsiones.
- Observar la piel y meato urinario asegurándonos que no presenta enrojecimiento, erosión o inflamación.
- Evitar decúbitos de la sonda.
- Mantener la bolsa por debajo del nivel vesical.
- Comprobar que el paciente no presenta dolor.
- Observar si hay hematuria.
- Observar que el sistema no tenga fugas.
- Educar al paciente/ familia en el autocuidado y mantenimiento del sondaje.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 140,141.
2. Ludwick, R. E. Cuidados de una sonda urinaria permanente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 828-831.
3. Raffensperger, E.B.; Zusy, M.L.; Marchesseault, L.C. Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A. Barcelona. 1995. Pág. 89-91.
4. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 289.
5. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M.. Drenaje vesical. En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A.. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Específica. Ed. Ceditán/Algaida. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 458-464.
6. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 235-237.
7. Gray, M.. Trastornos genitourinarios. Ediciones Doyma. Madrid. 1995. Pág. 308.
8. Sancho Arnau, J. E.; Tolsa Yacer, M. A. Cuidados de las sondas uretrales permanentes en pacientes dependientes de un centro de salud: Educación sanitaria. Rev. Enfermería Integral. Nº 50. 1999. Pág. 24-26.
9. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 146-148.
10. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 103.
11. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 141,142.
12. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 120-124.
13. Kozier Erb Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1274-1279.
14. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1193-1207.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE
130911	BOLSA P/SISTEMAS CONTROL DIURESIS HORARIA
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25X10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131917	GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
131934	GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
131919	GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
131918	GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
131920	GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130447	JERINGAS U.S.U. C/ LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/ LUER 10 CC. SIN LATEX
130451	JERINGAS U.S.U C/ LUER 50 CC.
130443	JERINGAS U.S.U C/ CATETER 50 CC.
100045	PAÑAL CELULOSA T/COMPRESA GRANDE
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAQUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130985	CLAMP-PINZA COLAPSADORA DE TUBOS
131298	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 16 ESPIRAL REFORZADA
130939	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 18 ESPIRAL REFORZADA
130940	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 20 ESPIRAL REFORZADA
130941	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 22 ESPIRAL REFORZADA
131898	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 22 PUNTA COUVELAIRE
130942	SONDA HEMATURIA 3 VIAS Nº 24 ESPIRAL REFORZADA

- 131890 SONDA VES. FOLEY SEMISILICONA N° 6 S/ FIADOR
- 131225 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 6 C/ FIADOR
- 131070 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 8 C/ FIADOR
- 131071 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 10 C/ FIADOR
- 130882 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 12
- 131325 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 14
- 130611 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 16
- 130612 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 18
- 130610 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 20
- 130613 SONDA VES. FOLEY SILICONA N° 22
- 131973 SONDA VES. FOLEY N° 12 C/ BALON 2 VIAS
- 130657 SONDA VES. FOLEY N° 14 C/ BALON 2 VIAS
- 130658 SONDA VES. FOLEY N° 16 C/ BALON 2 VIAS
- 130659 SONDA VES. FOLEY N° 18 C/ BALON 2 VIAS
- 130660 SONDA VES. FOLEY N° 20 C/ BALON 2 VIAS
- 130661 SONDA VES. FOLEY N ° 22 C/ BALON 2 VIAS
- 130662 SONDA VES. FOLEY N° 24 C/ BALON 2 VIAS
- 131615 SONDA VES. FOLEY N° 30 C/ BALON 2 VIAS
- 130704 SOPORTE P/BOLSA METALICO
- 130715 TAPON PARA SONDA VESICAL ESTERIL
- ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
- FARMACIA LUBRICANTE UROLOGICO
- FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA
- FARMACIA AGUA DESTILADA (1 AMP. DE 10 CC.)
- FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO (100 CC.)

E - 4.1

RETIRADA DE LA Sonda Vesical

OBJETIVO

Extraer la sonda vesical permanente cuando el paciente no la necesite, esté obstruida o en posición incorrecta, evitando complicaciones.

Materia

- Bolsa para residuos.
- Copa graduada.
- Empapador –cubrecamas.
- Gasas no estériles.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Jeringa.
- Registros.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar todo el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar intimidad.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar al paciente en decúbito supino (G - 3) con las piernas ligeramente separadas cuando el paciente sea mujer.
7. Poner el empapador-cubrecamas deslizándolo por debajo de los glúteos del paciente.
8. Extraer mediante la jeringa el contenido del globo de la sonda vesical.
9. Sujetar el cuerpo de la sonda con una gasa y retirarla suavemente, depositándola en la bolsa par residuos.
10. Ofrecer la botella (E – 1.1) o la cuña (E – 1.2) al paciente si precisa.
11. Comprobar que el volumen de orina en cada micción después de retirada la sonda es adecuado.
12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
13. Recoger el material.
14. Retirarse los guantes.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Aumentar la ingesta de líquidos si no esta contraindicada disminuirá el malestar y estimulará la producción de la orina .
- Si el paciente no ha orinado entre 6 y 8 horas después de la retirada de la sonda, valorar los signos de retención urinaria y comunicarlo al facultativo, así como cualquier incidencia que se hubiera producido.
- La reeducación vesical no esta bien documentada y puede incrementar el riesgo de infección por lo que no se recomienda.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Ludwick, R. E. Eliminación urinaria. En Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 839-842.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 290.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
130288	COPA GRADUADA PIE Y PICO 100 CC.
130285	COPA GRADUADA PIE Y PICO 1000 CC.
131212	COPA GRADUADA PIE Y PICO 2000 CC.
130286	COPA GRADUADA PIE Y PICO 250 CC.
130287	COPA GRADUADA PIE Y PICO 500 CC.
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130449	JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
130499	ORINAL CABALLERO CRISTAL, FONDO Y LATERAL RECT
131751	ORINAL CABALLERO PLASTICO
130500	ORINAL CUÑA PLÁSTICO

E - 5

SONDAJE RECTAL

OBJETIVO

Acceder al recto del paciente mediante una sonda rectal para favorecer la expulsión de gases o administrar un enema.

Material

- Empapador-cubrecamas.
- Gasas no estériles.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Lubricante.
- Material procedimiento (B – 2.1).
- Registros.
- Sonda rectal del Nº adecuado.

Equipo

- Batea.
- Equipo del procedimiento (B – 2.1).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar al paciente en posición de Sims (G - 4).
7. Realizar higiene de los genitales y de la zona anal (B – 2.1) si es necesario.
8. Colocar el empapador-cubrecamas debajo de las nalgas.
9. Lubricar la punta de la sonda rectal en abundancia.
10. Separar suavemente las nalgas y localizar el ano.
11. Indicar al paciente que respire profundamente e introducir la sonda lentamente en dirección al ombligo. La longitud de la sonda a introducir será aproximadamente de 10 cm en adultos y de 5 cm en niños.
12. Retirar la sonda lentamente una vez conseguido el objetivo.
13. Limpiar el área rectal.
14. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
15. Recoger el material.
16. Retirarse los guantes.
17. Realizar lavado de manos.
18. Registrar en hoja de Enfermería.

OBSERVACIONES

- La sonda rectal no debe permanecer puesta más de 30 min.
- En caso de que la sonda no se pueda colocar por presentar resistencia, comunicarlo al facultativo.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Perry, A. G. Inserción de una sonda rectal. Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 865-867.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 282.
3. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid. 1994. Pág. 259-260.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 152,153.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 139,140.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 159.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1256.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 892-895.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100131	COMPRESA BLANCA DE 10 X 10
100219	EMPAPADORES – CUBRECAMAS 60 X 90 U.S.U.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130648	SONDA RECTAL Nº 8
130637	SONDA RECTAL Nº 12
130638	SONDA RECTAL Nº 14
130639	SONDA RECTAL Nº 16
130640	SONDA RECTAL Nº 18
130641	SONDA RECTAL Nº 20

130642 Sonda Rectal Nº 22
130879 Sonda Rectal Nº 25
130645 Sonda Rectal Nº 28
130646 Sonda Rectal Nº 30
130647 Sonda Rectal Nº 32
FARMACIA LUBRICANTE

E - 5.1

ENEMA DE LIMPIEZA

OBJETIVO

Facilitar la evacuación de las heces mediante la introducción de una solución a través del recto del paciente.

Material

- Material de los procedimientos (B – 2.1), (E – 5)
- Registros.
- Solución a irrigar.

Equipo

- Cuña.
- Equipo del procedimiento (B – 2.1), (E – 5)
- Irrigador.
- Pinza de clamp.
- Soporte.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar la solución prescrita con el agua a temperatura templada.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente del procedimiento.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocar al paciente en posición de Sims (G – 4).
7. Colocarse los guantes.
8. Realizar higiene de los genitales y de la zona anal (B – 2.1) si es necesario.
9. Colocar el sistema de enema sobre el soporte a una altura de 35 cm por encima del ano.
10. Colocar el empapador-cubrecamas debajo de las caderas y nalgas del paciente.
11. Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
12. Purgar y pinzar el sistema.
13. Realizar la técnica de sondaje rectal (E – 5).
14. Despinzar el sistema y administrar la solución.
15. Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.
16. Informar al paciente que debe retener la irrigación durante 5 -10 minutos.
17. Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña (E – 1.2).
18. Observar el aspecto de las heces.
19. Ayudar al paciente a realizar el aseo de la zona anal, si es necesario.
20. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

21. Recoger el material.
22. Retirarse los guantes.
23. Realizar lavado de manos.
24. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Si el paciente no puede retener la solución, se le deberá colocar la cuña.
- La longitud de la sonda a introducir será:
 - Adultos: de 7,5 a 10 cm.
 - Niños: de 5 a 7,5 cm.
 - Lactantes: de 2,5 a 3,75 cm.
- La altura del irrigador en niños y lactantes será de 7,5 a 15 cm.
- Los preparados comerciales se administrarán directamente con la cánula lubricada, comprimiendo el envase hasta su total vaciado.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 4-5.
2. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid. 1994. Pág. 254-257.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 84-85.
4. Perry, A. G. Administración de un enema. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 871-875.
5. Nieto Rodríguez, A.. Administración de medicamentos... En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 264-265.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 152,153.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 141.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 161.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1256.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 892-895.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

171141 RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA

170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437	ORDEN DE TRATAMIENTO
130985	CLAMP	PINZA COLAPSADORA DE TUBOS
100131	COMPRESA	BLANCA DE 10 X 10
100219	EMPAPADORES	– CUBRECAMAS 60 X 90 U.S.U.
131009	GUANTES LATEX	N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX	N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX	N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO	N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO	N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO	N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130432	IRRIGADOR	DE PLASTICO
130500	ORINAL	CUÑA PLASTICO
190007	PAPEL	HIGIENICO
130648	SONDA RECTAL	Nº 8
130637	SONDA RECTAL	Nº 12
130638	SONDA RECTAL	Nº 14
130639	SONDA RECTAL	Nº 16
130640	SONDA RECTAL	Nº 18
130641	SONDA RECTAL	Nº 20
130642	SONDA RECTAL	Nº 22
130879	SONDA RECTAL	Nº 25
130645	SONDA RECTAL	Nº 28
130646	SONDA RECTAL	Nº 30
130647	SONDA RECTAL	Nº 32
FARMACIA	LUBRICANTE	
FARMACIA	SOLUCIÓN A	IRRIGAR

E - 5.2

ENEMA DE RETENCION

OBJETIVO

Administrar al paciente sustancias por vía rectal con fines terapéuticos para que sean absorbidos por la mucosa intestinal.

Material

- Material de los procedimientos (B – 2.1), (E – 5), (E – 5.1)
- Registros.
- Solución a irrigar.

Equipo

- Equipo de los procedimientos (B – 2.1), (E – 5), (E – 5.1)

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P).
2. Preparar la solución prescrita a temperatura templada.
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente del procedimiento.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes.
7. Colocar al paciente en posición de Sims (G – 4).
8. Realizar higiene de los genitales y de la zona anal (B – 2.1) si es necesario.
9. Colocar el sistema de enema sobre el soporte a una altura de 35 cm por encima del ano.
10. Colocar el empapador-cubrecamas debajo de las caderas y nalgas del paciente.
11. Conectar la sonda rectal al sistema de irrigación.
12. Purgar y pinzar el sistema.
13. Realizar la técnica de sondaje rectal (E – 5).
14. Despinzar el sistema y administrar la solución.
15. Pinzar y retirar la sonda cuando se haya instilado la solución.
16. Informar al paciente que debe retener la irrigación durante el tiempo prescrito.
17. Facilitar el acceso al cuarto de baño o colocarle la cuña (E – 1.2)
18. Observar el aspecto de las heces.
19. Ayudar al paciente a realizar el aseo de la zona anal, si es necesario.
20. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
21. Recoger el material.
22. Retirarse los guantes.
23. Realizar lavado de manos.
24. Anotar en registros de enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 4-5.
2. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 152,153.
3. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 141.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 161.
5. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1256.
6. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 892-895.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130985	CLAMP – PINZA COLAPSADORA DE TUBOS
100131	COMPRESA BLANCA DE 10 X 10
100219	EMPAPADORES – CUBRECAMAS 60 X 90 U.S.U.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130432	IRRIGADOR DE PLASTICO
130500	ORINAL CUÑA PLASTICO
190007	PAPEL HIGIENICO
130648	SONDA RECTAL Nº 8
130637	SONDA RECTAL Nº 12
130638	SONDA RECTAL Nº 14
130639	SONDA RECTAL Nº 16
130640	SONDA RECTAL Nº 18
130641	SONDA RECTAL Nº 20
130642	SONDA RECTAL Nº 22
130879	SONDA RECTAL Nº 25
130645	SONDA RECTAL Nº 28
130646	SONDA RECTAL Nº 30
130647	SONDA RECTAL Nº 32
FARMACIA	LUBRICANTE
FARMACIA	SOLUCIÓN A IRRIGAR

E - 5.3

ELIMINACION FECAL

OBJETIVO

Facilitar al paciente la evacuación intestinal diaria, con medidas higiénico – dietéticas.

MATERIAL / EQUIPO

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Material procedimiento (B- 2.1)
- Papel higiénico.
- Registros.

Equipo

- Cuña.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Proporcionar dietas ricas en fibra y líquidos abundantes, si no está contraindicado.
2. Incentivar al paciente para que camine o se mueva en la cama.
3. Preservar la intimidad y facilitar el acceso al cuarto de baño.
4. Colocar al paciente la cuña (E - 1.2), si está encamado.
5. Ayudar al paciente a realizar el aseo de la zona anal (B - 2.1) si es necesario.
6. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
7. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En caso de no ser efectivas estas medidas higiénico-dietéticas, comunicarlo al Facultativo.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Perry, A. G: Ayudar a un cliente a utilizar una cuña. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 860-865
2. Sorrentino, S.A.. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 252-254.
3. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1246.
4. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico-Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 892-895.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERIA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130500	ORINAL CUÑA PLASTICO
190007	PAPEL HIGIENICO

E - 6

ASPIRACION GASTRICA CONTINUA

OBJETIVO

Vaciar o descomprimir el estómago del paciente mediante aspiración suave o por gravedad de gases o contenido gástrico.

Material

- Agua o SSF.
- Bolsa de orina.
- Bolsa p /sistema aspiración.
- Conexión recta.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jeringa de 50 cc.
- Material del procedimiento (C - 2).
- Registros.
- Tubo para aspiración.

Equipo

- Aspirador eléctrico intermitente.
- Equipo del procedimiento (C-2).
- Soporte para sistema de aspiración.
- Toma de vacío (vacuómetro).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar el procedimiento del sondaje nasogástrico (C – 2).
2. Ajustar el manómetro a la presión adecuada, en caso de que se utilice aspirador.
3. Conectar la sonda al equipo de aspiración o a bolsa de caída libre.
4. Vigilar la permeabilidad de la sonda: el líquido fluye lentamente por la sonda.
5. Movilizar en caso de detectar obstrucción por posibles adherencias o acodamientos.
6. Hacer lavados de la sonda en caso de obstrucción (introducir agua o SSF).
7. Comprobar la permeabilidad con la jeringa.
8. Recoger el material.
9. Retirarse los guantes.
10. Realizar lavado de manos.
11. Anotar en los registros las características y cantidad del drenado.

OBSERVACIONES

- Si el contenido gástrico aspirado presenta aspecto en posos de café, se comunicará al facultativo de inmediato.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Raffensperger, E.B.; Zusy, M.L.; Marchesseault, L.C..Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A..Barcelona. 1995. Pág. 80,81.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 278-280.
3. Doughty, D. B.; Jackson, D. B. Trastornos gastrointestinales. Ed. Mosby/Doyma. Libros S.A. Madrid. 1995. Pág.284-288.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 200,201.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 132,133.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 167.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 118,119.
8. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1095,1096.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 925-948.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
130274	CONEXION RECTA 7X4 MM.(C-12) P/TUBOS Y SONDAS
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131644	CONEXION RECTA 7X7 MM.(S-22) P/TUBOS Y SONDAS
131721	TUBO DE BULBOS 2,5 MM INTERIOR N/CONDUCTIVO
131536	TUBO DE BULBOS 5 MM INTERIOR N/CONDUCTIVO
131537	TUBO DE BULBOS 7 MM INTERIOR N/CONDUCTIVO
130746	TUBO SILASTIC GRADO MEDIO 5 X 8
130748	TUBO SILASTIC GRADO MEDIO 6 X 12
130751	TUBO SILASTIC GRADO MEDIO 8 X 12
130982	BOLSA ADAP. C/VALVULA P/ SISTEMA ASPIRACIÓN
130983	BOLSA ADAP. S/VALVULA P/ SISTEMA ASPIRACIÓN
130171	BOLSA DE ORINA 2 L. C/VALVULA S/ DESAGUE
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130443	JERINGAS U.S.U. C/CATETER 50 CC.
FARMACIA	SUERO SALINO FISIOLÓGICO

E - 7

BALANCE DEL EQUILIBRIO DE LIQUIDOS

OBJETIVO

Conocer la cantidad de líquidos administrados (ingeridos e intravenosos) y eliminados por el paciente, en un tiempo determinado, para la valoración del equilibrio hidroelectrolítico.

Material

- Material del procedimiento (E-1)
- Registros.

Equipo

- Equipo del procedimiento (E-1).
- Bascula.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.
2. Medir y registrar todas las entradas de líquido: con las comidas, medicación oral, líquidos parenterales, I. V., hemoderivados, NEDC, NPT...
3. Medir y registrar todas las salidas, orina, drenajes, deposiciones líquidas, sudor, vómitos, aspiración gástrica...
4. Pesar al paciente para valorar pérdidas insensibles, si su estado lo permite cada 24 horas.
5. Añadir como salidas las pérdidas insensibles. Estas se calcularán según la fórmula siguiente:

$$P. I. = \frac{\text{Peso x nº de horas}}{2}$$

6. Restar las salidas a las entradas y anotar en la gráfica. Al cerrar balance, contabilizar la cantidad perfundida y la que queda por perfundir.
7. Anotar fecha y hora de comienzo y finalización del control.

OBSERVACIONES

- Valorar el estado de piel y mucosas, color de la orina, y valorar la aparición de edemas
- Como norma general, el balance se hará en un tiempo de 24 horas, salvo criterio del facultativo.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 82-83
2. Ludwick, R. E. Determinación y registro de entradas y salidas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 811-816.

3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 248,249.
4. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1127-1245.
5. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-876.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440	HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437	ORDEN DE TRATAMIENTO

E - 8

CUIDADOS DEL PACIENTE OSTOMIZADO

OBJETIVO

Mantener el estoma en condiciones de higiene y la integridad de la piel periestomal en el paciente ostomizado.

Material

- Bolsas para drenaje de ostomía.
- Bolsa para residuos.
- Empapador-cubrecamas.
- Gasas.
- Guantes u.s.u. estériles y no estériles.
- Jabón neutro.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Batea.
- Carro de curas.
- Palangana.
- Tijeras.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P. M. P).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Preservar intimidad.
4. Informar al paciente.
5. Colocar al paciente en decúbito supino con el abdomen descubierto.
6. Colocarse los guantes.
7. Proteger la ropa de la cama con un salvacamas.
8. Retirar suavemente la bolsa usada (evitando tracciones de la piel), desde la parte superior a la inferior (para evitar derrames).
9. Retirar los restos de heces con una gasa humedecida en agua.
10. Limpiar el estoma y la zona circundante con agua templada y si es necesario utilizar un jabón neutro suave.
11. Secar bien el estoma y la piel circundante.
12. Observar el aspecto del estoma y la zona de alrededor. Éste debe estar sonrosado y húmedo.
13. Seleccionar la bolsa apropiada a las características de la ostomía (abiertas, cerradas, de dos piezas...).
14. Dejar 2 o 3 mm. entre la barra del estoma y la bolsa.
15. Pegar la bolsa pegando el adhesivo desde la parte inferior a la superior.
16. Retirarse los guantes.

17. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
18. Retirar el material.
19. Anotar en registros: cantidad, aspecto, textura, color de las heces y aspecto del estoma.

OBSERVACIONES

- Cuando la bolsa haya que cambiarla frecuentemente se aconseja utilizar sistemas de doble pieza (placa aro – bolsa colectora o un dispositivo de una pieza abierta con pinza) para evitar dermatitis de la piel circundante.
- En la ileostomía se tendrá especial cuidado de la piel circundante. Se podrá utilizar pomada protectora.
- Las bolsas se cambiarán cuantas veces sea necesario cuando presenten fugas.

BIBLIOGRAFÍA DE REFERENCIA

1. Ayello, E.A. Cuidado de las ostomías. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 877-889.
2. Vaquer Casas, G. Indicaciones y manejo de los dispositivos de ostomías. Revista Formación Continuada. Mayo – Junio 1996. Pág. 67-77.
3. Sierra Quesada J. M.. Cuidados enfermeros al paciente ostomizado. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 475-488.
4. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 76.
5. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 59. Pág. 561-566.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERIA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
130164	BOLSA COLOSTOMIA 1 PIEZA CERRADA
130162	BOLSA COLOSTOMIA 1 PIEZA CERRADA RECORTABLE
130166	BOLSA ILEOSTOMIA 1 PIEZA ABIERTA RECORTABLE
132000	BOLSA ILEOSTOMIA PEDIATRICA 1 PIEZA ABIERTA RECORT.10-35MM
130180	BOLSA UROSTOMIA 1 PIEZA RECORTABLE
131671	BOLSA UROSTOMIA 2 PIEZAS 57 MM.DIAMETRO ARO
131362	BOLSA UROSTOMIA 60 MM.DIAMETRO ARO
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
100132	COMPRESAS ESTERILES DE 10 X 10

100219 EMPAPADOR CUBRECAMAS 60 X 90
190011 ESPONJA IMPREGNADA P/ADULTO
190026 ESPONJA IMPREGNADA P/INFANTIL
131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190019 JABON LIQUIDO DERMATOLÓGICO 1 LITRO
50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA

F

Termorregulación

F - 1

CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPOTERMIA

OBJETIVO

Aplicar medios físicos y / o administrar medicación para conseguir que la temperatura del paciente se eleve hasta su valor normal.

Material

- Bebidas calientes.
- Compresas.
- Medicación prescrita.
- Pañales.
- Registros.

Equipo

- Bolsa de agua caliente.
- Lámpara o foco de calor.
- Manta.
- Manta térmica.
- Ropa de cama.
- Termómetro clínico.
- Termómetro rectal.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad.
5. Tomar temperatura (RD- 3) para confirmar la hipotermia.
6. Mantener la ropa de cama limpia y seca.
7. Cambiar y mantener secos los apósitos, vendajes, pañales...
8. Aplicar medios físicos externos:
 - a) Manta, manta eléctrica si la hubiera.
 - b) Foco o flexo de calor.
 - c) Compresas calientes.
 - d) Bolsa de agua caliente.
 - e) Aumentar la Tª ambiente.
 - f) Cubrir las extremidades con manoplas, calcetines, vendajes con algodón...
9. Mantener una buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación y por tanto la pérdida de calor, proporcionando bebidas calientes ricas en hidratos de carbono que no contengan alcohol ni cafeína (son potentes diuréticos).
10. Administrar la medicación prescrita, que puede incluir prefundir líquidos por vía IV templados.

11. Extremar las medidas de prevención de UPP (H – 3).
12. Vigilar la perfusión tisular de las zonas distales.
13. Controlar la Tª (RD – 3), FC (RD - 1), FR (RD - 2), P. Arterial (RD - 4) y Diuresis (E – 1) con frecuencia.
14. Recoger el material.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Tener en cuenta la localización de la medición de la temperatura, reflejándolo en los registros.
- En pacientes pediátricos se vigilará frecuentemente el pañal y se cambiará si es necesario.
- No se aplicarán los medios físicos directamente sobre la piel, se pondrá ropa de cama entre éstos y el paciente.
- Se controlará el tiempo de exposición a los medios físicos eléctricos para evitar quemaduras.
- Se le retirarán al paciente todos los objetos metálicos (joyería...), éstos se calientan muy rápido y pueden ocasionar quemaduras.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 342,343,347.
2. Buchda, V.; Trynyszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 52,53.
3. Laskowski-Jones, L. Actuar ante las emergencias invernales. Rev. Nursing. Vol. 18 Nº 6. Junio-Julio 2000. Pág. 16-21.
4. Dirección de Enfermería COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLAN-SAN PEDRO. Manual de Procedimientos Generales de enfermería. Logroño 1999. Pág. 81,82.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131793	BOLSA DE GOMA P/AGUA 1/2 LITRO
130169	BOLSA DE GOMA P/AGUA 2 LITROS
100010	COMPRESA BLANCA 50X50
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAGUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)

100145 PAÑAL-BRAQUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256 PAÑAL-BRAQUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130719 TERMOMETROS CLINICOS
130720 TERMOMETROS RECTALES
FARMACIA MEDICACIÓN PRESCRITA

F - 2

CUIDADOS AL PACIENTE CON HIPERTERMIA

OBJETIVO

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

Material

- Bebidas.
- Compresas.
- Empapador-cubrecamas.
- Hielo.
- Medicación prescrita.
- Pañales.
- Registros.

Equipo

- Batea.
- Bolsa para hielo.
- Palangana.
- Ropa de cama.
- Termómetro clínico.
- Termómetro rectal.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad.
5. Tomar temperatura (RD – 3) para confirmar la hipertermia.
6. Destapar al paciente.
7. Aplicar medios físicos externos:
 - a) Compresas frías en axilas, frente, ingles, huecos poplíteos, flexura del codo...
 - b) Baño con esponja.
 - c) Bolsa con hielo.
 - d) Mantener la Tª ambiente aproximadamente entre 20º y 22º C.
9. Administrar la medicación prescrita.
10. Mantener una buena ingesta de líquidos para evitar la deshidratación procurando que no contengan hidratos de carbono.
11. Vigilar la Tª (RD- 3.), FC (RD—1), FR (RD - 2), P. Arterial (RD-4), Diuresis (E – 1) y Nivel de conciencia (RD – 10) con frecuencia.
12. Mantener la ropa de cama, apósitos, vendajes, pañales, etc. limpios y secos.
13. Recoger el material.

14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Tener en cuenta la localización de la medición de la temperatura, reflejándolo en los registros.
- En pacientes pediátricos la hipertermia puede producir convulsiones. Evitar descensos bruscos en la T³, éstos pueden provocar el mismo efecto.
- No aplicar las bolsas de hielo directamente sobre la piel, se cubrirán con ropa de cama y no permanecerán más de 30 minutos en la misma zona para evitar quemaduras.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 348-352.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 18,19.
3. Dirección de Enfermería COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLAN-SAN PEDRO. Manual de Procedimientos Generales de enfermería. Logroño 1999. Pág. 83-84.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130170	BOLSA DE GOMA P/HIELO
100010	COMPRESA BLANCA 50X50
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
100119	PAÑAL-BRAGA EXTRA P/ADULTOS INCONTINENTE
100152	PAÑAL-BRAGUITA T/GRANDE P/BEBE (9-15 K.)
100239	PAÑAL-BRAGUITA T/JUNIOR P/NIÑO (16-20 K.)
100255	PAÑAL-BRAGUITA T/SUPER P/NIÑO (19-29 K.)
100146	PAÑAL-BRAGUITA T/MEDIANO P/BEBE (6-10 K.)
100145	PAÑAL-BRAGUITA T/PEQUEÑO P/BEBE (3-5 K.)
100256	PAÑAL-BRAGUITA T/PREMATURO (0-4 K.)
130719	TERMOMETROS CLINICOS
130720	TERMOMETROS RECTALES
FARMACIA	MEDICACIÓN PRESCRITA

G

Movilización

G - 1

VALORACIÓN Y PLANIFICACIÓN DE LA NECESIDAD DE ACTIVIDAD - EJERCICIO

OBJETIVO

Identificar si existe alteración de la actividad-ejercicio en el paciente y prestar los cuidados adecuados.

Material

- Registros.

Equipo

- Dispositivos de ayuda: andador, bastón, muletas...

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Crear un ambiente adecuado para realizar la valoración.
3. Observar las limitaciones de la actividad-ejercicio del paciente.
4. Registrar en la hoja de valoración la información obtenida.
5. Planificar los cuidados derivados de las alteraciones detectadas:
 - a) Fomentar el ejercicio en el paciente considerando sus limitaciones.
 - b) Instruir al paciente para que realice las actividades apropiadas en función de su estado físico o de su salud.
 - c) Prestar ayuda al paciente para conseguir el nivel de actividad-ejercicio adecuado.
 - d) Advertir al paciente de los peligros existentes al sobrestimar sus posibilidades (riesgo de mareos, inestabilidad, limitación funcional...).
 - e) Proporcionar los dispositivos de ayuda disponibles para facilitar la actividad-ejercicio (andador, muletas, bastón...)
6. Hacer partícipe a la familia en los cuidados.
7. Comunicar al facultativo la conveniencia de remitir al paciente al servicio de Rehabilitación si está indicado.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Brown, V. M.. Ejercicio y deambulación. En: Perry, A. G.; Potter, P.A .Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 943-965.
2. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994. Pág. 305-319.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.

6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 14-32.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141 RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477 RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
ORTOPEDI RECETA INDIVIDUAL AL PACIENTE (MULETAS, ANDADORES...)

G - 2

MOVILIZACION DEL PACIENTE

OBJETIVO

Proporcionar las posiciones más adecuadas al paciente encamado y prevenir posibles complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...)

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas según necesidades.
- Arco.
- Cama articulada.
- Grúa para movilizar enfermos.
- Manivela de cama.
- Sábana bajera a modo de entremetida.
- Sillón.
- Trapecio.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente.
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar la cama en posición adecuada.
7. Movilizar al paciente a la posición seleccionada evitando fricciones y sacudidas repentinas o bruscas.
8. Proteger las vías, drenajes y dispositivos que pudiera tener el paciente al moverlo.
9. Evitar la presión prolongada sobre la misma zona.
10. Aplicar medidas preventivas de seguridad (H – 2).
11. Dejar al paciente cómodo y ,si es posible, facilitarle el acceso al timbre y objetos personales.
12. Retirar el material.
13. Retirarse los guantes.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en los registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- Se valorará la necesidad de participación de uno o varios colaboradores para la movilización del paciente.
- El personal que intervenga en la movilización del paciente usará técnicas preventivas de mecánica corporal.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988. Pág. 40-46.
2. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 24. Pág. 473.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 148-152.
4. Cunningham, S.A.. Movilización y colocación de pacientes encamados. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 931-940.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
9. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 3

DECÚBITO- SUPINO

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas.
- Cama articulada
- Grúa.
- Manivela de cama.
- Sábana bajera a modo de entremetida

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente .
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.
6. Colocar al paciente tendido sobre su espalda con las piernas extendidas y los brazos alineados, guardando el eje longitudinal.
7. Colocar la almohada bajo la cabeza.
8. Cuando el paciente se desplace por gravedad hacia los pies de la cama, subirlo hacia la cabecera de la siguiente manera (2 personas):
 - a) Colocar una mano bajo los muslos y otra bajo los hombros.
 - b) Pedir al paciente que doble las rodillas y apoye los pies sobre la cama.
 - c) Indicar al paciente que colabore ejerciendo presión con los pies a la vez que lo desplazamos hacia la cabecera.
- * En los pacientes que no puedan colaborar:
 - a) Colocar una sábana doblada a modo de entremetida debajo del paciente desde los hombros hasta los muslos.
 - b) El personal se situará a cada lado del paciente y, con la ayuda de la sábana, se desplazará al paciente hacia la cabecera de la cama, evitando así movimientos de fricción.
9. Elevar la cabecera de la cama según necesidad y comodidad del paciente.
10. Retirar el material.
11. Realizar lavado de manos.
12. Anotar en los registros de Enfermería

OBSERVACIONES

- Se tendrá precaución en el occipucio, omoplatos, codos, sacro, cóccix, talones y dedos de los pies.
- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 40.
2. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 24. Pág. 473,474.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 148-152.
4. Cunningham,S.A.. Movilización y colocación de pacientes encamados. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 933-934.
5. Beth W. Jacobs. Coloque a su enfermo en la mejor posición. Parte 1ª. Rev. Nursing. Mayo 1995. Pág. 40-42.
6. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
10. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 3.1

POSICIÓN DEL PACIENTE ENCAMADO - PRONO

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas.
- Cama articulada.
- Grúa si fuera necesario.
- Manivela de cama.
- Sábana bajera a modo de entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P).
2. Informar al paciente .
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.
6. Colocar al paciente en posición extendida sobre el tórax y abdomen con la cabeza apoyada sobre una almohada pequeña.
7. Colocar una almohada pequeña debajo del abdomen del paciente por debajo del diafragma.
8. Apoyar los brazos en posición flexionada a la altura de los hombros.
9. Apoyar las piernas sobre almohadas para elevar los dedos de los pies.
10. Retirar el material.
11. Retirarse los guantes.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Se tendrá precaución en los dedos de los pies, rodillas, genitales (hombre), mamas (mujer), mejillas, oídos y costillas.
- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 40.

2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 168.
3. Cunningham,S.A.. Movilización y colocación de pacientes encamados. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 937-938.
4. Beth W. Jacobs. Coloque a su enfermo en la mejor posición. Parte 2ª. Rev. Nursing. Mayo 1995. Pág. 30,31.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
9. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 3.2

POSICIÓN DE DECUBITO LATERAL

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas.
- Cama articulada.
- Grúa si fuera necesario.
- Manivela de cama.
- Sábana bajera a modo de entremetida

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente .
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.
6. Colocar al paciente en posición extendida sobre el lado derecho o izquierdo. Para ello se desplazará al paciente hacia el lado de la cama contrario al decúbito deseado, para que al girarlo quede el paciente en el centro de la cama.
7. Colocar almohada bajo cabeza y cuello.
8. Colocar ambos brazos en ligera flexión. El brazo superior se apoya a la altura del hombro sobre una almohada. El otro brazo descansa sobre el colchón con el hombro ligeramente adelantado.
9. Colocar una almohada bajo la pierna superior, semiflexionada desde la ingle hasta el pie.
10. Colocar una almohada en la espalda del paciente para sujetarlo.
11. Elevar la cabecera de la cama según las necesidades de comodidad y seguridad del paciente.
12. Retirar el material.
13. Retirarse los guantes.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Precauciones en orejas, hombros, codos, cresta ilíaca, trocánteres, rodillas y maleolos.
- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 40.
2. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 24. Pág. 474.
3. Cunningham, S.A. Movilización y colocación de pacientes encamados. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed.Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 938,939.
4. Beth W. Jacobs. Coloque a su enfermo en la mejor posición. Parte 1ª. Rev. Nursing. Mayo 1995. Pág. 42-44.
5. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
9. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 3.3

POSICIÓN DE FOWLER

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para favorecer su comodidad, realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas.
- Cama articulada.
- Grúa si fuera necesario.
- Manivela de cama.
- Sábana bajera a modo de entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente .
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3).
6. Elevar la cabecera de la cama entre 45° y 60° (posición semisentado).
7. Retirar la almohada de la cabeza.
8. Colocar una almohada en la región lumbar, otra bajo los muslos y una almohada pequeña o cojín bajo los tobillos.
9. Recoger el material.
10. Retirarse los guantes.
11. Realizar lavado de manos.
12. Anotar en hoja de evolución de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Precauciones en sacro, tuberosidad isquiática, talones y codos.
- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).
- Utilizar almohadas laterales para sujetar los brazos si el paciente no tiene control voluntario.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 40.
2. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid

1997. Tema 24. Pág. 473,474.
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 167.
 4. Cunningham,S.A.. Movilización y colocación de pacientes encamados. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 934-935.
 5. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
 6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
 7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
 8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
 9. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
 10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 3.4

POSICIÓN DE TRENDELEMBURG

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para realizarle algún cuidado y / o prevenir complicaciones (úlceras por presión, deformidades, pérdida del tono muscular, trastornos circulatorios...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas.
- Cama articulada.
- Grúa si fuera necesario.
- Manivela de cama.
- Sábana bajera a modo de entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente .
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Colocar al paciente en decúbito supino elevando la parte inferior de la cama.
6. Recoger el material.
7. Retirarse los guantes.
8. Realizar lavado de manos.
9. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Precauciones en omoplatos, sacro, cóccix, talones, dedos de los pies, codos, y prestando especial cuidado en la protección de la cabeza.
- Utilizar medidas preventivas según procedimiento (H – 3).
- Vigilar el estado de conciencia del paciente para evitar que se produzcan aspiraciones en el caso de la existencia de vómitos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 174-175.
2. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
3. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.

4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
5. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 14-32.
6. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 4

APOYO EN POSICION DE SIMS

OBJETIVO

Colocar al paciente en la posición indicada para realizarle algún cuidado (administración de enemas, medicación...).

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohadas.
- Cama articulada.
- Grúa.
- Manivela de cama.
- Sábana bajera a modo de entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P).
2. Informar al paciente .
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
5. Colocar la cama en posición horizontal asegurándonos que esté frenada.
6. Colocar al paciente en posición lateral descansando sobre el abdomen.
7. Colocar una almohada bajo la cabeza del paciente.
8. Colocar una almohada bajo el brazo superior, flexionado, apoyando éste a la altura del hombro.
9. Colocar una almohada bajo la pierna superior, flexionada, a la altura de la cadera.
10. Recoger el material.
11. Retirarse los guantes.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Esta posición es la más idónea para la administración de enemas, realizar tactos rectales y extracción de fecalomas.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 169.
2. Cunningham,S.A..Movilización y colocación de pacientes encamados. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Edito-

- rial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 939.
3. Fundación Jimenez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
 4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
 5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
 6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
 7. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
 8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID. MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 5

POSICIÓN DE LITOTOMÍA (GINECOLÓGICA)

OBJETIVO

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

Material

- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohada.
- Cama articulada o camilla ginecológica.
- Entremetida.
- Manivela de cama.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente.
3. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocarse los guantes.
6. Retirar la ropa interior si la tuviera.
7. Colocar la cama en posición horizontal.
8. Poner a la paciente en posición supino (G – 3).
9. Pedir a la paciente que flexione las rodillas en posición perpendicular a la cama y que separe las piernas. Si necesita ayuda se la proporcionaremos.
10. Cubrir el abdomen y área genital con una entremetida.
11. Elevar la cabecera de la cama con una almohada.
12. Dejar a la paciente en posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
13. Recoger el material.
14. Retirarse los guantes.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En caso de utilizar una mesa de exploración ginecológica, la paciente descansa sobre su espalda y se le pide que se baje hasta colocar las nalgas en el extremo de la mesa de examen y que apoye los pies sobre los estribos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 337-339.
2. Potter, P. A.. Exploración de los genitales femeninos. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 391.
3. Gram, M.. Trastornos genitourinarios. Editorial Mosby-Doyma. Madrid 1995. Pág. 30.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

G - 6

POSICIÓN GENUPECTORAL

OBJETIVO

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

Material

- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Registros.

Equipo

- Almohada.
- Cama articulada o camilla.
- Entremetida
- Manivela de cama.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente.
3. Pedir colaboración al paciente si su estado lo permite.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocarse los guantes.
6. Retirar la ropa interior si la tuviera.
7. Colocar al paciente de rodillas sobre la cama.
8. Hacer descansar el cuerpo del paciente sobre las rodillas y el pecho.
9. Volver la cabeza del paciente hacia un lado y los miembros superiores por encima de la altura de la cabeza flexionándolos a nivel de los codos.
10. Cubrir al paciente con la entremetida.
11. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada una vez realizada la exploración o técnica, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
12. Recoger el material.
13. Retirarse los guantes.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 338-339.
2. Potter, P. A. Exploración física y valoración del estado de salud. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 293.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

H

Seguridad

H- 1

SUJECION DEL PACIENTE

OBJETIVO

Proteger al paciente para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás.

Material

- Algodón.
- Compresas.
- Esparadrapo tela.
- Registros.
- Vendas.

Equipo

- Barandillas.
- Cama articulada.
- Correas de sujeción.
- Férulas.
- Sábanas.
- Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Trasladar el material al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia de la técnica a realizar y los motivos de la misma.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.
6. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada.
7. Atar las sujeciones al marco de la cama o somier; nunca a la barandilla, comprobando que el paciente no pueda alcanzar el nudo.
8. Comprobar que el paciente presente pulso, temperatura, color y sensibilidad de la piel adecuados por debajo de las sujeciones.
9. Vigilar con regularidad y aflojar las sujeciones, controlando el estado de la piel y la posible existencia de alteraciones neurovasculares.
10. Realizar ejercicios pasivos.
11. Mantener las regiones inmovilizadas en posición anatómica para evitar lesiones funcionales posteriores.
12. Retirar el material.
13. Realizar lavado de manos.
14. Valorar en cada turno la seguridad y continuidad de la sujeción.
15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Utilizar este procedimiento sólo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 115-118.
2. Mulryan, K.. Colocación de sujeciones en el paciente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 80-85.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
100004	ALGODÓN HIDROFILO (PAQ. 1 K.)
100197	APOSITO ESTERIL 10X20 ABSORVENTE P/CURAS
100010	COMPRESA BLANCA 50 X 50
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
100213	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
100143	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
100154	VENDAS ALGODON PRENSADO 10X2,70
100155	VENDAS ALGODON PRENSADO 15X2,70
100156	VENDAS ALGODON PRENSADO 5X2,70
100153	VENDAS ALGODON PRENSADO 7,5X2,7
100068	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X10
100069	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X15
100067	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X5
100076	VENDAS ELASTICAS CREPE 10 X 10 COMPRES.MEDIA
100077	VENDAS ELASTICAS CREPE 5 X 4 COMPRES.MEDIA
100078	VENDAS ELASTICAS CREPE 7 X 4 COMPRES.MEDIA
100081	VENDAS GASA 10 X 10 ORILLADA
100082	VENDAS GASA 10 X 20 ORILLADA

- 100083 VENDAS GASA 20 X 20 ORILLADA
- 100084 VENDAS GASA 5 X 10 ORILLADA
- 100085 VENDAS GASA 5 X 5 ORILLADA
- 100086 VENDAS GASA 5 X 7 ORILLADA
- 50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA

H - 1.1

SUJECCION DEL TRONCO

OBJETIVO

Conseguir la sujeción del paciente a nivel del tronco para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás.

Material

- Registros.

Equipo

- Cama.
- Cinturón de tronco.
- Sábana.
- Sillón.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P).
2. Trasladar el material al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia de la técnica a realizar y los motivos de la misma.
4. Preservar la intimidad.
5. Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.
6. Sujetar al paciente a nivel de la cintura o del tórax, por debajo de las axilas.
7. Poner la sujeción por encima del pijama (evitando que forme arrugas, que presione sobre los botones...) y nunca sobre la piel.
8. Asegurarse que el paciente puede respirar correctamente.
9. Vigilar con regularidad que el paciente conserve la posición anatómica.
10. Realizar lavado de manos.
11. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Utilizar este procedimiento sólo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S. A. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid. 1994. Pág. 115-118.
2. Mulryan, K.. Colocación de sujeciones en el paciente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 82,85.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.

4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 14-32.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440	HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA

H - 1.2

SUJECCION DE EXTREMIDADES

OBJETIVO

Conseguir la sujeción del paciente a nivel de extremidades para evitar que se lesione a sí mismo o a los demás.

Material

- Algodón.
- Compresas blancas 50 x 50 no estériles.
- Esparadrapo.
- Registros.
- Vendas.

Equipo

- Cama.
- Correas de sujeción.
- Férulas.
- Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Trasladar el material al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia de la técnica a realizar y los motivos de la misma.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en la posición anatómica correcta.
6. Colocar las sujeciones bien almohadilladas y con presión moderada sobre las articulaciones.
7. Atar las sujeciones al marco de la cama o somier; nunca a la barandilla, comprobando que el paciente no pueda alcanzar el nudo.
8. Utilizar férulas si se precisa inmovilizar alguna articulación.
9. Comprobar que el paciente presente pulso, temperatura, color y sensibilidad de la piel por debajo de las sujeciones.
10. Vigilar con regularidad y aflojar sujeciones, controlando el estado de la piel y las posibles alteraciones neurovasculares.
11. Realizar ejercicios pasivos.
12. Mantener las regiones inmovilizadas en posición anatómica para evitar lesiones funcionales posteriores.
13. Recoger el material.
14. Realizar lavado de manos.
15. Valorar en cada turno la seguridad y continuidad de las sujeciones.
16. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Utilizar este procedimiento sólo cuando el resto de medidas de protección hayan fracasado.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 115-118.
2. Mulryan, K.. Colocación de sujeciones en el paciente. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 82,85.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
100004	ALGODÓN HIDROFILO (PAQ. 1 K.)
100197	APOSITO ESTÉRIL 10X20 ABSORVENTE P/CURAS
100010	COMPRESA BLANCA 50 X 50
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
100213	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
100143	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
100154	VENDAS ALGODON PRENSADO 10X2,70
100155	VENDAS ALGODON PRENSADO 15X2,70
100156	VENDAS ALGODON PRENSADO 5X2,70
100153	VENDAS ALGODON PRENSADO 7,5X2,7
100068	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X10
100069	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X15
100067	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X5
100076	VENDAS ELASTICAS CREPE 10 X 10 COMPRES.MEDIA
100077	VENDAS ELASTICAS CREPE 5 X 4 COMPRES.MEDIA
100078	VENDAS ELASTICAS CREPE 7 X 4 COMPRES.MEDIA
100081	VENDAS GASA 10 X 10 ORILLADA
100082	VENDAS GASA 10 X 20 ORILLADA

100083 VENDAS GASA 20 X 20 ORILLADA
100084 VENDAS GASA 5 X 10 ORILLADA
100085 VENDAS GASA 5 X 5 ORILLADA
100086 VENDAS GASA 5 X 7 ORILLADA
50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA

H - 2

ACTUACIÓN DE ENFERMERÍA EN LA PREVENCIÓN DE LAS CAÍDAS.

OBJETIVO

Evitar que el paciente hospitalizado pueda sufrir caídas

Material

- Algodón.
- Compresas.
- Esparadrapo tela.
- Registros.
- Vendas.

Equipo

- Andadores, bastones, muletas.
- Barandillas.
- Barras y pasamanos.
- Cama.
- Correas de sujeción.
- Sábanas.
- Tijeras.

PROCEDIMIENTO

1. Valorar el riesgo de caída según la patología, la edad, el estado de conciencia y/o emocional del paciente.
2. Informar al paciente y/o familia de las medidas a tomar.
3. Retirar de la habitación el material que pueda producir caídas (mobiliario, agua, cables...)
4. Comprobar que la cama esté frenada.
5. Colocar las barandillas en la cama si fuera necesario.
6. Colocar el timbre o interfono en una posición accesible para el paciente.
7. Poner a su alcance las pertenencias y los dispositivos de ayuda personales (andador, bastón, muletas).
8. Mantener una luz difusa en la habitación durante la noche.
9. Mantener las medidas de sujeción (H -1) si fuera necesario.
10. Comprobar los factores de riesgo y la seguridad del paciente por turno.
11. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Enseñar al paciente a levantarse lentamente de la cama para prevenir vértigos y pérdida de equilibrio.
- Responder cuanto antes a la llamada del enfermo para limitar el nº de ocasiones que abandone la cama sin ayuda.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid. 1994. Pág. 14, 115.
2. Muryan, K.. Prevención de caídas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.. Madrid. 1999. Pág. 69-76.
3. Buchda, V.; Trynieszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 48.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 11.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 65.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 14-32.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
100004	ALGODÓN HIDROFILO (PAQ. 1 K.)
100197	APOSITO ESTÉRIL 10X20 ABSORVENTE P/CURAS
100010	COMPRESA BLANCA 50 X 50
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST. 10X10
100213	ESPARADRAPO TELA ELAST. 10X15
100143	ESPARADRAPO TELA ELAST. 10X20
100154	VENDAS ALGODON PRENSADO 10X2,70
100155	VENDAS ALGODON PRENSADO 15X2,70
100156	VENDAS ALGODON PRENSADO 5X2,70
100153	VENDAS ALGODON PRENSADO 7,5X2,7
100068	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X10
100069	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X15
100067	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X5
100076	VENDAS ELASTICAS CREPE 10 X 10 COMPRES.MEDIA
100077	VENDAS ELASTICAS CREPE 5 X 4 COMPRES.MEDIA
100078	VENDAS ELASTICAS CREPE 7 X 4 COMPRES.MEDIA
100081	VENDAS GASA 10 X 10 ORILLADA
100082	VENDAS GASA 10 X 20 ORILLADA
100083	VENDAS GASA 20 X 20 ORILLADA

100084 VENDAS GASA 5 X 10 ORILLADA
100085 VENDAS GASA 5 X 5 ORILLADA
100086 VENDAS GASA 5 X 7 ORILLADA
50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA

H - 2.1

CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LAS CAIDAS

OBJETIVO

Administrar cuidados al paciente que ha sufrido una caída.

Material

- Material adecuado según lesiones.
- Registros.

Equipo

- Equipo adecuado según lesiones.

PROCEDIMIENTO

1. Tranquilizar al paciente tras la caída.
2. Solicitar ayuda en caso necesario.
3. Detectar lesiones y, en caso de existir, avisar al facultativo.
4. Trasladar al paciente a la cama con precaución dependiendo del grado de lesión, si la hubiera.
5. Vigilar alteraciones o cambios en el nivel de conciencia (RD – 10).
6. Administrar los cuidados derivados de las lesiones.
7. Anotar en registros de Enfermería: hora, circunstancias de la caída y cuidados administrados.
8. Rellenar la Hoja de registro de caídas.

OBSERVACIONES

- Detectar las causas que produjeron la caída.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 48.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 115-118.
3. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 153,154.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 53-70.
5. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 14-32.
6. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141 RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
HOJA DE REGISTRO DE CAIDAS

H - 3

PREVENCIÓN DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

OBJETIVO

Mantener la piel del paciente en buen estado y eliminar o disminuir los factores de riesgo que favorecen la aparición de las úlceras por presión (presión, humedad, desnutrición...)

Material

- Aceite hiperoxigenado (tipo Corpitol ®).
- Apósitos hidrocoloides extrafinos.
- Esponja sin jabón.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Productos hidratantes y nutritivos:
 - Aceite de almendras.
 - Vaselina.
 - Vaselina líquida.
- Protectores locales:
 - Apósitos.
 - Compresas blancas.
 - Esparadrapo de tela.
 - Vendas almohadillado.
 - Vendas elásticas crepé.
- Registros (Hoja valoración de riesgo, hoja evolución de enfermería...)

Equipo

- Almohadas.
- Carro de curas.
- Cojines.
- Colchón antiescaras.
- Ropa de cama.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Valorar el riesgo de aparición de úlceras por presión (UPP) al ingreso y cada siete días.
4. Realizar la higiene diaria de la piel con agua y jabón neutro (B – 2), y cuando precise.
5. Eliminar las pomadas y los polvos.
6. Aclarar y secar bien entre los dedos y pliegues cutáneos.
7. Mantener buena hidratación de la piel.

8. Realizar masajes muy suaves en las zonas de riesgo, siempre que no estén enrojecidos, con aceite hiperoxigenado.
9. Mantener las sábanas limpias, secas y sin arrugas.
10. Colocar apósitos hidrocoloides extrafinos en zonas de presión.
11. Colocar almohadillado en prominencias o salientes óseos con riesgo de fricción (patucos...)
12. Pautar cambios posturales y sistemas de rotación programados.
13. Vigilar sondajes, vías centrales, drenajes..., evitando la presión constante en una zona que pueda provocar úlceras.
14. Levantar al enfermo al sillón cuando sea posible, adoptando posturas adecuadas que prevengan el cizallamiento.
15. Asegurar la buena hidratación y corregir los déficit nutricionales.

OBSERVACIONES

- En pacientes de alto riesgo o ingresados en unidades de cuidados críticos, se valorará diariamente el riesgo de UPP.
- Ante cualquier duda, consultar el Protocolo de Cuidados de UPP de la división de Enfermería editado por el Hospital Universitario «Reina Sofía».

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols.. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 20, 21.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 223-225.
3. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 51. Pág. 410-422.
4. Maklebust, J.; Sieggreen, M. Consejos prácticos para prevenir, valorar y tratar las lesiones cutáneas. Rev. Nursing. Febrero 1997. Pág. 32,32.
5. Fdez. Álvarez, V. Úlceras de decúbito. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 225-254.
6. Rodríguez Palma, M; Malia Gázquez, R; Baraba Chacón, A.. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev. Rol de Enfermería. Nº 223. Marzo 1997. Pág. 13-18.
7. Ayello, E. A. Valoración del riesgo y estrategias preventivas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 198-205.
8. División de Enfermería. HURS. de Córdoba. Protocolos de cuidados en úlceras por presión. Córdoba. 1999.
9. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 50.
10. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 24.
11. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedi-

- mientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 203-205.
12. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 22,60.
 13. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 958-1032.
 14. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.
 15. Estudios de enfermería en todos los grados de las úlceras por presión.1996. Knoll, S.A.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
SIN CÓD.	HOJA DE VALORACIÓN DE RIESGO
100004	ALGODÓN HIDROFILO (PAQ. 1 K.)
100197	APOSITO ESTERIL 10 X20 ABSORBENTE P/CURAS
100245	APOSITO HIDROCOL.10X10 EXTRAFINO P/PREV.UPP
100247	APOSITO HIDROCOL.20X20 EXTRAFINO P/PREV.UPP
100122	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
100128	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
100123	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
100129	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100150	COMPRESA BLANCA 50 X 50 ESTERIL
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
100213	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
100143	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ ADULTOS (E/INDIVIDUAL)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUAL)
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190019	JABON LÍQUIDO DERMATOLÓGICO F/ 1 L.
120308	VASELINA LÍQUIDA F/1000 PARAFINA
100026	VENDAJE CERRADO DE MALLA N.1 ELASTICO

- 100028 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.2 ELASTICO
- 100029 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.3 ELASTICO
- 100030 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.4 ELASTICO
- 100031 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.5 ELASTICO
- 100032 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.6 ELASTICO
- 100033 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.7 ELASTICO
- 100034 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.8 ELASTICO
- 100068 VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X10
- 100069 VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X15
- 100067 VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X5
- 100076 VENDAS ELASTICAS CREPE 10 X 10 COMPRES.MEDIA
- 100077 VENDAS ELASTICAS CREPE 5 X 4 COMPRES.MEDIA
- 100078 VENDAS ELASTICAS CREPE 7 X 4 COMPRES.MEDIA
- 100081 VENDAS GASA 10 X 10 ORILLADA
- 100082 VENDAS GASA 10 X 20 ORILLADA
- 100083 VENDAS GASA 20 X 20 ORILLADA
- 100084 VENDAS GASA 5 X 10 ORILLADA
- 100085 VENDAS GASA 5 X 5 ORILLADA
- 100086 VENDAS GASA 5 X 7 ORILLADA

50/01264 TIJERA RECTA

ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90

FARMACIA VASELINA

* ACEITE HIPEROXIGENADO (CORPITOL®)

* COMPRA DIRECTA

H - 3.1

TRATAMIENTO DE LAS ÚLCERAS POR PRESIÓN

OBJETIVO

Restablecer la integridad física de la piel del paciente.

Material

- Apósitos estériles no transparentes.
- Compresas estériles.
- Desbridantes:
 - Colagenasa (tipo Iruxol mono®)
 - Pasta hidrogel.
- Esparadrapo de tela elástico.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Hoja de bisturí nº 15 ó 21
- Material de curas:
 - Aceite hiperoxigenado (tipo Corpitol®).
 - Apósitos de carbón activado.
 - Apósitos de hidrofibra.
 - Apósitos hidrocolooides absorbentes de varios tamaños.
 - Apósitos hidrocolooides extrafinos de varios tamaños.
 - Pasta hidrocoloide.
 - Suero fisiológico para lavar.
- Registros.

Equipo

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

PROCEDIMIENTO

1. Preparar el carro de curas y trasladarlo al lado del paciente.
2. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
3. Informar al paciente.
4. Proporcionar intimidad al paciente.
5. Colocarse los guantes no estériles.
6. Valorar la lesión atendiendo a:
 - a) Localización de la lesión.
 - b) Clasificación según estadio.

- c) Tipo de tejido.
 - d) Cantidad de exudado.
 - e) Dolor.
 - f) Signos de infección local.
7. Se seguirán unas normas básicas para la cura de todas las úlceras, basándonos en el principio de la cura húmeda.

NORMAS BÁSICAS PARA TODAS LAS ÚLCERAS.

- a) plicar el procedimiento de prevención.
 - b) Realizar lavado de manos.
 - c) Usar guantes u.s.u. estériles.
 - d) Usar set de curas estéril.
 - e) Limpiar la herida siempre con S.S.F. a chorro.
 - f) Secar sin arrastrar.
 - g) No usar ningún tipo de antiséptico.
8. Aplicación de tto. según el estadio, tipo de tejido y cantidad de exudado existentes. El cambio y frecuencia de las curas vendrá determinado por el nivel de exudado y estado en que se encuentre el apósito utilizado.

ESTADÍO I(Eritema cutáneo).

Tto: Aceite hiperoxigenado (Corpitol®)
 Apósito hidrocoloide extrafino.
 No masajear la zona enrojecida.

ESTADÍO II (Pérdida parcial de tejido que afecta a epidermis y dermis. Suele presentar exudación moderada).

Tto: Apósito hidrocoloide absorbente.
 Si existe cavidad: Apósito hidrocoloide absorbente + pasta hidrocoloide
 Si existe tejido necrótico: Desbridar.

ESTADÍO III y IV. (Pérdida total del espesor de la piel que implica al tejido subcutáneo, muscular, y a veces, óseo y tendones.)

Tto: Apósito hidrocoloide abs. + pasta hidrocoloide (rellenar 3/4 partes de la cavidad).
 Retirar por completo toda la pasta hidrocoloide de las curas anteriores.
 Si el exudado es muy abundante: Apósito de hidrofibra + apósito hidrocoloide absorbente.
 Si existe tejido necrótico: Desbridar.
 No utilizar cura oclusiva si están expuestos los tendones y los huesos:
 Usar apósitos tradicionales (apósito estéril no transparente).
 En las úlceras con mal olor: Usar apósitos de carbón activado.

ÚLCERAS INFECTADAS.

Tto: No usar cura oclusiva.
 Limpieza con SSF cada 12 horas.

Apósito de hidrofibra + apósito tradicional (tipo Mepore®).

Si no mejora en 10 días, aplicar tto ATB local previo frotis o tomando muestra de cultivo por aspiración.

Comunicar al facultativo por si procede pauta ATB por vía sistémica.

ÚLCERA CON TEJIDO NECRÓTICO. (Desbridar).

Tipos de desbridamiento:

Quirúrgico: Precisa destreza, es rápido, no selectivo, puede resultar doloroso y producir hemorragia.

Comenzar a desbridar *siempre* por el centro de la lesión.

Enzimático: Es más lento, no doloroso y puede macerar el tejido sano.

El más utilizado es la colagenasa (tipo Iruxol mono®), que se aplica con gasas humedecidas en SSF.

Autolítico: Es lento, selectivo y no daña el tejido de granulación.

Se utilizan los hidrogeles (tipo Varihesive hidrogel®).

Tanto el desbridamiento Enzimático como el Autolítico, se pueden combinar con el Quirúrgico.

NORMAS BÁSICAS PARA LA UTILIZACIÓN DE LOS APÓSITOS HIDROCOLOIDES.

- a) Aplicar directamente sobre la úlcera dejando un margen de 2 ó 3cm. alrededor.
- b) Cambiar con frecuencia (48-72 horas) o siempre que rebose un gel blanquecino por los bordes.
- c) No retirar precozmente porque se destruye el tejido de granulación que se forme.
- d) Utilizar esparadrapo de tela elástico tipo Fixomull® como refuerzo en los bordes .
- e) Identificar la fecha de aplicación del apósito.

9. Recoger el material.

10. Retirarse los guantes.

11. Realizar lavado de manos.

12. Anotar en registros.

OBSERVACIONES

- Ante cualquier duda, consultar el Protocolo de Cuidados en úlceras por presión de la División de Enfermería del H.U.R.S.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 51. Pág. 410-422.
2. Maklebust, J.; Sieggreen, M. Cómo vencer a las úlceras por presión. Rev. Nursing. Mayo 1997. Pág. 10 -23.
3. Fdez. Álvarez, V. Úlceras de decúbito. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al

- programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 225-254.
4. Rodríguez Palma, M; Malia Gázquez, R; Baraba Chacón, A.. Prevención y tratamiento de las úlceras por presión. Rev. Rol de Enfermería. Nº 223. Marzo 1997. Pág. 13-18.
 5. Ayello, E. A.. Tratamiento de las úlceras por presión. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.. Madrid. 1999. Pág. 205-221.
 6. Ayello, E. A.. Control de las úlceras por presión. Rev. Nursing. Marzo 1997. Pág. 32,37.
 7. Motta, G.; Whitaker, K. Consejos prácticos para prevenir, valorar y tratar las lesiones cutáneas. Rev. Nursing. Febrero. 1997. Pág. 30-33.
 8. Guía práctica para la elaboración de un protocolo de úlceras por presión. Laboratorios Convatec.
 9. Cuadernos de Enfermería: úlceras por presión. Laboratorios Convatec.
 10. Torra i Bou, J. E.; Cortés i Borra, A; Manresa i Domínguez, J. N.. Evaluación experimental «in Vitro» de las capacidades de absorción y control del exudado de tres apósitos de curas en ambiente húmedo. Rev. Rol de Enfermería. Supl. Nº 242. Octubre. 1998. Pág. 2-8.
 11. División de Enfermería. HURS. de Córdoba. Protocolo de cuidados en úlceras por presión. Córdoba. 1999.
 12. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 181-184.
 13. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 24.
 14. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 197-206.
 15. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 60-63.
 16. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 906-908.
 17. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 69-73.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
SIN CÓD.	HOJA INCIDENCIAS DE UPP Y TRATAMIENTO
100235	APOSITO 10,5X10,5 DE CARBON ACTIV.C/PLATA
100245	APOSITO HIDROCOL.10X10 EXTRAFINO P/PREV.UPP

- 100225 APOSITO HIDROCOL.10X10 OCLUSIVO C/REBORDE
- 100226 APOSITO HIDROCOL.14X14 OCLUSIVO C/REBORDE
- 100247 APOSITO HIDROCOL.20X20 EXTRAFINO P/PREV.UPP
- 100227 APOSITO HIDROCOL.20X20 OCLUSIVO S/REBORDE
- 100246 APOSITO HIDROFIB.10X10 LES.INFECT.+EXVOLUTIVA
- 100197 APOSITO ESTERIL 10 X20 ABSORBENTE P/CURAS
- 100122 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL
- 100138 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
- 100127 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
- 100108 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
- 100128 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
- 100123 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
- 100129 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
- 160006 BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
- 100150 COMPRESA BLANCA 50 X 50 ESTERIL
- 100132 COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
- 131067 ESCOBILLON SECO POLIEST.CRISTAL.(PLASTICO+ALG)
- 100110 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
- 100213 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
- 100143 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
- 130422 HOJAS BISTURI N.11 U.S.U.
- 130424 HOJAS BISTURI N.15 U.S.U.
- 130425 HOJAS BISTURI N.21 U.S.U.
- 131202 GRANULOS GEL ANTIESCARAS
- 131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
- 131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
- 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
- 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
- 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
- 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
- 131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
- 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
- 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
- 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
- 131563 PASTA HIDROACTIVA ESTÉRIL

SET DE CURAS

- 50/00207 MANGO DE BISTURÍ Nº 3
- 50/00690 PINZA DISECCION C/D 16 CM
- 50/00691 PINZA DISECCION S/D
- 50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA
- ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
- FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO
- FARMACIA POMADAS, CREMAS...(IRUXOL MONO®)
- * ACEITE HIPOXIGENADO (CORPITOL®)

* COMPRA DIRECTA

H - 4

PREVENCIÓN DE INFECCIONES

OBJETIVO

Evitar la aparición de signos y síntomas de infección en el paciente.

PROCEDIMIENTO

Utilizar medidas profilácticas en los distintos eslabones de la cadena epidemiológica:

Sobre el agente infeccioso:

1. Lavar los objetos contaminados.
2. Realizar la desinfección y esterilización de los mismos.

Sobre el reservorio:

1. Lavar al paciente con agua y jabón neutro.
2. Cambiar la ropa sucia.
3. Desechar los tejidos muertos, apósitos y ropa sucia en bolsas impermeables.
4. Tirar el material punzante en los contenedores diseñados para ello.
5. Emplear medidas de limpieza y desinfección en el mobiliario y habitaciones.
6. Retirar las soluciones de los frascos abiertos durante periodos prolongados.
7. Tomar medidas de aislamiento de contacto y respiratorio, si procede.

Sobre el portador / mecanismo de transmisión.

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Usar guantes.
3. Seguir las normas de aislamiento (P.M.P.).
4. Realizar una adecuada recogida, transporte y eliminación de los líquidos corporales.
5. Los enseres de aseo del paciente serán individuales.
6. Utilizar preferentemente material de un solo uso.

Sobre el huésped.

Se tomarán medidas encaminadas a reducir la susceptibilidad a la infección:

1. Proporcionar una alimentación e ingesta líquida adecuada.
2. Asegurar el descanso suficiente.
3. Mantener la integridad cutánea y de las mucosas.
4. Aseo adecuado e hidratación de la piel.
5. Manipular lo menos posible los sistemas de perfusión.
6. Mantener los drenajes y sistemas de infusión en circuito cerrado.
7. Curar las heridas con técnica estéril.
8. Insertar y cuidar los catéteres con técnica estéril.

OBSERVACIONES

- Los guantes se deberán cambiar entre procedimiento y procedimiento.
- Extremar medidas en pacientes inmunodeprimidos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 115-118.
2. Gil Ramos, J. M. El papel de la enfermera en la prevención y control de la infección nosocomial. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 399-401.
3. Miller, M.D. Asepsia médica. . En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1031,1032.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 252,253.
5. Esteban A.; Portero M. P. Técnicas de enfermería 2ª Edición. Ediciones Rol. Madrid 1988. Pág. 170-176.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos Básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid 1991. Pág. 199,200.
7. Sastre H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid 1991. Pág. 54-59.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Edición. Interamericana McGraw-Hill. Madrid 1993. Pág. 1397-1443.
9. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico-Quirúrgica. 7ª Edición. México 1992.Pág.1523-1628.

H - 5

VALORACION DEL DOLOR

OBJETIVO

Conocer la etiología, intensidad, localización, comienzo y duración del dolor que presenta el paciente.

Material

- Registros de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Obtener información del paciente para detectar las características del dolor de forma objetiva y subjetiva:
 - A) Valoración subjetiva:
 - a) Registrar:
 - Intensidad del dolor. (Ver escalas en anexo 1).
 - Localización e irradiación
 - Causa probable
 - Aumento o disminución con el ejercicio
 - b) Escuchar al paciente y observar la conducta ante el dolor.
 - c) Detectar déficit de conocimiento sobre su dolor e incapacidad para controlarlo.
 - d) Detectar signos de ansiedad, preocupación y desinformación.
 - e) Preguntar por el efecto analgésico de la medicación y su duración., si la tuviera.
 - f) Obtener información de la familia.
 - B) Valoración objetiva:
 - a) Cambios en la T.A., pulso y respiración.
 - b) Dilatación de pupilas.
 - c) Sudoración, náuseas, vómitos, cambios de temperatura...
 - d) Expresión facial del dolor (ojos sin brillo, aspecto derrotado con movimiento fijo e irregular, palidez).
 - e) Alteración del tono muscular (tensión de los músculos faciales, musculatura en posición de defensa...).
 - f) Conducta desordenada como: lamentos, llanto, deambulación incontrolada, nerviosismo, irritabilidad, ansiedad.
 - g) Debilidad, agotamiento, impotencia.
 - h) Insomnio.
3. Anotar en registros de Enfermería los datos observados.

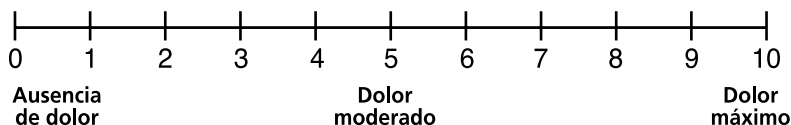
CONSIDERACIONES PARA LA VALORACION EN NIÑOS.

1. Etapa preverbal (de 0 a 3 años):
 - El llanto es el principal indicador.
 - Expresiones faciales: muecas, frente arrugada, ojos cerrados muy prietos, boca angulada.
 - Movimientos corporales significativos.
 - Apertura de manos o puños apretados, rigidez muscular, espalda arqueada, movimientos de pataleo.
 - Alteración del patrón de sueño: letargia o irritabilidad.
 - Rechazo a los alimentos.
2. En niños de 4 a 8 años:
 - Se valorará la intensidad del dolor según la escala de Wong y Baker (Anexo 2).
3. En niños de 9 a 14 años:
 - Se utilizará la escala analógica graduada, igual que en adultos (Anexo 1).

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 92.
2. Brown, V. M. Supresión de estímulos dolorosos En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 95-101.
3. Centro de Estudios Adams. Cuidados de Enfermería al paciente con dolor. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Pág. 464-467.
4. Gómez Martín, M.. Cuidados de Enfermería al paciente con dolor En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditan / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 322-324.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 53-70.
6. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1033-1076.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 263-286.

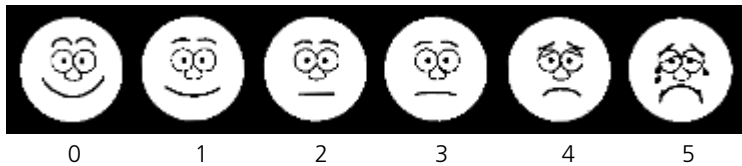
ANEXO 1



Escala analógica lineal del dolor.

Adaptada de: Brown, V.M. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 97.

ANEXO 2



Escala facial de Wong - Baker.

De: Wong D. Whaley and Wong's Essentials of Pediatric Nursing, 5ª ed. St. Louis: Mosby, 1995)

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA



Reposo - Sueño

I - 1

VALORACIÓN DEL PATRÓN SUEÑO

OBJETIVO

Obtener información sobre los hábitos de sueño del paciente.

Material

- Registros.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Crear el ambiente adecuado para recoger la información del paciente (1 – 2).
3. Realizar la entrevista con el paciente considerando los siguientes puntos:
 - Patrón habitual de sueño (horas de sueño, dificultad para conciliar el sueño, si se despierta frecuentemente...).
 - Hábitos y rutina (alimentos, ducha, infusiones, objetos personales...).
 - Medicación de ayuda.
 - Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 144.
2. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo Madrid. 1991. Pág. 53-70.
3. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 165-176.
4. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1015-1032.
5. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 123-136.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

I-2

ATENCIÓN AL PACIENTE EN LA NECESIDAD DE REPOSO / SUEÑO

OBJETIVO

Realizar los cuidados necesarios al paciente para favorecer el descanso y el sueño.

Material

- Alimentos, infusiones...si precisa.
- Material de los procedimientos: B-2, B-2.1, B-3, B-5, C-1, E - 1.1, E -1.2, H-2, H-3, J-2, RT -1..., si precisa.
- Medicación prescrita.
- Objetos personales.
- Registros.

Equipo

- Equipo de los procedimientos: B-2, B-2.1, B-3, B-5, C-1, E - 1.1, E -1.2, H-2, H-3, J-2, RT -1..., si precisa.

PROCEDIMIENTO

1. Informar al paciente que se le ayudará a prepararse para dormir.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Crear un entorno para el descanso induciendo estímulos ambientales (quitar TV. cerrar puerta, apagar luces, etc.).
4. Ofrecer medidas para la comodidad (ayudarle en el aseo personal o realizar la correcta higiene del paciente si precisa, asegurar que la ropa de la cama este limpia y seca, proporcionar manta). (B - 2), (B - 2.1), (B - 3), (B -5)
5. Estimular a que evacue la vejiga antes de acostarse, ofrecer botella o cuña (E - 1.1) (E - 1.2).
6. Revisar apósitos, vías, drenajes, sondas..., evitando humedades y decúbitos.
7. Crear medidas de seguridad aplicando los procedimientos de Prevención de caídas (H - 2) y Prevención de úlceras (H - 3).
8. Atender a su estado anímico, facilitando la comunicación, para disminuir la ansiedad, miedos, etc. (J - 2)
9. Administrar medicación prescrita y controlar su eficacia. (RT - 1).
10. Ofrecer infusiones, alimentos, bebidas calientes, si precisa. (C - 1)
11. Ofrecer objetos personales, si precisa.
12. Anotar en registros.

OBSERVACIONES

- Si el paciente presentara insomnio, se consultará con el facultativo.
- Estimular la vigilia durante el día para favorecer el descanso durante la noche.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 144.

2. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 38. Pág. 165.
3. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A. Madrid. 1994. Pág. 195.
4. Abad Massaneti ,F; Arroyo López, C. Prevención y control no farmacológico del insomnio intrahospitalario. Rev. Enfermería clínica. Vol. 4. Nº 1 . Pág. 3-9
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 53-70.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 165-176.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1015-1032.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 123-136.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
 171141 RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
 170477 RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
 171138 RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
 FARMACIA MEDICACIÓN PRESCRITA

J

Comunicación

J-1

VALORACIÓN DE LA COMUNICACIÓN VERBAL Y NO VERBAL

OBJETIVO

Observar e interpretar la comunicación verbal y no verbal que emite el paciente.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Observar el lenguaje y capacidad que tiene el paciente para expresarse verbalmente, así como el grado de comprensión del mismo.
3. Comprobar si el paciente presenta deficiencias sensoriales: sordera, mudez, ceguera...
4. Observar la comunicación no verbal del paciente: expresión facial, gestos, marcha, movimientos de las manos, movimiento corporal, tono de voz, contacto físico...
5. Identificar otras causas que interfieran la comunicación del paciente como: distinto idioma, presencia de otras personas, ansiedad, nerviosismo, estado violento del paciente.
6. Anotar en registros de Enfermería los datos obtenidos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Bufe, G.; Raybuck, J. A. Comunicación. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 25-35.
2. Vila Vendrell, A. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Rev. Enf. Clínica. Vol. 7. Nº 3. Pág. 119-125.
3. Cardin, S.; Ward, C.R. Comunicarse con eficacia. Rev. Nursing. 1996. Junio – julio Pág. 45.
4. Moreno Rodríguez, A. Entrevista Enfermera. Algo más que una recogida de datos. Rev. Rol de Enfermería. Nº 188. Abril 1994. Pág. 23-25.Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 42-44,45.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 10.
6. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1323-1355.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1629-1874.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

J-2

COMUNICACION ENFERMERA- PACIENTE

OBJETIVO

Asegurar el intercambio de información entre el paciente y la enfermera/o.

Material

- Registros de Enfermería.
- Bolígrafo.
- Papel.

Equipo

- Pizarrín.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Crear un clima de calidez y aceptación, controlando los factores ambientales que dificulten la comunicación (ruidos, poca iluminación, temperaturas extremas...).
3. Comenzar dirigiéndose al paciente por su nombre. Realizar la presentación indicando al paciente nuestro nombre y nuestro papel dentro del equipo.
4. Tener en cuenta :
 - a) Capacidad para el lenguaje presentada por el paciente.
 - b) Existencia de alguna deficiencia sensorial (sordera, ceguera, mudez).
 - c) Idioma.
 - d) Edad.
 - e) Tipo de patología.
5. Emplear conductas no verbales adecuadas:
 - a) Sentarse al mismo nivel que el paciente.
 - b) Adoptar posición relajada.
 - c) Realizar una escucha activa.
6. Utilizar frases cortas, concretas, en lenguaje coloquial, de forma ordenada y sugerente.
7. Animar al paciente a solicitar aclaraciones, concederle tiempo y prestarle atención.
8. Comprobar que su comunicación verbal se corresponde con la verbal. En caso contrario solicitar aclaración.
9. Garantizar la retroalimentación.
10. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

- En casos de deficiencias sensoriales, distinto idioma, pacientes pediátricos, con ventilación mecánica, etc., utilizar métodos alternativos (interpretes, lenguaje de signos, dibujos, escritura, etc...)

- Planificar la comunicación como una actitud habitual definiendo los objetivos.
- Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información sea la misma.
- Evitar hacer juicios de valor, menospreciar, utilizar el sarcasmo y la ironía, generalizar.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Sorrentino, S.A.. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 42-45,407.
2. Bufe, G; Rybuek, J.A. Comunicación. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 80-85.
3. Vila Vendrell, A. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Rev. Enf. Clínica. Vol. 7. Nº 3. Pág. 119-125.
4. Cardin, S.; Ward, C.R. Comunicarse con eficacia. Rev. Nursing. 1996. Junio – julio Pág. 45.
5. Moreno Rodríguez, A. Entrevista Enfermera. Algo más que una recogida de datos. Rev. Rol de Enfermería. Nº 188. Abril 1994. Pág. 23-25.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

J-3

INFORMACION AL PACIENTE

OBJETIVO

Dar apoyo o soporte informativo al paciente (y/o familia).

PROCEDIMIENTO

1. Verificar la información y unificar criterios antes de proporcionarla al paciente y/o familia.
2. Procurar intimidad y confidencialidad.
3. Presentarse al paciente y/o familia.
4. Tener en cuenta a la hora de dar la información los factores que influyen en el estado del paciente:
 - a) Factores físicos: Integridad de los sentidos, fatiga, dolor...
 - b) Factores psicológicos: Experiencias anteriores, motivación, confianza en sí mismo y en el personal, estado de ansiedad.
 - c) Factores intelectuales: Capacidad de comprensión, edad...
 - d) Factores sociológicos: Grado de apoyo familiar, creencias.
5. Utilizar un lenguaje comprensible evitando terminología complicada, con mensajes cortos y repetitivos, procurando poner ejemplos.
6. Adoptar una actitud de acercamiento haciéndole ver al paciente que estamos para ayudarle.
7. Dar la información en sentido positivo, aconsejarle, orientarle, proporcionar datos sobre el entorno y personal.
8. Aportar la información de forma clara y ordenada, resolviendo las dudas que el enfermo plantee.
9. Aportar la información relativa a procedimientos y exploraciones a que va a ser sometido previamente a la realización de los mismos.
10. Verificar con el paciente que ha comprendido la información aportada.
11. Anotar en registros de Enfermería los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

- Dar información directamente si es posible, evitando intermediarios.
- Unificar criterios con otros miembros del equipo para que la información aportada sea la misma.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Bufe, G.; Raybuck, J. A. Comunicación. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 25-35.
2. Vila Vendrell, A. Aspectos éticos y profesionales de la información y la comunicación en los cuidados de enfermería. Rev. Enf. Clínica. Vol. 7. Nº 3. Pág. 119-125.
3. Cardin, S.; Ward, C.R. Comunicarse con eficacia. Rev. Nursing. 1996.

Junio – julio Pág. 45.

4. Moreno Rodríguez, A. Entrevista Enfermera. Algo más que una recogida de datos. Rev. Rol de Enfermería. N° 188. Abril 1994. Pág. 23-25. Sorrentino, S.A.. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A.. Madrid. 1994. Pág. 42-44,45.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

RD

Requerimientos Diagnósticos

RD - 1

MEDICION DE PULSO ARTERIAL

OBJETIVO

Conocer la frecuencia y el ritmo cardiacos del paciente.

Material

- Bolígrafo azul.
- Registros.

Equipo

- Reloj con segundero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente.
3. Elegir el lugar de palpación: radial, carótida, temporal ó femoral.
4. Apoyar la yema de los dedos índice, mediano y anular sobre la arteria (preferentemente radial) haciendo una ligera presión.
5. Contar las pulsaciones durante 1 minuto.
6. Anotar en Registros de Enfermería:
 - a) Número pulsaciones por minuto.
 - b) Ritmo (regular o irregular).
 - c) Intensidad (fuerte o débil).
 - d) Hora.

OBSERVACIONES

- Si el pulso es débil en las arterias elegidas, auscultar con fonendoscopio colocándolo sobre el diafragma entre el III y IV espacio intercostal izquierdo, contando el N° de latidos durante 1 minuto.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 52,53.
2. Fetzter, S. J. Valoración del pulso radial. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 263-267.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 54,55.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 16.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 83.

6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 40-41.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 348-383.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-670.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
180007	BOLÍGRAFO AZUL PUNTA NORMAL

RD - 2

FRECUENCIA RESPIRATORIA

OBJETIVO

Cuantificar en el paciente el número de respiraciones por minuto, así como las características de las mismas.

Material

- Registros.

Equipo

- Estetoscopio.
- Reloj con segundero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente.
3. Observar y contar las elevaciones del tórax y /o abdomen del paciente durante 1 minuto.
4. Poner la mano o fonendoscopio sobre el pecho del paciente, si no se pueden observar los movimientos torácicos, para contabilizar la frecuencia.
5. Observar al mismo tiempo la regularidad, tipo y características de las respiraciones.
6. Anotar en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Al valorar la frecuencia respiratoria, comprobar si el paciente tiene hipertermia o presenta dolor.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 54.
2. Fetzer, S. J. Valoración de la respiración. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 276-281.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 56.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 16.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 87.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 41,42.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica.

4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 348-383.

8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992.
Pág. 511-524.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171152 RG-451 CONSTANTES CLÍNICAS (GRÁFICA DE CINCO DIAS)

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

RD - 3

CONTROL DE TEMPERATURA

OBJETIVO

Conocer la temperatura corporal del paciente.

Material

- Antiséptico.
- Bolígrafo rojo.
- Gasas no estériles.
- Registros.

Equipo

- Batea.
- Termómetro clínico.
- Termómetro rectal.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar material y trasladarlo al lado del enfermo.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Bajar el mercurio del termómetro a 35°.
6. Comprobar que la axila del paciente esté seca y libre de ropa.
7. Colocar el termómetro en el centro de la axila, indicando al paciente que ponga el brazo sobre el pecho. Sujetar el brazo en su lugar si el paciente no puede.
8. Mantener el termómetro de 3 a 5 min.
9. Retirar y leer.
10. Limpiar una vez retirado en agua fría y antiséptico.
11. Secar.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En neonatos y lactantes, la toma de la temperatura será rectal, con el termómetro destinado a tal fin. Introducir el termómetro en el recto 2 cm. Y mantener 2 min.
- Tener en cuenta la localización de la medición, reflejándolo en los registros.
- Aplicar los cuidados correspondientes si la necesidad de termorregulación está alterada.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 49-51.
2. Fetzter, S. J. Medición de la temperatura corporal. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 252-254
3. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 292-294.
4. Martín Fdez. , B. Y cols. Temperatura corporal. Diferentes sistemas de medición. Rev. Rol de Enfermería. 1999. 22(12): 823-827
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 57.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág.16.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 85.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 40-45.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 358-365.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 111-122.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

- 171152 RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS
 GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
- 171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
- 170477 RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
- 171138 RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
- 180228 BOLÍGRAFO ROJO PUNTA NORMAL
- 100131 COMPRESA BLANCA 10X10
- 130719 TERMOMETROS CLINICOS
- 130720 TERMOMETROS RECTALES
- FARMACIA ANTISÉPTICO

RD - 4

CONTROL DE PRESION ARTERIAL

OBJETIVO

Conocer y valorar la presión ejercida por la sangre contra las paredes de las arterias del paciente durante un ciclo cardíaco.

Material

- Bolígrafo verde.
- Registros.

Equipo

- Estetoscopio.
- Esfigmomanómetro

PROCEDIMIENTO

1. Revisar el perfecto funcionamiento del equipo.
2. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente sentado o acostado en posición supina (G – 3).
6. El brazo del paciente estará libre de ropa, apoyado en una superficie lisa y con la fosa antecubital a nivel del corazón.
7. Colocar el manguito del esfigmomanómetro 2cm. por encima de la fosa antecubital y rodear el brazo.
8. Palpar la arteria braquial y colocar el estetoscopio encima sin presionar.
9. Inflar el manguito unos 30 mm de Hg. por encima del punto en que se deje de palpar el pulso braquial.
10. Abrir la válvula de salida de aire lentamente a una velocidad aproximada de 2 ó 3 mm Hg. por segundo, manteniendo esta velocidad hasta la finalización de la técnica.
11. El primer latido nítido que se escucha indica la presión sistólica o máxima y la desaparición de latido o su cambio brusco de intensidad indica la presión diastólica o mínima.
12. Retirar el manguito del esfigmomanómetro y el estetoscopio.
13. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en registro de Enfermería las cifras obtenidas, fecha y hora de la toma.
16. Si los valores obtenidos están fuera de los rangos de normalidad, actuar según prescripción facultativa.

OBSERVACIONES

- Tipos de esfigmomanómetro:
 - Mercurio.
 - Aneroides (deben calibrarse cada 6 meses).
 - Electrónico.
- Si el latido no es audible se palpará la arteria braquial o radial y se infla el manguito hasta que desaparezca el pulso. A continuación se comienza a desinflar el brazalete y consideraremos la aparición del primer latido como T. A. sistólica. Con esta técnica no se puede medir la diastólica.
- Utilizar el ancho y largo del manguito acorde al diámetro del brazo del paciente
- Si el enfermo tiene problemas en miembros superiores, se puede realizar esta técnica en miembros inferiores colocando el estetoscopio en el hueco poplíteo.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 55,56.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 238.
3. Fetzer, S. J. Valoración de la presión sanguínea arterial. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 267-276.
4. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 300-302.
5. Alcántara González, M. A. Atención de Enfermería a personas con procesos cónicos: Hipertensión...En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. III. Sevilla 1998. Pág. 297-299.
6. Anderson, F. D.; Maloney, J. P. Determinar correctamente la presión arterial no es cuestión de improvisar. Rev. Nursing. Mayo 1995. Pág. 10-15.
7. Canobbio, M. M.. Trastornos cardiovasculares. 2ª Ed. Mosby- Doyma S. A.. Madrid. 1995. Pág. 31-32
8. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 52,53.
9. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 17.
10. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 81.
11. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 40-46.
12. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 377-383.

13. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-876.
14. McConnell, E. A.. Prepárese para tomar la tensión arterial a un paciente. Rev. Nursing. Enero 1993. Pág. 72.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

- 171152 RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS
GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
- 171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
- 170477 RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
- 171138 RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
- 180227 BOLÍGRAFO VERDE PUNTA NORMAL

RD - 5

CONTROL DE PRESION VENOSA CENTRAL

OBJETIVO

Medir la presión en la aurícula derecha del paciente para valorar la volemia y el tono vascular a través de un catéter central.

Material

- Bolígrafo negro.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Material del procedimiento (RT –18.1), si precisa.
- Registros.
- Sistema para P.V.C.
- Solución IV.

Equipo

- Soporte gotero.
- Venotonómetro (tabla graduada).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Comprobar la colocación de la punta del catéter en aurícula derecha mediante Rx de tórax.
6. Poner la cama horizontal y al paciente en decúbito supino (G – 3)
7. Colocarse los guantes.
8. Preparación del material:
 - a) Fijar el venotonómetro al soporte del gotero
 - b) Conectar el equipo de P.V.C. al suero y purgarlo.
 - c) Fijar equipo de P.V.C. a venotonómetro.
 - d) Conectar equipo P.V.C. a la vía central.
 - e) Identificar la localización de la aurícula derecha (línea axilar media), haciéndola coincidir con el 0 del venotonómetro; para ello se extenderá la varilla niveladora.
9. Medición de la PVC:
 1. Comprobar la permeabilidad de la vía central poniendo la llave en posición RECIPIENTE PACIENTE. Dejar fluir la solución I.V.
 2. Girar la llave de paso a la posición RECIP. VENOT. para llenarlo lentamente con la solución.
 3. Girar la llave a la posición VENOTONÓMETRO PACIENTE. Esperar que el líquido descienda y se estabilice.
 4. Verificar que el líquido oscile aproximadamente 1cm. En caso contrario,

- indicar al paciente que tosa o inspire profundamente.
5. Realizar la lectura de la PVC colocando los ojos a la altura de la columna de líquido,
 6. Regresar la llave a la posición RECIPIENTE PACIENTE ajustando la velocidad de perfusión.
 10. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
 11. Recoger el material.
 12. Retirarse los guantes.
 13. Realizar lavado de manos.
 14. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- No utilizar suero hipertónico para medir la PVC.
- Al efectuar la medición, no profundir por la vía central otras medicaciones.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 57,58.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 241,242.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 58,59.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 117-119.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 89-90.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 40-46.
7. Kozier,Erb,Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1127-1245.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-876.
9. Raffensperger, E.B.; Zusy, M.L.; Marchesseault, L.C..Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A..Barcelona. 1995. Pág. 74.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
180226	BOLÍGRAFO NEGRO PUNTA NORMAL
130361	EQUIPO PRESION VENOSA C/LLAVE 3 VIAS

131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130949 VENOTONOMETRO
FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO

RD - 6

EXTRACCIÓN DE SANGRE DE UNA VENA PERIFÉRICA

OBJETIVO

Obtener muestras de sangre venosa del paciente de forma aséptica para determinaciones diagnósticas.

Material

- Bolsa para transporte.
- Compresor o torniquete.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Esparadrapo antialérgico.
- Etiquetas de identificación.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Impresos de petición de analítica.
- Método de tubo con vacío:
 - Aguja estériles de doble bisel.
 - Soporte para las agujas.
- Método con jeringa:
 - Aguja intravenosas.
 - Jeringas.
- Povidona yodada.
- Registros.
- Toallitas de celulosa.
- Tubos (tipo y cantidad adecuada según pruebas pedidas).

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Comprobar las condiciones necesarias antes de la toma de la muestra sanguínea, según normas del laboratorio (Por ejemplo: ayunas, picos máximos y mínimos de un fármaco, etc.).
2. Verificar la orden médica y comprobar que coincida con los impresos de petición de analítica.
3. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
4. Preparar todo el material (llevar siempre más tubos de los necesarios) y trasladarlo al lado del paciente.
5. Identificar al paciente.
6. Informar al paciente.
7. Preservar la intimidad del paciente.
8. Colocar al paciente en posición adecuada con el brazo en hiperextensión (el paciente nunca debe estar de pie).

9. Colocar el compresor de 7 a 10 cm. por encima de la zona de punción elegida.
10. Localizar la vena más adecuada por calibre y movilidad, preferentemente en la fosa antecubital.
11. Colocarse los guantes.
12. Aplicar antiséptico sobre la zona a puncionar y dejar que se seque.

Método tubo de vacío

- a) Colocar la aguja en el soporte o adaptador.
- b) Encajar el tubo de sangre en el soporte sin perforar el tubo.
- c) Aplicar una ligera tensión con el pulgar en la piel distal.
- d) Introducir la aguja en la vena con un ángulo de 20-30 grados.
- e) Estabilizar el adaptador y la aguja con una mano, colocar el pulgar de la otra mano en la parte inferior del tubo y los dedos índice y medio en las aletas del adaptador. Presionando con el pulgar y el dedo índice el uno contra el otro, se forzara al tapón de la goma a deslizarse dentro de la aguja. La sangre fluirá dentro del tubo.
- f) Mantener estabilizado el adaptador tras haber rellenado el tubo y retirar éste. Insertar los tubos que sean necesarios.
- g) Sacar el último tubo del adaptador.

Método con jeringa

- a) Colocar la aguja en la jeringa.
- b) Aplicar una ligera tensión con el pulgar en la piel distal.
- c) Introducir la aguja en la vena con un ángulo de 20-30 grados.
- d) Utilizar la mano no dominante para estabilizar la jeringa y la aguja. Tirar del émbolo con la mano dominante y extraer la sangre necesaria, aspirando suavemente para evitar hemólisis y colapso de las venas.

13. Retirar el compresor tirando de uno de los extremos.
14. Llenar cada tubo con cuidado hasta que haya suficiente cantidad de sangre (llenar primero los tubos con las muestras coaguladas y terminar con los tubos con anticoagulantes. Los tubos con anticoagulante deben llenarse hasta consumir todo el vacío para mantener la proporción correcta de anticoagulante y sangre. Una vez llenos, invertir varias veces los tubos para que sangre y anticoagulantes se mezclen.)
15. Retirar la aguja y ejercer presión sobre la zona de punción con la gasa hasta que deje de sangrar.
16. Desechar las agujas y material contaminado en el contenedor de objetos punzantes.
17. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.

18. Rotular o identificar con las etiquetas los distintos tubos correctamente, estando al lado del paciente.
19. Recoger el material.
20. Retirarse los guantes.
21. Realizar lavado de manos.
22. Adjuntar los impresos de petición y cursar al laboratorio adecuado.
23. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Si el paciente estuviera con fluidoterapia en la mano, muñeca o antebrazo, tuviera un hematoma en la zona elegida o haya sido sometido a una mastectomía, se elegirá el brazo opuesto.
- No pinchar nunca las fístulas arteriovenosas de pacientes sometidos a hemodiálisis.
- Valorar si el paciente puede presentar algún riesgo con la punción venosa: tratamiento anticoagulante, recuento plaquetario bajo, alteraciones de la hemostasia, etc.
- Las muestras programadas se recogerán puntualmente. Esto es importante para el control de fármacos, concentraciones de glucosa, etc. En caso contrario puede dar lugar a una valoración errónea de la evolución, de la coagulación, de la eficacia del medicamento, etc.
- El método del tubo de vacío no es aconsejable si el paciente tiene las venas frágiles, éstas pueden colapsarse por la presión del vacío (pacientes pediátricos, ancianos, etc.).
- Nunca se hará presión encima de la zona de punción antes de retirar la aguja, esto sería doloroso y causaría un traumatismo en la vena innecesario.
- En algunos pacientes será necesario la colaboración de otro miembro del equipo (pacientes pediátricos, agitados, etc.)

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Fasciani, F. Obtención de muestras. En: Perry, A. G.; Potter, P. A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 1308-1312.
2. Ernst, D. J. Realización de una punción venosa. Rev. Nursing. Mayo. 1996. Pág. 38-41.
3. Calloway, C. Obtención de muestras sanguíneas por punción venosa. En Manzini, M. E. Procedimientos de urgencia en Enfermería. Editorial Edika-Med. Barcelona 1991. Pág. 210-213.
4. Netzel, C y cols. Protocolos de Enfermería. Editorial Doyma S.A. Barcelona 1988. Pág. 86,87.
5. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M. TEMA 56. En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Específica. Ed. Ceditán/Algaida. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 453-455.
6. Hildebrand, N. Manual práctico de técnicas de inyección y perfusión. Editorial JIMS S.A. Barcelona. 1993. Pág.31,32.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171125	RG-424 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
171126	RG-425 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE NIÑOS
170750	AC-12 HEMATIMETRIA (T/ 50X2 JGOS)
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171149	RG-448 HOJA-SOPORTE DE ANALÍTICA
171001	RG-294 HORMONAS TIROIDEAS (T/ 50X3 JGOS)
170808	RG-283 MARCADORES BIOLÓGICOS
170321	RG-1 PARTE DE AYUNAS
170544	S.H. 27 PRUEBA CRUZADA (T/ 50X2 JGOS)
171095	TARJETA GRAFITADA CORD.ESPEC.9775-33
171217	TARJETA DE INMUNOLOGIA A4 3 TINTAS PAPEL 125 GR
170691	RG-18 SEROLOGIA (T/50X2 JGOS)
	ADAPTADOR (VACUTAINER)
131966	AGUJAS EXTRACCIÓN SANGRE AL VACIO PEDIATRICO
131571	AGUJAS MULTIPLES VACUTAINER 25X9
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130273	COMPRESORES DE GOMA PLANOS
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
130449	JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
130451	JERINGAS U.S.U. C/LUER 50 CC.
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
131377	TUBO 3 ML. VACIO NO SILICON.ROJO EST.C/ETIQUE
131376	TUBO 5 ML. VACIO NO SILICON.ROJO EST.C/ETIQUE
131938	TUBO ANTICOAGULANTE 7 ML.CON ACD (367756)
131352	TUBO CITRATO SODICO 1,8 ML.VACIO, 3 ML.
131351	TUBO CITRATO SODICO 3,15 ML.VACIO, 5 ML.
131798	TUBO EDTA 2,5 CM.DI-K TAPON TALVA
130846	TUBO EDTA 2,5 CM.TRI-K TAPON TALVA
130842	TUBO EDTA K-3 5 ML.TRIPOTASICO
131775	TUBO EXTRACCION AL VACIO P/V.S.G.(VACU-TEC)

131868 TUBO FLORURO+OXALATO 2 ML.TAPON HEMOGARD 7721
131366 TUBO GALGADO 12X75 P/CENTRIFUGA (CRISTAL)
131641 TUBO GELOSA 0,9 CC. P/SEPARACION
131930 TUBO GELOSA 10 ML C/SEPARACION DE SUERO
131048 TUBO GELOSA 5 ML C/SEPARACION DE SUERO
130823 TUBO HEMOLISIS 10 X 100
131871 TUBO HEPARINA-LITIO 10 ML.TAPON HEMOGARD 6484
131869 TUBO HEPARINA-LITIO 2 ML.TAPON HEMOGARD 7681
131870 TUBO HEPARINA-LITIO+GEL 4 ML.TAP.HEMOG.7793
ADMISIÓN ETIQUETAS IDENTIFICATIVAS
FARMACIA ANTISEPTICO (POVIDONA YODADA)

RD - 7

VALORACION Y CONTROL DE GLUCEMIA POR PUNCIÓN PERCUTÁNEA

OBJETIVO

Determinar los valores de glucosa en sangre del paciente mediante punción percutánea.

Material

- Aguja u.s.u..
- Algodón.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Guantes de u.s.u. no estériles.
- Lanceta.
- Registros.
- Tira reac. test glucosa en sangre.

Equipo

- Batea.
- Medidor de glucemia.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Trasladar el material al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocarse los guantes.
6. Comprobar la higiene de las manos del paciente.
7. Verificar el correcto funcionamiento del medidor de glucosa.
8. Masajear y presionar la yema del dedo elegido.
9. Limpiar la zona a puncionar.
10. Punzar con lanceta o aguja.
11. Tomar muestra y proceder según instrucciones del sistema utilizado.
12. Presionar con algodón el dedo puncionado.
13. Recoger el material.
14. Retirarse los guantes.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Si los niveles los consideramos anormales, consultar con el facultativo.
- En lactantes y neonatos se puncionará el talón, calentándolo antes.
- No obtener la sangre de zonas frías, cianóticas o edematosas, si las condiciones del paciente lo permiten.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 124.
2. Fasciani, L. Medición de glucosa sanguínea por punción percutánea. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág.1314-1319.
3. McConnell, E. A.. Control de la concentración de glucosa en sangre en la cabecera de la cama. Rev. Nursing. Octubre 1997.Pág. 51.
4. Koziar, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1079-1094.
5. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1079-1132.
6. Sastre, H.. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 189-194.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130127	AGUJA U.S.U. 16 X 5 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
100004	ALGODON HIDROFILO (PAQ.1 K.)
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131069	AGUJA-LANCETA U.S.U. P/AUTOCLIX
120137	TIRA REAC.TEST GLUCOSA EN SANGRE

RD - 8

PUNCION CAPILAR

OBJETIVO

Extraer sangre capilar del paciente para conocer los valores de intercambio gaseoso en la ventilación y su equilibrio ácido, base.

Material

- Antiséptico yodado.
- Barrita de hierro.
- Capilar heparinizado.
- Compresa blanca 50 x 50 caliente.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasa estéril.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Imán.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente y/o familia.
4. Calentar la zona a punzar.
5. Colocarse los guantes.
6. Desinfectar la zona.
7. Pinchar con lanceta ó aguja.
8. Comprimir hasta obtener sangre suficiente para llenar el capilar sin aire.
9. Poner el capilar horizontal e introducirle el hierro.
10. Colocar el dedo meñique y el pulgar en los extremos del capilar y friccionar el capilar con el imán, hasta introducir en el gasómetro. Eliminar el hierro antes de introducir la muestra.
11. Mantener la muestra a baja temperatura, si no se procesa en el momento.
12. Recoger el material.
13. Retirarse los guantes.
14. Realizar lavado de manos.
15. Anotar en registros de Enfermería la técnica utilizada y la hora de realización.

OBSERVACIONES

- En caso de necesidad, añadir más heparina al capilar.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 37,38.
2. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 538-552.
3. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 69-73.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

100132 COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL

131387 CAPILAR MICROHEMAT.C/HEPARINA 70 MM.

131386 CAPILAR MICROHEMAT.S/HEPARINA 70 MM.

100010 COMPRESA BLANCA 50X50

BARRITA DE HIERRO

130950 CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.

131100 CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L

131101 CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.

100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10

100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10

131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL

131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL

131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL

130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO

131917 GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL

131934 GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL

131919 GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL

131918 GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL

131920 GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL

131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL

IMÁN

FARMACIA POVIDONA YODADA

RD - 9

PUNCION ARTERIAL (GASOMETRIA)

OBJETIVO

Extraer al paciente sangre arterial para conocer los valores de intercambio gaseoso en la ventilación y su equilibrio ácido – base.

Material

- Antiséptico yodado.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Jeringa de Gasometría.
- Registros de Enfermería.
- Toallitas de celulosa.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Colocar al paciente en la posición adecuada para poder abordar la arteria.
5. Palpar la arteria elegida con los dedos índice y medio. Realizar el test de Allen en caso de elegir la arteria radial.
6. Desinfectar la piel con una gasa empapada en antiséptico yodado.
7. Colocarse los guantes
8. Eliminar el aire y la heparina de la jeringa.
9. Colocar la mano en hiperextensión ayudándose del borde de la cama o de un rodillo.
10. Puncionar la arteria distalmente a los dedos con un ángulo de 30 a 45° hacia la mano del paciente.
11. Dejar que entre en la jeringuilla de 1- 2 ml de sangre. Retirar rápidamente la aguja y mantener una presión firme en el lugar de la punción durante 5 minutos.
12. Dejar una gasa sobre el lugar de la punción y fijarla con esparadrapo ejerciendo una ligera presión.
13. Eliminar las burbujas de aire que puedan quedar en el interior de la jeringa. Cerrar y etiquetar.
14. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
15. Recoger el material

16. Retirarse los guantes
17. Realizar lavado de manos.
18. Procesar inmediatamente la muestra. Si no fuera posible, mantenerla en hielo.
19. Anotar en registros de Enfermería. Si el paciente tuviera O₂, anotar el flujo.

OBSERVACIONES

- En caso de elegir la arteria radial o femoral, pinchar entre los dedos índice o medio.
- En pacientes sometidos a tto. anticoagulante o con trastornos de coagulación, se les mantendrá la presión durante al menos 10 minutos. Cubrir el lugar de la punción con un vendaje.

TEST DE ALLEN:

Objetivo:

Evaluar el suministro sanguíneo de las arterias colaterales de la arteria radial. Para hacerlo debemos seguir los siguientes pasos:

1. Hacer que el enfermo cierre el puño mientras se ocluyen las arterias radial y cubital
2. Hacer que el enfermo abra su mano
3. Dejar de comprimir la arteria cubital
4. El color debe volver a la mano del enfermo en 15 seg.
5. En caso contrario elija otro sitio para realizar la punción arterial.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Fasciani, L.. Medición de gases en sangre arterial. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1319-1324.
2. Wilson, S. F.; Thompson, J. M. Trastornos respiratorios. Ediciones Doyma. Barcelona.1993. Pág. 41-43.
3. Krentz, K.. Muestras de sangre arterial. En: Mancini, M. E..Procedimientos de urgencia en Enfermería. Edika-Med. S.A. 1991. Pág 173-177.
4. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A..Barcelona.1988.Pág. 88-89.
5. Martín Agudo, M.; Sierra Quesada, J. M. Drenaje arterial. En: Beltrán Chacón, A.; Ponce Blandón, J. A.. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Vol. IV. Materia Específica. Ed. Ceditán/Algaída. S. A. Sevilla. 1998. Pág. 464-465.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 69.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág 35,36.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 135,136.
9. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 538-552.

10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 69-73.
11. Raffensperger, E.B.; Zusy, M.L.; Marchesseault, L.C..Consultor de Enfermería Clínica. Océano Grupo Editorial S.A..Barcelona. 1995. Pág. 33.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131917	GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
131934	GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
131919	GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
131918	GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
131920	GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
130881	JERINGAS GASOMETRIA 3ML.C/AGUJA HEPARINA LIQU
131761	JERINGAS GASOMETRIA 3ML.S/AGUJA HEPARINA LIQU
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
FARMACIA	POVIDONA YODADA

RD - 10

VALORACIÓN DEL NIVEL DE CONCIENCIA

OBJETIVO

Determinar el nivel de conciencia del paciente

Material

- Escala de Glasgow.
- Registros.

PROCEDIMIENTO

1. Preservar la intimidad del paciente.
2. Utilizar la escala de Glasgow para determinar el nivel de conciencia (Anexo 1).
Cuanto mayor es la puntuación, más normal es la función neurológica.
3. Anotar en registros de Enfermería los datos obtenidos.

OBSERVACIONES

- La escala debe utilizarse con precaución en pacientes con déficit sensoriales. En estos casos, el paciente puede estar alerta, pero puede ser incapaz de sentir estímulos dolorosos en determinadas zonas del cuerpo.
- Si un paciente presenta una disminución brusca de la puntuación de la escala de Glasgow, notificar de inmediato al facultativo.

ANEXO 1

ESCALA DE GLASGOW.

<i>Acción</i>	<i>Respuesta</i>	<i>Puntuación</i>
Apertura de ojos	Espontánea	4
	Al sonido	3
	Al habla	2
	Ausente	1
Respuesta verbal	Orientado	5
	Confuso	4
	Incoherente	3
	Ininteligible	2
	Ausente	1
Respuesta motora	Obedece órdenes	6
	Localiza el dolor	5
	Reflejo de retirada	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	Ausente	1

ESCALA DE GLASGOW EN PEDIATRÍA.

Acción	Respuesta	Puntuación
Respuesta ocular	Espontánea	4
	Al habla	3
	Al dolor	2
	Ninguna	1
Respuesta verbal	Ruidos y gorjeos	5
	Irritable	4
	Llora ante el dolor	3
	Gime ante el dolor	2
Respuesta motora	Ninguna	1
	Movimientos espontáneos normales	6
	Retirada al contacto	5
	Retirada al dolor	4
	Flexión anormal	3
	Extensión anormal	2
	Ninguna	1

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Potter, A. P.Exploración neurológica.En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 418.
2. Sierra Quesada, J. M. Actuaciones de Enfermería ante una situación crítica. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 68-69.
3. Chipps, E; Clanin, N; Campbell, V. Trastornos neurológicos. Ed. Mosby- Doyma. 1995. Pág. 20.
4. Rowe, Peter C. Manual de Pediatría Hospitalaria. The Harriet Lane Handbook.1988.11ª Ed. Editorial Interamericana. McGraw-Hill. Pág. 309.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 252,253.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 170 -176.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 199 - 200.
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág . 54 - 59.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1397-1443.

10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1523 - 1628.
11. Kolier, Erb; Olivier. "Enfermería fundamental". Tomo I. Ed. Interamericana 40ª Edición. 1993.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

RD - 11

OBTENCION DE MUESTRAS DE ORINA

OBJETIVO

Recoger un volumen de orina suficiente para realizar determinaciones diagnósticas.

Material

- Bolsa de orina pediátrica o neonatal.
- Bolsa plástico p/muestras.
- Contenedor orina+tubo+bolsa (tubo cónico).
- Etiqueta identificativa del paciente.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Material de los procedimientos (E – 1.1) y (E – 1.2).
- Registros.

Equipo

- Equipo de los procedimientos (E – 1.1) y (E – 1.2).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Informar al paciente.
3. Preservar la intimidad del paciente.
4. Identificar el frasco.
5. Colocarse los guantes.
6. Pedir al paciente que pueda ir al cuarto de baño por sí solo, que miccione directamente en el vaso proporcionado para tal fin.
7. Verter la orina del vaso en el tubo cónico.
8. Colocar la cuña o la botella (E – 1.1) y (E – 1.2) al paciente encamado.
9. Verter la orina de la cuña o botella en el tubo cónico.
10. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
11. Retirar el material.
12. Identificar el tubo.
13. Cursar frasco al laboratorio junto con la tarjeta grafitada de petición de muestras.
14. Retirarse los guantes.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en los registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En niños que no controlan esfínteres, la recogida de orina se efectuará:
 - Lavar bien los genitales y secar con gasa estéril.
 - Colocar bolsa de orina estéril alrededor del periné.
 - Retirar cuando haya orina y vaciar en tubo cónico.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 210-212.
2. Sorrentino, S.A. Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 241-244.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 82-90.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 108
5. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1290-1296.
6. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1202-1206.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171125	RG-424 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
171126	RG-425 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE NIÑOS
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171149	RG-448 HOJA-SOPORTE DE ANALÍTICA
171095	TARJETA GRAFITADA CORD.ESPEC.9775-33
160007	BOLSA PLASTICO 12 X 24 GALGA 300 TRANSP.
160099	BOLSA PLASTICO 12 X 25 POLIPRO.P/MUESTRA
160008	BOLSA PLASTICO 12 X 32 GALGA 300 TRANSP.
160055	BOLSA PLASTICO 20 X 20 GALGA 150
131191	CONTENEDOR ORINA+TUBO+BOLSA (TUBO CONICO)
130177	BOLSA RECOLECTORA ORINA PEDIATRICA CERRADA
130178	BOLSA RECOLECTORA ORINA R/NACIDO CERRADA
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
	ADMISIÓN ETIQUETAS IDENTIFICATIVAS

RD - 11.1

OBTENCION DE MUESTRAS DE ORINA POR SONDA

OBJETIVO

Obtener un volumen suficiente de orina para su análisis en condiciones de asepsia cuando el paciente no puede emitirla por sí mismo.

Material

- Aguja u.s.u.
- Antiséptico.
- Bolsa plástico p/ muestras.
- Contenedor estéril p/ orina 100 cc.
- Etiqueta adhesiva de identificación del paciente.
- Gasas u.s.u estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Jeringa de 10 cc.
- Material de los procedimientos (E – 2.1) y (E – 3.1)
- Registros.

Equipo

- Equipo de los procedimientos (E – 2.1) y (E – 3.1)
- Paño verde estéril.
- Pinza de clamp.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar el procedimiento (E-2.1)(E-3.1)
2. Recoger la muestra de orina en el frasco estéril.
3. Cerrar el frasco y etiquetarlo.
4. Evacuar el resto de la orina en la cuña.
5. Retirar la sonda.
6. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
7. Recoger el material.
8. Retirarse los guantes.
9. Realizar lavado de manos.
10. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- En pacientes con sonda vesical permanente, proceder de la siguiente manera:
 - Pinzar la sonda con pinza de clamp unos 30 min.
 - Desinfectar la zona por encima de la pinza con antiséptico.
 - Pinchar la sonda con la aguja montada en la jeringa con la precaución de no hacerlo por el tallo de la sonda para no perforar el globo.
 - Extraer la muestra y vaciarla en el frasco de cultivo.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Fasciani, L. Recogida de una muestra de orina estéril por sondaje. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 1275-1277.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 211.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 103.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 82-90.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 108.
6. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1290-1296.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1202-1206.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171125	RG-424 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
171126	RG-425 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE NIÑOS
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171149	RG-448 HOJA-SOPORTE DE ANALÍTICA
171095	TARJETA GRAFITADA CORD. ESPEC. 9775-33
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
160007	BOLSA PLASTICO 12 X 24 GALGA 300 TRANSP.
160099	BOLSA PLASTICO 12 X 25 POLIPRO. P/MUESTRA
160008	BOLSA PLASTICO 12 X 32 GALGA 300 TRANSP.
160055	BOLSA PLASTICO 20 X 20 GALGA 150
130985	CLAMP PINZA COLAPSADORA DE TUBOS
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
130279	CONTENEDOR ESTERIL P/ORINA 100CC
131191	CONTENEDOR ORINA+TUBO+BOLSA (TUBO CONICO)
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U. PLASTICO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
ADMISIÓN	ETIQUETAS IDENTIFICATIVAS
FARMACIA	ANTISEPTICO (POVIDONA YODADA)

RD - 11.2

OBTENCION DE MUESTRAS DE URINA PARA CULTIVO

OBJETIVO

Obtener un volumen suficiente de orina en las condiciones de asepsia necesarias para realizar un cultivo.

Material

- Bolsa de orina pediátrica o neonatal.
- Bolsa plástico para muestras.
- Contenedor estéril de orina 100 cc.
- Etiqueta adhesiva de identificación del paciente.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Material del procedimientos (B – 2)
- Registros.

Equipo

- Equipo del procedimiento (B – 2)

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Explicar al paciente cómo debe realizar el lavado de genitales (B - 2) o ayudarle si es necesario.
6. Explicar al paciente como debe recoger la muestra:
 - a) Separar los labios mayores en la mujer y retraer el prepucio en el hombre.
 - b) Recoger la orina en la mitad de la micción sin interrupción de la misma.
7. Colocarse los guantes.
8. Recoger el frasco estéril con la orina y tapar bien.
9. Limpiar las paredes exteriores del frasco de restos de orina.
10. Etiquetar y cursar la muestra al laboratorio en el menor tiempo posible.
11. Retirarse los guantes.
12. Realizar lavado de manos.
13. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- No tocar el interior del envase ni de la tapa.
- Conservar la orina en frigorífico si se demora al transporte al laboratorio.
- Ayudar al paciente en el procedimiento si presenta alguna dificultad para recoger la orina.
- En niños que no controlan esfínteres, la recogida de orina se efectuará:

- Lavar bien los genitales y secar con gasa estéril.
- Colocar bolsa de orina estéril alrededor del periné.
- Retirar cuando haya orina y vaciar en frasco estéril sin tocar sus bordes

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F.1995. Pág. 210-212.
2. Sorrentino, S.A..Enfermería práctica.3ª Ed. Editorial Mosby S.A..Madrid.1994.Pág. 240,242,244.
3. Fasciani, L. Recogida de una muestra de orina a la mitad de la micción(orina limpia). En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid.1999.Pág. 1267-1272.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 82-90.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 108.
6. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1290-1296.
7. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1202-1206.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171125	RG-424 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS
171126	RG-425 EXPLORACIONES COMPLEMENTARIAS DE NIÑOS
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171149	RG-448 HOJA-SOPORTE DE ANALÍTICA
171095	TARJETA GRAFITADA CORD.ESPEC.9775-33
160007	BOLSA PLASTICO 12 X 24 GALGA 300 TRANSP.
160099	BOLSA PLASTICO 12 X 25 POLIPRO.P/MUESTRA
160008	BOLSA PLASTICO 12 X 32 GALGA 300 TRANSP.
160055	BOLSA PLASTICO 20 X 20 GALGA 150
130177	BOLSA RECOLECTORA ORINA PEDIATRICA CERRADA
130178	BOLSA RECOLECTORA ORINA R/NACIDO CERRADA
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130279	CONTENEDOR ESTERIL P/ORINA 100CC
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
	ADMISIÓN ETIQUETAS IDENTIFICATIVAS

RD - 12

REALIZACIÓN DE UN ECG

OBJETIVO

Obtener una representación gráfica de los impulsos eléctricos generados por el corazón del paciente durante el ciclo cardiaco.

Material

- Carpeta de E.C.G.
- Compresas con alcohol.
- Electrodo con gel de un solo uso.
- Gel para electrodos.
- Guantes no estériles.
- Papel de registro.
- Rasuradora.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Bandas de caucho con electrodo o pinzas.
- Batea.
- Electrocardiógrafo (de uno o múltiples caudales).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en decúbito supino (G - 3).
6. Pedir y/o ayudar al paciente a descubrirse el pecho, tobillos y muñecas.
7. Limpiar la piel con alcohol en las zonas de colocación de los electrodos. Rasurar si existe abundante vello.
8. Colocar electrodos y conectar derivaciones:
 - a) *Tórax. Derivaciones precordiales.*
 - V_1 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal derecho.
 - V_2 – Cuarto espacio intercostal, borde esternal izquierdo.
 - V_3 – Entre V_2 y V_4 .
 - V_4 – 5º espacio intercostal, línea medio-clavicular izquierda.
 - V_5 – Línea anterior axilar izquierda a la misma altura que V_4 .
 - V_6 – Línea axilar media izquierda a la misma altura que V_4 .
 - b) *Extremidades.*
 - R (Rojo): Muñeca derecha.
 - A (Amarillo): Muñeca izquierda.
 - N (Negro): Tobillo derecho.
 - V (Verde): Tobillo izquierdo.

9. Seleccionar la velocidad del trazado a 25 mm/seg. y el voltaje a 1 mV. Seleccionar "filtro" y modalidad manual o automática.
10. Solicitar al paciente que se relaje, permanezca quieto y respire normalmente, evitando hablar durante el procedimiento.
11. Efectuar el trazado y controlar que el registro de todas las derivaciones sea correcto.
12. Eliminar el exceso de gel en el tórax y extremidades del paciente.
13. Ayudar a vestirse al paciente, dejándolo en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
14. Recoger el material.
15. Realizar lavado de manos.
16. Cortar y pegar el E.C.G. en la carpeta de E.C.G., rellenando los datos de filiación, fecha, hora y si existe o no dolor precordial o dificultad respiratoria.
17. Anotar en registros de enfermería.

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 96,97.
2. Kuhrik, M; Kuhrik, N. S. Ayuda en la realización de un E.C.G. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 1350 -1351.
3. Mee, C.L; Possanza, C.P. Como registrar de forma precisa un E.C.G. de 12 derivaciones. Rev. Nursig. Octubre 1997. Pág. 20 – 23.
4. Krentz, K. Electrocardiograma de 12 derivaciones. En: Mancini, M. E. Procedimientos de Urgencia en Enfermería. 1ª Edición. Ed. Edika – Med. S.A. Barcelona 1991. Pág.: 62 – 66.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
170509	RG-90 CARPETA ELECTROCARDIOGRAMA
131754	ELECTRODO NEONATAL C/LATIGUILLO HEMBRA HIDROGEL TOTAL
131058	ELECTRODO PEDIATRICO C/LATIGUILLO HEMBRA, HIDROGEL TOTAL
131551	ELECTRODO PEDIATRICO CONEXION CORCHETE C/GEL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO

131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
210041 PAPEL ECG 1 C.
210053 PAPEL ECG 1 C.45X30 RF.918 TS 50-2N
210008 PAPEL ECG 1 C.50X30 DESFIBRIL. RF.9270-0980
210018 PAPEL ECG 1 C.HELLIGER R-226016
210115 PAPEL ECG 110MM X 20 MT. P/9020K NIHON KOHDEN
210065 PAPEL ECG 2 C.RF-918FQS50-3-100-N
210017 PAPEL ECG 3 C.104X30 CARDIOST-31 R-9390477
210016 PAPEL ECG 3 C.119X27 CARDIOLINE ETA-340 1201
210025 PAPEL ECG 3 C.140X60 RF.9270-0767 FA-TV
210048 PAPEL ECG 3 C.145X30 TMS CARDIOFAX 6353 DFL
210043 PAPEL ECG 3 C.169X60 HELLIGER R-22612201
210039 PAPEL ECG 3 C.70X20 SCHILLER AT-3
210108 PAPEL ECG 3 MODEL RQS 145-6A-300 NIHON KOHDEN
210009 PAPEL ECG 55X40 EK-41 HELLIGER 22613001
210120 PAPEL ECG 6 C.HELLIGE CONTRAST 22616605 A4 PLEGADO EN Z 150H
210113 PAPEL ECG CARDIOLINE 60 MM. REF:CG-666792/SG
210062 PAPEL ECG FUKUDA DENSHI RF.SG.100 FA-TN
210110 PAPEL ECG PLEGADO TERMOQ.D01.M2483A P/200 H
120332 PASTA PARA ELECTRODOS
130551 RASURADORAS U.S.U. ESTERILES

RD - 13

COLABORACIÓN Y CUIDADOS EN LA REALIZACIÓN DE UNA PUNCIÓN LUMBAR

OBJETIVO

Introducir una aguja en el espacio subaracnoideo de la columna vertebral del paciente con fines diagnósticos y/o terapéuticos, colaborando con el facultativo.

Material

- Aguja.
- Anestésico local.
- Antiséptico.
- Apósitos.
- Catéteres.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Impresos de petición de pruebas.
- Jeringas.
- Material de sueroterapia (RT -19) si precisa.
- Medicación prescrita.
- Registros.
- Tubos de analítica.

Equipo

- Batea.
- Contenedor para objetos punzantes.
- Paños estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Comprobar que el paciente ha recibido información médica del procedimiento a realizar.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Realizar lavado de manos.
4. Administrar medicación si está prescrita (analgesia, sedación...).
5. Valorar los signos vitales.
6. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
7. Colocar al paciente en decúbito lateral, en el borde de la cama, flexionando el cuello y pegando el mentón con el pecho, a la vez que flexiona las rodillas sobre el abdomen y las sujeta con los brazos (Posición fetal). También puede colocarse sentado con las rodillas y el cuello flexionados.
8. Pedir al enfermo que no se mueva y que respire suavemente.
9. Preparar el campo estéril con el material necesario.
10. Aplicar antiséptico en la zona a puncionar.
11. Proporcionar al facultativo el material que necesite en el desarrollo del procedimiento.

12. Preparar los tubos estériles para la recogida de muestras si fuera necesario.
13. Observar si presenta alguna reacción adversa como palidez, sudoración fría, hormigueo, cambios en el nivel de conciencia...
14. Colocar apósito sobre la zona de punción al terminar el procedimiento.
15. Mantener al paciente en reposo absoluto de 8 a 12 horas.
16. Aumentar el aporte de líquidos.
17. Valorar signos vitales.
18. Recoger el material.
19. Realizar lavado de manos.
20. Identificar y cursar los tubos con las muestras a los distintos laboratorios y Servicios.
21. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Valorar posibles cambios en el estado neurológico del paciente.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Gorzeman, J. A. Punción Lumbar. En: Mancini, M. E. Procedimientos de urgencias en Enfermería. 1ª Ed. Editorial Edika-Med S. A. Barcelona. 1991. Pág. 84-87.
2. Kuhrik, M.; Kuhrik, N. S. Procedimientos diagnósticos. En: Perry A. G.; Potter, P. A. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt-Brace. Madrid 1999. Pág. 1356-1361.
3. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 244.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171149	RG-448 HOJA-SOPORTE DE ANALÍTICA
170162	P.114/17 ANALISIS URGENTES(T/50 X 2 JGOS)
170359	RG-100 MICROBIOLOGIA
171095	TARJETA GRAFITADA CORD.ESPEC.9775-33
130127	AGUJA U.S.U. 16 X 5 C/LUER
130077	AGUJA PUNCION LUMBAR 18GX3 1/2
130078	AGUJA PUNCION LUMBAR 19GX3 1/2
131151	AGUJA PUNCION LUMBAR 20GX1 1/2
131043	AGUJA PUNCION LUMBAR 20GX2 1/2 C/CONNECT.MET.+PUNTA T/DIAMANTE
131185	AGUJA PUNCION LUMBAR 20GX3 1/2
131181	AGUJA PUNCION LUMBAR 22GX1 1/2
131759	AGUJA PUNCION LUMBAR 22GX2 1/2

- 131084 AGUJA PUNCIÓN LUMBAR 22GX3
- 130080 AGUJA PUNCIÓN LUMBAR 22GX3 1/2
- 131152 AGUJA PUNCIÓN LUMBAR 25GX3 1/2
- 100138 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
- 100127 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
- 100132 COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
- 130950 CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
- 131100 CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
- 131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
- 131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
- 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
- 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
- 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
- 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
- 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
- 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
- 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
- 130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
- 131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
- 130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
- 131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
- 130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
- 131379 TUBO 11X70 C/TAPON ESTERIL
- 131732 TUBO 13 ML CONICO C/TAPON ROSCA,ESTERIL
- 130921 TUBO 13X75 C/TAPON ESTERIL
- 131378 TUBO 16X100 C/TAPON F/REDONDO ESTERIL
- 131871 TUBO HEPARINA-LITIO 10 ML.TAPON HEMOGARD 6484
- ESTERIL PAÑOS VERDES
- FARMACIA ANTISEPTICO
- FARMACIA ANESTESICO LOCAL
- FARMACIA MEDICACIÓN PRESCRITA

RT

Requerimientos Terapeuticos

RT - 1

NORMAS GENERALES DE PREPARACION/ADMON. DE MEDICAMENTOS

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento (tto). prescrito por el facultativo en la dosis y el horario indicados a través de las diferentes vías de administración (admón.) con una correcta higiene y asepsia.

Material

- Brazaletes de identificación.
- Medicación prescrita.
- Registros de Enfermería.

PROCEDIMIENTO

1. No administrar ningún medicamento sin orden médica.
 2. Comprobar que la prescripción médica escrita contiene:
 - a) Nombre del paciente.
 - b) Fecha de la prescripción de la orden.
 - c) Nombre y dosis del fármaco a administrar.
 - d) Vía de admón. y frecuencia.
 - e) Firma del médico que la prescribe.La prescripción médica debe estar lo suficientemente clara de manera que no pueda inducir a errores por: mala caligrafía, abreviaturas inapropiadas, decimales omitidos o fuera de su sitio... Ante la más mínima duda, consultar con el facultativo.
 3. Transcribir la orden médica en la Hoja de tto. de Enfermería ajustando la dosis y el horario de la medicación.
 4. Comprobar los antecedentes de alergia del paciente y anotarlos (si los hubiera) de forma visible en la hoja de tto. de Enfermería.
 5. Preparar la medicación de cada paciente por separado.
 6. Administrar únicamente las medicaciones preparadas personalmente.
 7. Desechar la medicación mal identificada, caducada, con cambios en su aspecto, color o esté precipitada.
 8. Rechazar la medicación abierta, comprimidos partidos y no devolver al envase la medicación manipulada.
 9. Para cargar la medicación y para administrarla, utilizar agujas distintas.
 10. Los viales de múltiples usos (ej.: insulinas, heparinas...) serán desinfectados antes de su uso con antiséptico sobre el tapón.
 11. Comprobar de nuevo que la medicación preparada es la correcta en dosis, hora y vía de administración.
 12. Etiquetar con rotulador el cuerpo de las jeringas, no el forro de la aguja.
 13. Comprobar que el paciente que va a recibir el medicamento es el paciente correcto. Preguntarle nombre y apellidos.
- En pacientes que no puedan identificarse verbalmente o estén desorientados,

verificar el nombre en el brazalete de identificación.

En niños, verificar con los padres su identidad.

14. Informar de la medicación administrada siempre que el paciente lo requiera. Evitar dicha información en los casos en que el estado psíquico del paciente no lo permita o en aquellos casos en que exista un acuerdo previo del equipo sanitario.
15. Volver a comprobar la medicación prescrita si el paciente tiene dudas sobre el tto. que se la va a aplicar.
16. Permanecer con el paciente mientras toma la medicación.
17. Instruir al paciente y/o familia para la autoadministración si es posible, en dosis y horarios indicados (Por ejemplo: medicación oral, tópica, rectal, trasdérmica, inhaladores...).
18. Respetar el derecho del paciente a rechazar la medicación, anotarlo en los registros de Enfermería y comunicarlo al facultativo.
19. Registrar la administración de un fármaco en la hoja de medicación administrada, indicando:
 - a) Nombre del fármaco.
 - b) Dosis
 - c) Vía de administración.
 - d) Hora de administración.
 - e) Nombre y Firma de la enfermera/o que lo administra.
20. Valorar y registrar cualquier efecto secundario que se produzca tras la administración del fármaco y comunicarlo al facultativo.
21. En caso de error u omisión en la administración comunicar al facultativo de inmediato y registrarlo en la hoja de evolución de enfermería y voluntariamente en la hoja de "Errores en la medicación".
22. Registrar cualquier cambio de horario de la medicación prescrita y las causas que lo han producido (por ejemplo: realización de pruebas complementarias...).

OBSERVACIONES

- En las ordenes verbales y telefónicas se firmará por el médico antes de las 24 horas, se registrará por la enfermera/o en la hoja de evolución de Enfermería, poniendo el nombre del médico que la prescribe y el nombre de la enfermera...

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Kirton, C. Preparación de la medicación para su administración. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999. Pág. 569-581.
2. Nieto Rodríguez, A. Administración de medicamentos Precauciones previas a la administración de un fármaco. .En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. III. Sevilla 1998. Pág. 258-259
3. Raffensperger, E.B. Zusy , M. L..Marchesseault, L. C.Consultor de Enfermería clínica. Vol. 3.Grupo Editorial Océano.Barcelona.1995. Pág. 582-584.
4. Carr, D. S. Nuevas estrategias para evitar errores en la medicación. Rev. Nursing.

- Vol. 8. Nº 4. Abril 1990. Pág. 35-43.
5. Mc Govern, K. Diez reglas de oro para la administración de fármacos. Rev. Nursing. Vol. 11. Nº 1. Pág. 25-32.
 6. Cohen, M. R.; Cohen, H. G. Errores de medicación. Siga un plan para su prevención. Rev. Nursing. Vol. 15. Nº 4. Abril 1997. Pág. 36-39.
 7. Cicerone, N. ¿Aceptar prescripciones por teléfono? Rev. Nursing. Vol. 17. Nº 3. Marzo. 1999. Pág. 38,39.
 8. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 52. Pág. 425-427.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130190	BRAZALETE IDENTIFICAC. ADULTO
131971	BRAZALETE IDENTIFICAC. ADULTO C/ BOLSILLO 65X25 MM. P/ CODIG. BARRA
131972	BRAZALETE IDENTIFICAC. BEBE C/ BOLSILLO 65X25 MM. P/ CODIG. BARRA
130189	BRAZALETE IDENTIFICAC. INFANTIL

RT - 2

ADMINISTRACION DE MEDICACION ORAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía oral el tratamiento prescrito por el facultativo en dosis y horarios indicados con una higiene correcta.

Material

- Cañitas.
- Fármacos prescritos.
- Guantes de u.s.u. no estériles (opcional).
- Jeringas dosificadoras.
- Registros.
- Toallitas de celulosa.
- Vasos de u.s.u. para líquidos.
- Vasos unidosis medicación.

Equipo

- Carro o bandeja de medicación
- Mortero o triturador de pastillas.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Informar al paciente.
4. Colocar al paciente en posición Fowler (G – 3.3) ó semisentado.
5. Valorar la capacidad de deglución del paciente (C – 1.1)
6. Dar la medicación al paciente proporcionándole agua u otro líquido en cantidad suficiente para que la medicación llegue al estómago.
7. Asegurarse que la medicación administrada ha sido ingerida por el paciente.
8. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
9. Retirar el material.
10. Realizar lavado de manos.
11. Valorar la tolerancia y los posibles efectos adversos y comunicarlo al facultativo si los hubiera.
12. Registrar el tratamiento administrado en la Hoja de medicación administrada y en la Hoja de evolución de enfermería las posibles incidencias.

OBSERVACIONES

- Asegurarse de la capacidad de deglución del paciente. En caso de estar disminuida o anulada se notificará para elegir otra vía de Administración.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Kirton ,C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.Madrid.1999.Pág. 583-591.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág.109.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 64.
4. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía gastrointestinal. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV Tema 52. Sevilla 1998. Pág. 260-263.
5. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 52. Pág. 427-428.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 120-121.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág115-116.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 132-137.
10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
150012	CAÑITAS FLEXIBLES (PAQ/50 U.)
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131811	JERINGAS U.S.U. 1 ML.CENTESIMAL S/AGUJA
131984	JERINGAS U.S.U. 1 ML.INSULINA 40 UI S/AGUJA
130443	JERINGAS U.S.U. C/CATETER 50 CC.
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX

130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
190028 TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
131068 VASO UNIDOSIS 25 ML GRADUADO,S/TAPA, EN POLIPROPILENO
150073 VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.
FARMACIA FÁRMACOS PRESCRITOS

RT - 3

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA SUBLINGUAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía sublingual el tratamiento prescrito por el facultativo en dosis y horarios indicados con una higiene correcta .

Material

- Agujas.
- Fármacos prescritos.
- Guantes de u.s.u. no estériles (opcional).
- Jeringas dosificadoras.
- Registros.
- Toallitas de celulosa.
- Vasos unidosis medicación.

Equipo

- Carro o bandeja de medicación

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Informar al paciente.
4. Colocar al paciente en posición Fowler (G – 3.3) ó semisentado.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar la medicación debajo de la lengua.
7. Indicar al paciente que mantenga la medicación debajo de la lengua hasta que se disuelva.
8. Pedir al paciente que no mastique la medicación ni la toque con la lengua para evitar deglución accidental.
9. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
10. Recoger el material.
11. Retirarse los guantes.
12. Realizar lavado de manos.
13. Valorar tolerancia y posibles efectos adversos, comunicarlo al facultativo si los hubiera.
14. Registrar el tratamiento administrado en la Hoja de medicación administrada y en la Hoja de evolución de enfermería las posibles incidencias.

OBSERVACIONES

- No dar líquidos con la medicación sublingual al mismo tiempo.
- Alguna medicación en forma de cápsula se puede administrar de forma sublingual pinchándola previamente para su absorción, en éste caso indicar al

paciente que deje que se absorba el líquido bajo la lengua y no se lo trague. En pacientes no colaboradores se extraerá el líquido de la cápsula con aguja y jeringa y se depositará el medicamento con la jeringa bajo la lengua una vez retirada la aguja.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Kirton ,C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 589.
2. Buchda, V.; Trynieszewski, C .Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág.3.
3. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía gastrointestinal. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV Tema 52. Sevilla 1998. Pág. 263-264.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130139	AGUJA U. S. U. 25 X 9 C/ LUER
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130448	JERINGAS U. S. U. C/ LUER 2 CC. (2 CUERPOS)
131811	JERINGAS U.S.U. 1 ML.CENTESIMAL S/AGUJA
131984	JERINGAS U.S.U. 1 ML.INSULINA 40 UI S/AGUJA
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
131068	VASO UNIDOSIS 25 ML GRADUADO,S/TAPA, EN POLIPROPILENO
FARMACIA	FÁRMACOS PRESCRITOS

RT - 4

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR SONDA NASOGASTRICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por el facultativo a través de una sonda nasogástrica en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

Material

- Fármacos prescritos.
- Guantes u.s.u. no estériles
- Jeringa de alimentación 50 cc.
- Registros
- Sonda nasogástrica.
- Toallitas de celulosa.
- Vaso de medicación unidosis.
- Vasos u.s.u.

Equipo

- Batea.
- Estetoscopio
- Pinzas de Clamp.
- Triturador de pastillas o mortero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Ver el procedimiento (RT – 1).
3. Triturar la medicación y diluirla con agua (mínimo de 30 cc) si no esta contraindicado . En niños, la medicación se diluirá en un máximo de 20cc dependiendo de su edad.
4. Colocarse los guantes.
5. Trasladar la medicación al lado del paciente.
6. Informar al paciente del procedimiento a realizar.
7. Colocar al paciente en posición Fowler (G – 3.3) o semisentado, siempre que sea posible.
8. Comprobar la colocación y permeabilidad de la SNG (C – 2).
9. Pinzar la SNG y conectar a su extremo la jeringa de 50 cc sin émbolo (a modo de embudo).
10. Llenar la jeringa con 10 cc de agua templada (de 2 a 5 cc en niños pequeños).
11. Despinzar la SNG y permitir que el agua entre por gravedad.
12. Vaciar el contenido del vaso con la medicación diluida en la jeringa, permitiendo que esta pase por gravedad.
13. Añadir de 10 a 20 cc de agua (de 5 a 10 cc en niños) tras la medicación. Si el agua o la medicación no pasara libremente por la SNG, nos ayudaremos del émbolo de la jeringa, ejerciendo una suave presión, para favorecer el paso.

14. Pinzar la SNG y retirar la jeringa.
15. Mantener pinzada la SNG durante una hora como mínimo, para que se absorba la medicación.
16. Retirar el material.
17. Lavar la jeringa de 50 cc y mantenerla en condiciones higiénicas para uso posteriores. Cambiarla c/ 24 h. Y siempre que sea necesario.
18. Retirarse los guantes.
19. Realizar lavado de manos.
20. Anotar en los registros de Enfermería la medicación administrada.

OBSERVACIONES

- En caso de que los medicamentos prescritos no se puedan triturar y/o diluir por sus características propias, se comunicara al facultativo para una posible sustitución de la medicación o cambio de vía de administración.
- En caso de obstrucción de la SNG:
 - Retirar la solución remanente en el tubo.
 - Inyectar 5 ml de agua caliente en la sonda y clampar durante 5 minutos. Lavar con agua hasta que salga limpia.
 - Si sigue obstruido: Triturar 1 comprimido de bicarbonato sódico, mezclarlo con enzimas pancreáticas (Kreon®, Pancrease®) y 5 ml de agua estéril. Inyectar la mezcla en el tubo y clampar durante 5 minutos. Lavar con agua hasta que salga limpia.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 277.
2. Kirton, C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 591-595.
3. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía gastrointestinal. Tema 52. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. III. Sevilla 1998. Pág. 265-266.
4. Lehmann, S; Barber, J. R. .Administración de medicación a través de la sonda de alimentación. Rev. Nursing. Agosto - Septiembre. 1992. Pág.48-52.
5. Servicio de Farmacia del Hospital de Amara, Guipúzcoa. Administración de medicamentos por sonda nasogástrica. Febrero 2000. Pág. 12.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 104.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 99.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 129-131.

10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130985	CLAMP- PINZA COLAPSADORA DE TUBOS.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130443	JERINGAS U.S.U. C/CATETER 50 CC.
131540	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 8 FR 91 CM C/LASTRE
131860	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 10 FR 106 CM C/LASTRE
131539	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 12 FR 114 CM C/LASTRE
131538	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 12 FR 91 CM S/LASTRE
131908	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 6FR
131541	SONDA P-ALIMENT. ENTERAL 8 FR 114 CM S/LASTRE
130715	TAPON PARA SONDA VESICAL ESTERIL
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
131068	VASO UNIDOSIS 25 ML GRADUADO,S/TAPA, EN POLIPROPILENO
150073	VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.
FARMACIA	FÁRMACOS PRESCRITOS

RT - 5

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA RECTAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por el facultativo por vía rectal en dosis y horarios indicados.

Material

- Enemas medicamentosos.
- Esponja.
- Gasas no estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Pomadas.
- Registros.
- Supositorios.

Equipo

- Batea.
- Lubricante hidrosoluble.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P).
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Informar al paciente
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Preparar el material y traslado al lado del paciente.
6. Colocar al paciente en posición de Sims (G - 4), cubriéndolo y dejando al aire las nalgas.
7. Colocarse los guantes.
8. Examinar el estado del ano y realizar la higiene de la región anal (B- 2.1) si procede y retirarse los guantes.
9. Colocarse unos guantes limpios.
10. Extraer el supositorio ó cánula del envase y lubricar el extremo.
11. Separar las nalgas del paciente con la mano no dominante.
12. Con la mano dominante introducir suavemente el supositorio ó cánula (comprimiendo el tubo para expulsar el medicamento) a través del ano, a la vez que se indica al paciente que respire lenta y profundamente por la boca y que relaje el esfínter.
13. Indicar al paciente que retenga el supositorio o medicación unos 20 minutos.
14. Limpiar la zona anal con gasas.
15. Retirarse los guantes.
16. Colocar al paciente en posición cómoda con fácil acceso al timbre, para que

- solicite ayuda si necesita la cuña o ir al cuarto de baño.
17. Retirar el material.
 18. Realizar lavado de manos.
 19. Anotar en los registros de enfermería la medicación administrada y las incidencias si hubieran surgido.

OBSERVACIONES

- Los enemas medicamentosos se deben administrar antes de las comidas con el fin de evitar el aumento del peristaltismo.
- Si es necesario administrar un supositorio de una dosis menor al preparado comercial, cortarlo longitudinalmente, pues así obtendremos más exactitud en la dosis que transversalmente .

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 293.
2. Kirton, C. Administración de supositorios rectales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 622-625
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 77-78.
4. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía gastrointestinal En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaída. Tema 52 Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 428-429.
5. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 52. Pág. 428-429.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 114-115.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 101
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág . 138-141.
10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100131	COMPRESA BLANCA 10X10

ESPONJA S/JABON
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190005 JABON DE GLICERINA DE ASEO 100 G
190019 JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1 L.
FARMACIA MEDICACION PRESCRITA
FARMACIA LUBRICANTE HIDROSOLUBLE

RT - 6

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA CUTANEA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía cutánea en dosis y horarios indicados.

Material

- Aplicador o depresor.
- Apósitos.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo.
- Esponja u.s.u.
- Fármaco prescrito: polvo, loción, crema, pomada, ungüento, pasta, gel, espuma, parche transdérmico...
- Gasas no estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jabón neutro.
- Registros.
- Vendas.

Equipo

- Batea.
- Pinzas de disección con o sin dientes.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Ver el procedimiento (RT - 1).
3. Trasladar el material al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes.
7. Valorar el estado de la piel del paciente.
8. Lavar la zona a tratar con agua jabonosa, aclarar y secar sin friccionar, si es necesario.
9. Extraer la medicación del envase o aplicar directamente, dependiendo del fármaco, y extender sobre la superficie cutánea afectada en la dirección del vello para prevenir la irritación de los folículos pilosos.
10. Evitar que el medicamento entre en contacto con los ojos y las mucosas.
11. Cubrir la zona con apósito y/o vendaje si está indicado.
12. Colocar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiéndole el fácil acceso al timbre y objetos personales.
13. Recoger el material.

14. Retirarse los guantes.
15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Administrar los medicamentos transdérmicos siempre a la misma hora, alternando las zonas de aplicación con el fin de no provocar irritación cutánea.
- Aplicar la medicación transdérmica en las zonas corporales que indique el prospecto del medicamento, o la prescripción médica.
- Determinar la cantidad de sustancia requerida para su aplicación, valorando el área afectada, revisando la orden de prescripción y leyendo cuidadosamente las instrucciones de aplicación (generalmente es suficiente con una capa fina).

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 188.
2. Kirton, C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 595-600
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 116.
4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág.117.
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 132-137.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100122	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
100128	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
100123	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
100129	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52 X 60 GALGA –80
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
130309	DEPRESORES DE MADERA ESMERILADOS

- 100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
 100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
 100017 ESPARADRAPO TELA 10 X 10
 100018 ESPARADRAPO TELA 5 X 1
 100019 ESPARADRAPO TELA 5 X 2 1/2
 100020 ESPARADRAPO TELA 5 X 5
 100110 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
 100213 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
 100143 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
 ESPONJA S/JABON
 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
 190005 JABON DE GLICERINA DE ASEO 100 G
 190019 JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1 L.
 100076 VENDAS ELASTICAS CREPE 10 X 10 COMPRES.MEDIA
 100077 VENDAS ELASTICAS CREPE 5 X 4 COMPRES.MEDIA
 100078 VENDAS ELASTICAS CREPE 7 X 4 COMPRES.MEDIA
 100081 VENDAS GASA 10 X 10 ORILLADA
 100082 VENDAS GASA 10 X 20 ORILLADA
 100083 VENDAS GASA 20 X 20 ORILLADA
 100084 VENDAS GASA 5 X 10 ORILLADA
 100085 VENDAS GASA 5 X 5 ORILLADA
 100086 VENDAS GASA 5 X 7 ORILLADA
 SET DE CURAS N° 1
 50/00690 PINZA DE DISECCIÓN C/D 16 CC.
 50/00691 PINZA DE DISECCIÓN S/D 16 CC.
 50/00689 PINZA HEMOST. CRILE RECTA 16 CC.
 FARMACIA MEDICACION PRESCRITA

RT - 7

ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN POR VIA OFTÁLMICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente por vía oftálmica el tratamiento prescrito en dosis y horarios indicados.

Material

- Apósitos.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo antialérgico.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles .
- Jeringa.
- Medicación prescrita.
- Registros.
- Suero fisiológico.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P).
2. Ver el procedimiento (RT –1).
3. Traslado del material al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Utilizar de forma individualizada todo fármaco oftálmico, etiquetando el envase con identificación del paciente y fecha de apertura.
6. Colocar al paciente sentado o en decúbito supino (G – 3) con la cabeza inclinada hacia atrás, si se aplica pomada y lateralizada si es colirio o irrigación.
7. Colocarse los guantes.
8. Retirar el apósito oftálmico, si lo tuviera.
9. Realizar higiene de los ojos (B – 6).
10. Desechar la primera gota antes de instilar el tratamiento.
11. Colocar el dedo índice en el pómulo y tirar suavemente de la piel hacia abajo para descubrir el saco conjuntival.
12. Indicar al paciente que mire hacia arriba.
13. Aplicar el medicamento:
 - a) COLIRIO:
Instilar el número de gotas prescrito en el saco conjuntival.
Indicar al paciente que cierre suavemente los ojos.
 - b) POMADA:
Aplicar un cordón fino de pomada sobre la conjuntiva, a lo largo del borde interno del párpado inferior, desde el ángulo interno del ojo hasta el externo.

Indicar al paciente que mantenga el ojo cerrado y frote suavemente el párpado, si no está contraindicado, para que se distribuya la medicación sin lesionar el ojo.

c) DISCO INTRAOCULAR:

Abrir el envase que contiene el disco.

Presionar suavemente la yema del dedo contra el disco de forma que se adhiera a este. Colocar la cara convexa del disco sobre el dedo.

Colocar el disco en el saco conjuntival de manera que flote encima de la esclerótica, entre el iris y el párpado inferior.

Cubrir el disco con el párpado inferior del paciente y pedirle que parpadee varias veces.

Para retirar el disco, tirar hacia abajo del párpado inferior del paciente, para exponer el disco. Utilizar los dedos pulgar e índice de la mano opuesta para pellizcar el disco de medicación intraocular y sacarlo del ojo del paciente.

14. Limpiar el exceso de fármaco con una gasa estéril, desde el ángulo interno hacia el externo.
15. Colocar un apósito oftálmico si esta prescrito.
16. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
17. Recoger el material.
18. Retirarse los guantes.
19. Realizar lavado de manos.
20. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Extremar medidas de asepsia por la gran facilidad de contaminación.
- No aplicar ningún medicamento en los ojos si la etiqueta no indica específicamente «para uso oftálmico».
- Mantener bien cerrados los colirios y/o pomadas.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 186,187.
2. Kirton, C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 600-605.
3. Administración de medicación intraocular. Rev. Nursing. Febrero. 1995. Pág. 34,35.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 122,123.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 119,120.

7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 132-137.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág.1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100201	APOSITO OFTALMICO 5,4X6,7 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52 X 60 GALGA -80
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
FARMACIA	MEDICACION PRESCRITA
FARMACIA	SUERO FISIOLÓGICO

RT - 8

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VÍA ÓTICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por el facultativo por vía ótica en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

Material

- Fármacos prescritos.
- Gasas no estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles
- Registros
- Suero salino fisiológico.
- Toallitas de celulosa.
- Torundas de algodón.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Trasladar la medicación al lado del paciente .
4. Informar al paciente del procedimiento a realizar.
5. Colocarse los guantes.
6. Colocar al paciente en decúbito lateral (G – 3 .2) con el oído afecto al descubierto, siempre que sea posible.
7. Alinear el canal auditivo traccionando del pabellón auricular hacia atrás y afuera.
8. Limpiar suavemente con una torunda de algodón empapada en suero fisiológico tibio el cerumen de la parte más externa del canal auditivo ,si lo hubiera.
9. Instilar las gotas prescritas a la temperatura corporal del paciente colocando el cuentagotas a 1 cm sobre el canal auditivo.
10. Indicar al paciente que permanezca en esta posición de 3 a 5 minutos.
11. Aplicar un suave masaje o presión con el dedo sobre el trago del oído.
12. Colocar una bolita de algodón sobre el orificio del CAE si está indicado.
13. Retirar el material.
14. Retirarse los guantes.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en los registros de Enfermería la medicación administrada.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 127.
2. Kirton, C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería

Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 605 - 608.

3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 120 - 121.

4. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.

5. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 121.

6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 132 - 137.

7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153	RG-452	HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440	HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50	HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437	ORDEN DE TRATAMIENTO
100131		COMPRESA BLANCA 10X10
100004		ALGODON HIDROFILO (PAQ.1 K.)
131009		GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008		GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456		GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805		GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806		GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807		GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190028		TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
FARMACIA		SUERO SALINO FISIOLÓGICO
FARMACIA		FÁRMACOS PRESCRITOS

RT - 9

ADMINISTRACION DE MEDICACIÓN POR VIA RESPIRATORIA (INSTILACIÓN)

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía nasal en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

Material

- Gasas no estériles u.s.u..
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jeringa.
- Medicación prescrita.
- Registros.
- Suero fisiológico.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Ver el procedimiento (RT –1).
3. Traslado del material al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Pedir al paciente que se limpie la nariz, si no está contraindicado.
6. Colocarse los guantes.
7. *Para administrar gotas:*
 - a) Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3) con la cabeza inclinada hacia atrás.
 - b) Levantar ligeramente la punta de la nariz del paciente.
 - c) Instilar las gotas 1 cm. por encima de las narinas dirigiéndolas hacia la línea media del cornete superior.
 - d) Mantener la cabeza del paciente inclinada hacia atrás después de la instilación durante unos cinco minutos.
 - e) Ofrecer celulosa al paciente para que retire los restos de la medicación que queden fuera de la nariz; pero sin sonarse.
8. *Para administrar nebulizadores nasales.*
 - a) Colocar al paciente en posición Fowler (G – 3.3) o sentado.
 - b) Introducir el cartucho de medicamento según instrucciones del fabricante en una narina, mientras se sella la otra con un dedo.
 - c) Comprimir el envase con los dedos para expulsar el medicamento y pedir al paciente que lo inhale al mismo tiempo.
 - d) Pedir al paciente que exhale por la boca y que mantenga la cabeza inclinada hacia atrás durante varios minutos.
9. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso

- al timbre y objetos personales.
10. Recoger el material.
 11. Retirar los guantes.
 12. Realizar lavado de manos.
 13. Anotar en registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 185.
2. Kirton, C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 611-614.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 61.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 120,121.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 115,116.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 132-137.
8. Koziar, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág.1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
FARMACIA	MEDICACION PRESCRITA
FARMACIA	SUERO FISIOLÓGICO

RT - 10

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA INHALATORIA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente la medicación prescrita por vía inhalatoria en las dosis y horarios indicados.

Material

- Antiséptico bucal ó bicarbonato sódico (diluido con agua).
- Bolsa para residuos.
- Cámara para inhalación (si el inhalador prescrito es un cartucho presurizado).
- Inhalador prescrito.
- Registros.
- Toallita de celulosa.
- Vaso u.s.u

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Trasladar el material al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Colocar al paciente de pie, sentado o en posición Fowler (G - 3.3) si está acostado, para permitir la máxima expansión torácica.
6. Agitar el inhalador para mezclar su contenido.
7. Destapar el inhalador y prepararlo para su utilización.
8. Colocar el inhalador en posición invertida (en forma de L).
9. Pedir al paciente que haga una espiración lenta y profunda.

INHALADOR PRESURIZADO

10. Explicar al paciente que introduzca la boquilla del inhalador dentro de la boca y cierre los labios a su alrededor.
11. Indicar al paciente que incline la cabeza ligeramente hacia atrás.
12. Pedir al paciente que inspire lentamente por la boca a la vez que presione el inhalador una sola vez. El paciente deberá seguir tomando aire lenta y profundamente hasta llenar totalmente los pulmones.

CAMARA ESPACIADOR

10. Acoplar el cartucho en el orificio de la cámara.
11. Colocar la boquilla (mascarilla en modelos infantiles) de la cámara totalmente en la boca, cerrándola a su alrededor (adaptando la mascarilla a la nariz y boca en el niño).
12. Efectuar una pulsación del dosificador y pedir al paciente que realice una inspiración profunda del aire de la cámara (5 ó 6 inspira-

13. Retirar el dosificador de la boca y mantener 10 segundos de apnea. Indicar al paciente que espire lentamente.
13. Retirar la cámara de la boca y mantener 10 segundos de apnea.
14. Indicar al paciente que realice otra inspiración profunda para aprovechar totalmente la dosis administrada.
15. Esperar 30 segundos si se debe administrar una nueva dosis del mismo u otro fármaco. Repetir el procedimiento desde el punto 8.
16. Indicar al paciente que se enjuague la boca y haga gargarismos con bicarbonato sódico o antiséptico bucal diluidos en agua, si el inhalador lleva corticoides.
17. Recoger el material.
18. Anotar en los registros.

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 151.
2. Kirton, C. Utilización de inhaladores dosificadores. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 614-618.
3. Giner Donaire, J. y col. Sistemas de administración de fármacos por vía inhalatoria. Rev. Rol de Enfermería Nº 224. Abril 1997 Pag. 74-78.
4. Giner Donaire, J. y col. Normativa sobre la utilización de fármacos inhalados. Recomendaciones SEPAR. Nº 22. Editorial Doyma. Barcelona 1997.
5. Fraga Fuentes, D. Guía para la administración de fármacos por vía inhalatoria. Editorial Glaxo Wellcome. Capitulo IV y V. 1999. Pág. 49-79.
6. Sauret Valet, J. Historia de la terapéutica inhalatoria. Ed. Ancora S.A. Barcelona 1995. Pág. 112-127.
7. Viejo Bañuelos, J.L. Dispositivos de inhalación; Ventajas e inconvenientes. En: Tratamientos de los procesos obstructivos. Cap. I Ed. Publicaciones Permanyer. Barcelona 2000. Pág. 7-15.
8. Weixler, D. Uso correcto del inhalador. Rev. Nursing. Febrero 1995. Pág. 40-42.

9. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 120-121.
10. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
11. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 115-116.
12. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 132-137.
13. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52 X 60 GALGA -80
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
150073	VASOS U.S.U. PLASTICO 200 CC.
FARMACIA	ANTISEPTICO BUCAL
FARMACIA	BICARBONATO SODICO
FARMACIA	CAMARA ESPACIADORA PARA INHALADOR
FARMACIA	INHALADOR PRESURIZADO

RT - 11

ADMINISTRACION DE AEROSOLES

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito mediante aerosoles en dosis y horarios indicados.

Material

- Agujas.
- Antiséptico bucal.
- Bicarbonato sódico.
- Bolsa para residuos.
- Conexión para vaso nebulizador.
- Equipo nebulizador:
 - Con mascarilla (Adulto / pediatría).
 - Con boquilla.
- Jeringa.
- Medicación prescrita.
- Registros.
- Suero fisiológico.
- Toallita de celulosa.
- Vaso u.s.u.

Equipo

- Batea.
- Caudalímetro.
- Toma de O₂ central o bala de O₂.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Ver el procedimiento (RT – 1).
3. Preparar el equipo nebulizador y la medicación prescrita.
4. Trasladar el material al lado del paciente.
5. Informar al paciente.
6. Colocar al paciente sentado o en posición Fowler (G – 3.3), si su estado lo permite.
7. Enroskar la conexión al caudalímetro y éste a la fuente de O₂.
8. Introducir la medicación en el vaso del nebulizador, diluida con suero fisiológico si esta indicado.
9. Enroskar el vaso a la mascarilla; conectar la alargadera de O₂ al vaso nebulizador y a la conexión del caudalímetro.
10. Regular el flujo de O₂ en el caudalímetro hasta conseguir una fina niebla (Aproximadamente de 6 a 8 litros/minuto).

11. Comprobar la correcta salida de vaho por la mascarilla.
12. Colocar la mascarilla al paciente.
13. Explicar al paciente que realice inspiraciones profundas, manteniéndolas uno ó dos segundos antes de la espiración.
14. Mantener el nebulizador de 10 a 15 minutos.
15. Retirar el equipo nebulizador y administrar oxigenoterapia (D – 1) si estuviera prescrita.
16. Proporcionar al paciente antiséptico bucal o bicarbonato sódico diluidos para que realice enjuagues de la cavidad oral, si se le hubieran administrado corticoides.
17. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
18. Recoger el material.
19. Cambiar a diario el equipo nebulizador.
20. Retirar la medicación y lavar el equipo nebulizador con agua caliente, después de cada uso. Secar bien.
21. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Mantener la piel de la cara limpia y seca para evitar la irritación cutánea.
- En neonatos con oxigenoterapia en carpa (D – 1.3), se fijará el nebulizador sin la mascarilla en el interior de la carpa, de manera que el medicamento pueda ser inhalado dentro de la misma.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Fraga Fuentes, D. Guía para la administración de fármacos por vía inhalatoria. Editada con la colaboración de Glaxo Wellcome. Capítulos II y III. 1997. Pág. 11-47.
2. Plaza Moral, V; De Miguel Serra, G. El ABC del tratamiento nebulizado. Editado con la colaboración del grupo Boehringer Ingelheim. Barcelona 1998.
3. Sauret Valet, J. Historia de la terapéutica inhalatoria. Ed. Ancora S.A. Barcelona 1995. Pág. 112-127.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 120,121.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 115,116.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 132-137.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52 X 60 GALGA -80
131464	CONEXION P/VASO NEBULIZADOR P/CAUDALIMETROS
130997	EQUIPO NEBULIZADOR COMPLETO ADULTOS
131815	EQUIPO NEBULIZADOR COMPLETO PEDIATRICO
131815	EQUIPO NEBULIZADOR NEONATAL (MICR. MIST BB1880
131811	JERINGAS U.S.U. 1 ML.CENTESIMAL S/AGUJA
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
190028	TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
150073	VASOS U.S.U. PLASTICO 200 C.C.
FARMACIA	ANTISEPTICO BUCAL.
FARMACIA	BICARBONATO SÓDICO.
FARMACIA	MEDICACIÓN PRESCRITA.
FARMACIA	SUERO SALINO FISIOLÓGICO.

RT - 12

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA VAGINAL

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente la medicación por vía vaginal en dosis y horarios indicados, con una correcta higiene.

Material

- Bolsa para residuos.
- Compresas tocológicas.
- Esponja u.s.u..
- Guantes no estériles u.s.u..
- Jabón neutro.
- Lubricante urológico.
- Medicación prescrita .
- Registros.

Equipo

- Batea.
- Cuña.
- Toalla.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Preparar y trasladar el material al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes.
7. Situar a la paciente en posición de litotomía (G – 5) y ponerle la cuña.
8. Realizar higiene de genitales (B – 2.1).
9. Separar los labios mayores con una gasa y localizar el orificio vaginal.
10. Introducir el óvulo vaginal lubricado, o el aplicador, de 5 a 7 cm. (empujar el émbolo del aplicador para depositar la medicación en el interior de la vagina).
11. Retirar la cuña y poner una compresa tocológica a la paciente.
12. Dejar a la paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
13. Recoger el material.
14. Retirarse los guantes.
15. Realizar lavado de manos.
16. Anotar en los registros de Enfermería.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 189.
2. Kirton, C. Medicaciones orales y tópicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.. Madrid. 1999. Pág. 619 – 622.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 75,76.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 124.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 123,124.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52 X 60 GALGA -80
100012	COMPRESA TOCOLOGICA ALGODÓN Y MALLA
190011	ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDUO)
190026	ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUA)
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
190019	JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1L.
130500	ORINAL CUÑA PLÁSTICO
FARMACIA	LUBRICANTE UROLOGICO
FARMACIA	MEDICACION PRESCRITA

RT - 13

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VÍA INTRADERMICA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente un fármaco debajo de la piel, en la dermis, con fines diagnósticos generalmente.

Material

- Agujas.
- Algodón.
- Antiséptico (inoloro).
- Contenedor para material punzante.
- Fármaco prescrito.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jeringa.
- Registros.
- Rotulador.

Equipo.

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
2. Ver el procedimiento (RT - 1).
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes.
7. Colocar al paciente en una posición cómoda sentada o Fowler (G - 3.3), con el codo y el antebrazo extendidos y apoyado en una superficie plana.
8. Seleccionar la zona de punción. Se utiliza habitualmente la zona media antecubital (evitar cualquier zona de vello, lesiones o manchas).
9. Limpiar la zona con un algodón impregnado en antiséptico (inoloro para no teñir la piel). Dejar secar.
10. Estirar la piel sobre la zona de punción con los dedos pulgar e índice.
11. Insertar la jeringa de forma que la aguja quede con el bisel hacia arriba.
12. Introducir en la piel con un ángulo de 5 a 15 grados hasta que se note resistencia. Avanzar la aguja a través de la piel del paciente aproximadamente 3 mm. por debajo de la superficie cutánea.
13. Inyectar la medicación lentamente hasta formar una pápula o vesícula.
14. Retirar la aguja sin comprimir ni friccionar sobre la vesícula.
15. No frotar ni dar masaje en la zona.
16. Señalar la zona dibujando un círculo alrededor del perímetro.
17. Indicar al paciente que no se lave, ni se toque la zona de punción incluyendo

- el perímetro marcado.
18. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
 19. Desechar la aguja y el material contaminado en el contenedor.
 20. Recoger el material.
 21. Retirarse los guantes.
 22. Realizar lavado de manos.
 23. Anotar en los registros de enfermería la medicación administrada y cantidad, la zona de inyección y el aspecto de la piel y las incidencias si hubieran surgido.

OBSERVACIONES

- Se utiliza sobre todo en el Test de Tuberculina (Mantoux) y para la realización de las pruebas de alergia.
- Con este tipo de inyección se administran pequeñas cantidades de medicación (0.01-0.1 ml.).
- No será válida si sangra la zona después de retirar la aguja o si no se ha formado la vesícula.
- Lectura del Test de Tuberculina:
 - Se realizará la lectura a las 48-72 horas.
 - La medición se hará sobre la parte indurada (habón), nunca sobre el eritema.
 - Se utilizará una regla milimetrada transparente.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 157.
2. Kirton, C. Administración de inyecciones intradérmicas. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.. Madrid. 1999. Pág. 639-643.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 65,66.
4. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía parenteral. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaída. Tema 52 Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 292.
5. Hildebrand, H. Manual práctico de técnicas de inyección y perfusión. Editorial JIMS S. A. Barcelona 1993. Pág. 77-79.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 119.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 103.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infan-

til Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág . 142-145.

10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100004	ALGODON HIDROFILO (PAQ.1 K.)
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131881	JERINGAS U.S.U. 1 ML.ALERGIA/TUBERC.C/AGUJ.S/ESPACIO MUERTO
180082	ROTULADOR AZUL PUNTA NORMAL
180229	ROTULADOR NEGRO PUNTA NORMAL
180108	ROTULADOR PERMANENTE AZUL (EDDING 3000)
180110	ROTULADOR PERMANENTE NEGRO (EDDING 3000)
180109	ROTULADOR PERMANENTE ROJO (EDDING 3000)
180164	ROTULADOR PERMANENTE VERDE (EDDING 3000)
180231	ROTULADOR ROJO PUNTA NORMAL
FARMACIA	ANTISÉPTICO INCOLORO
FARMACIA	FÁRMACO PRESCRITO

RT - 14

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA SUBCUTANEA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía subcutánea en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

Material

- Agujas.
- Algodón o gasa.
- Contenedor para material punzante.
- Fármacos prescritos.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Jeringas.
- Registros.
- Solución antiséptica.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes.
7. Colocar al paciente en posición cómoda.
8. Seleccionar la zona de punción adecuada.
9. Palpar la zona de punción para descartar masas, edema o zonas de sensibilidad.
10. Limpiar la piel con antiséptico y dejar secar.
11. Formar un pliegue cutáneo bien definido con los dedos índice y pulgar de la mano no dominante.
12. Sostener la jeringa con la mano dominante e introducir la aguja con el bisel hacia arriba formando un ángulo de 45° a 90° y soltar la piel.
13. Sujetar el extremo terminal del cilindro de la jeringa con la mano no dominante. Tirar del embolo de la jeringa suavemente hacia fuera con la mano dominante y aspirar (si aparece sangre en la jeringa, retirar la aguja y desechar jeringa y medicación. Repetir el procedimiento). Se recomienda no aspirar cuando se administre heparina.
14. Inyectar la medicación lentamente.
15. Retirar la aguja y jeringa y aplicar una suave presión con algodón sobre la zona de punción sin friccionar.

16. Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos punzantes.
17. Dejar al paciente en posición cómoda.
18. Retirada de material.
19. Retirarse los guantes.
20. Realizar lavado de manos.
21. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Las zonas de punción más frecuentes son: Abdomen, parte externa de los brazos, parte externa de los muslos, glúteos.
- La heparina se inyectará siempre en el abdomen.
- En pacientes a los que haya que administrar inyecciones subcutáneas constantemente se rotará la zona de punción para evitar lipodistrofias (Ej. Insulina).
- Cuando en la administración de insulina se utilicen dos tipos de preparados, se cargará primero la insulina rápida. En este caso se debe administrar la mezcla antes de que transcurran 5 minutos desde su preparación (la insulina lenta disminuye la acción de la rápida).
- Cuando la administración de medicación se realice con jeringas precargadas (plumas de insulina, heparina de bajo peso molecular...), se seguirán las instrucciones del fabricante.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 160.
2. Kirton, C. Medicaciones parenterales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.. Madrid. 1999. Pág. 638, 639, 643-647.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 65-66.
4. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía parenteral. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. III. Sevilla 1998. Pág. 267-271..
5. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 52. Pág. 431-432.
6. McConnell, E. A. Administración de una inyección de insulina. Rev. Nursing Vol. 18 N°6. Junio – Julio 2000. Pág. 45.
7. McConnell, E. A. Administración de heparina subcutánea. Rev. Nursing. Noviembre 1991. Pág. 79.
8. Hahn, K. Perfecciona sus técnicas de inyección Rev. Nursing. Vol. 9. N°7. Agosto – Septiembre 1991. Pág. 26.
9. Newton, M. ; Newton, D.W. ; Fudin, J. Revisión de las tres grandes vías de inyección. Rev. Nursing. Vol. 10. N°10. diciembre 1992. Pág. 8-13.
10. Servicio formación continuada. Papel de la enfermería ante la enfermedad tromboembólica venosa. SANOFI – SYNHELABO. Marzo. 1999. Pág. 9.
11. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de En-

- fermería. Madrid 1990. Pág. 117,118.
12. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
 13. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 105,106.
 14. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 129-131.
 15. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130127	AGUJA U.S.U. 16 X 5 C/LUER
131702	AGUJA U.S.U. 28GX11 MM.P/PLUMA INSULINA
131839	AGUJA U.S.U. 30GX8 MM.P/PLUMA INSULINA
100004	ALGODON HIDROFILO (PAQ.1 K.)
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131811	JERINGAS U.S.U. 1 ML.CENTESIMAL S/AGUJA
130453	JERINGAS U.S.U. 1 ML.INSULINA 40 UI C/AGUJA 29GX1/2 "
131984	JERINGAS U.S.U. 1 ML.INSULINA 40 UI S/AGUJA
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
FARMACIA	ANTISÉPTICO
FARMACIA	FÁRMACO PRESCRITO

RT - 15

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA INTRAMUSCULAR

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intramuscular en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

Material

- Agujas.
- Algodón o gasa.
- Contenedor para material punzante.
- Fármacos prescritos.
- Guantes u.s.u no estériles.
- Jeringas.
- Registros.
- Solución antiséptica.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad.
6. Colocarse los guantes.
7. Seleccionar la zona de punción adecuada.
8. Colocar al paciente en posición cómoda según la zona de punción: decúbito lateral derecho o izquierdo (G – 3.2) si se inyecta en glúteo; decúbito supino (G – 3) si se inyecta en muslo.
9. Palpar la zona de punción para descartar las áreas que presenten hematomas, induración o signos de infección.
10. Limpiar la piel con antiséptico y dejar secar.
11. Introducir la aguja perpendicular a la piel, con un ángulo de 90 ° en un movimiento rápido y seguro . La técnica se puede realizar mediante sistema abierto con aguja y jeringa separadas o cerrado con aguja y jeringa conectadas.
12. Aspirar suavemente antes de inyectar el fármaco, si se aspira sangre cambiar de plano o desechar la aguja y pinchar en otro punto.
13. Inyectar el medicamento de forma lenta y continua, evitando mover la aguja e introducir la pequeña burbuja de aire que se aspiró, esto evitará que al retirar la aguja se deposite medicamento en otros tejidos no deseados.
14. Retirar la aguja evitando desplazamientos laterales y aplicar un ligero masaje para ayudar a la distribución del medicamento si no está contraindicado.

15. Cuando el medicamento a inyectar vía intramuscular es irritante del tejido adiposo o puede causar tinciones en la piel, puede emplearse otra técnica conocida como administración en "Z" y que varía de la anteriormente descrito en los siguientes pasos:
 - a) Hay que efectuar un desplazamiento lateral de la piel y el tejido subcutáneo sobre el músculo de al menos 2.5 cm antes de la inyección.
 - b) Una vez introducida la medicación, antes de retirar la aguja, esperaremos unos diez segundos para asegurar que se dispersa el medicamento.
 - c) Una vez retirada la aguja, soltar el tejido que se ha desplazado para formar un trayecto en zigzag.
 - d) No masajear el punto de punción.
16. Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos punzantes.
17. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales..
18. Recoger el material.
19. Retirarse los guantes.
20. Realizar lavado de manos.
21. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Las zonas de punción son:
 - Músculo Glúteo Mayor (adultos)..... 0.1 a 5 ml.
 - Músculo Vasto Lateral Externo(adultos)..... 0.1 a 5 ml.
 - Músculo Vasto Lateral Externo(niños)..... 0.1 a 1 ml.
 - Músculo Deltoides(adultos)..... 0.1 a 2 ml.
 - Músculo Ventroglúteo*(> 7 meses)..... 0.1 a 5 ml.
- * Engloba a los glúteos menor y mediano.
- Cuando la medicación supera los 5 ml. de líquido se cambiará el plano.
- Localización de los puntos de punción:
 - Vasto externo: 1/3 medio.
 - Glúteo mayor: Por encima y hacia fuera de la línea que une la espina iliaca posterosuperior y el trocánter mayor del fémur (cuadrante supero externo del glúteo).
 - Ventroglúteo:
 - Colocar la palma de la mano sobre el trocánter mayor de la cadera con la muñeca perpendicular al fémur.
 - Orientar el pulgar hacia la ingle y los demás dedos hacia la cabeza del fémur con el índice apuntando a la espina iliaca antero superior.
 - Pinchar en el centro del triángulo invertido formado Por el pulgar y el índice.
 - Deltoides: Zona comprendida desde el acromion hasta 4 traveses de dedo por debajo de éste.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la

- enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 158.
2. Kirton, C. Medicaciones parenterales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 647-654.
 3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 67,68.
 4. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía parenteral. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. III. Sevilla 1998. Pág. 272-277.
 5. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 52. Pág. 432,433.
 6. Hahn, K. Perfeccione sus técnicas de inyección Rev. Nursing. Vol. 9. Nº7. Agosto – Septiembre 1991. Pág. 22-25.
 7. Newton, M. ; Newton, D.W. ; Fudin, J. Revisión de las tres grandes vías de inyección. Rev. Nursing. Vol. 10. Nº.10. diciembre 1992. Pág. 8-13.
 8. Couington, T; Trattler, M. R. ¡ De en el blanco !. Rev. Nursing. Vol. 15. Nº 5. Mayo 1997. Pág. 40,41.
 9. Raffensperger, E.B. Zusy , M. L. Marchesseault, L. C. Consultor de Enfermería clínica. Vol. 3. Grupo Editorial Océano. Barcelona. 1995. Pág. 581-583.
 10. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 108,109.
 11. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
 12. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 107,108.
 13. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 129-131.
 14. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
130128	AGUJA U.S.U. 30 X 7 C/LUER
130140	AGUJA U.S.U. 40 X 8 C/LUER
100004	ALGODON HIDROFILO (PAQ. 1 K.)
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L

131101 CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
FARMACIA ANTISÉPTICO
FARMACIA FÁRMACO PRESCRITO

RT - 16

ADMINISTRACION DE MEDICACION POR VIA INTRAVENOSA

OBJETIVO

Preparar y administrar al paciente el tratamiento prescrito por vía intravenosa en dosis y horarios indicados con la asepsia adecuada.

Material

- Agujas.
- Algodón
- Apósitos.
- Contenedor para material punzante.
- Equipo inyector de suero.
- Esparadrapo.
- Fármacos prescritos.
- Gasas estériles.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Jeringas.
- Obturador.
- Registros.
- Solución antiséptica.

Equipo

- Batea.
- Compresor.
- Reloj.
- Soporte de suero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocarse los guantes.
7. Colocar al paciente en posición cómoda, generalmente en decúbito supino (G – 3).

A) ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN I.V EN BOLO.

a) *MEDIANTE INYECCIÓN DIRECTA.*

- Localizar la zona de punción preferentemente en el área antecubital, escogiendo la vena de mayor calibre.
- Colocar un compresor a 10 ó 15 cm. por encima del sitio de punción.
- Aplicar antiséptico en el lugar de punción y dejar que se seque.
- Atravesar la piel con la aguja conectada a la jeringa formando un ángulo de 30°, con el bisel hacia arriba, introduciéndola en el interior de la vena

aproximadamente 0,6 cm.

- Tirar del embolo de la jeringa y comprobar que fluye sangre hacia la jeringa para verificar que la aguja se encuentra dentro de la vena.
- Retirar el compresor e inyectar el fármaco lentamente (o a la velocidad prescrita).
- Retirar la aguja y aplicar presión en el lugar de punción con una gasa estéril durante al menos 3 minutos.
- Colocar un apósito en el punto de punción.

b) *A TRAVÉS DE UNA VIA CANALIZADA CON PERFUSIÓN CONTINUA.*

En caso de que exista llave de tres pasos :

- Retirar el tapón y colocarlo sobre una gasa estéril.
- Limpiar la entrada de la llave con antiséptico.
- Insertar la jeringa y girar la llave en la posición correcta para introducir la medicación (interrumpir la entrada de la infusión principal).
- Aspirar con la jeringa verificando la permeabilidad de la vía.
- Administrar lentamente o a la velocidad prescrita.
- Limpiar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico, que previamente habremos cargado en otra jeringa.
- Girar la llave a su posición inicial, retirar la jeringa y volver a colocar el tapón.

Si no existe llave de tres pasos :

- Limpiar la goma del sistema IV (zona especial para inyección).
- Cerrar el sistema o pinzar el sistema IV principal.
- Pinchar con la aguja en la goma, aspirar para comprobar la permeabilidad de la vía e introducir el medicamento lentamente o a la velocidad prescrita.
- Retirar la aguja y la jeringa.
- Abrir el sistema y ajustar el ritmo de perfusión.

c) *A TRAVÉS DE UNA VIA CANALIZADA, CON OBTURADOR.*

El procedimiento difiere del anterior en que:

- Al terminar de administrar la medicación, se procederá a lavar el catéter con 2 ó 3 ml de suero fisiológico o solución heparinizada.

B. ADMINISTRACIÓN DE MEDICACIÓN IV EN PERFUSIÓN INTERMITENTE.

- Esta técnica se aplica para fármacos que van diluidos.
- Perforar el recipiente de la medicación con un equipo de suero.
- En caso de que por esa vía se esté perfundiendo una solución continua, colgar el recipiente del medicamento por encima del nivel de la solución IV principal.
- Seguir los pasos de los procedimientos anteriores hasta conectar el sistema de infusión.
- Administrar la medicación al ritmo prescrito o según las indicaciones del fármaco.
- Retirar el sistema una vez administrada la medicación.

- Ajustar el ritmo de la perfusión principal en caso de que se haya utilizado un sistema en "Y".
- 8. Observar al paciente mientras se le administra la medicación para valorar la aparición de posibles reacciones adversas.
- 9. Vigilar la zona de punción IV durante la administración (si aparece hinchazón brusca interrumpir la medicación)
- 10. Desechar la aguja y la jeringa en el contenedor de objetos punzantes.
- 11. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada, permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
- 12. Recoger el material.
- 13. Retirarse los guantes.
- 14. Realizar lavado de manos.
- 15. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Cuando se administre medicación que sea incompatible con la perfusión IV principal se lavará el catéter con suero fisiológico antes y después de administrarla.
- Se evitará administrar medicación simultánea por la vía que esté pasando:
 - Drogas vasoactivas (dopamina, nitroglicerina, dobutamina...).
 - Hemoderivados.
 - Nutrición parenteral.
- En pacientes neonatos, lactantes y niños pequeños el volumen del diluyente utilizado oscilará entre 5 cc y 50 cc, dependiendo de su edad y peso, para no producir sobrecargas cardiovasculares.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 159.
2. Kirton, C. Medicaciones parenterales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.. Madrid. 1999. Pág. 665-669.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 70.
4. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía parenteral. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 278-290.
5. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 52. Pág. 443-448.
6. McConnell, E.A. Administración de una inyección en bolo IV en una vía periférica. Rev. Nursing. Marzo 1997. Pág. 55.
7. Newton, M. ; Newton, D.W. ; Fudin, J. Revisión de las tres grandes vías de inyección. Rev. Nursing. Vol. 10. Nº.10. diciembre 1992. Pág. 13-15.
8. La Rocca, J. C.; Otto, S. E. Guía clínica de Enfermería. Terapia intravenosa. 2ª

- Ed. Mosby División de Times Mirror de España S.A. Madrid 1994. Pág. 111-113.
9. Konick-McMahan, J. Precaución en la administración de fármacos en bolo intravenoso. Rev. Nursing. Diciembre 1996. Pág. 8-13.
 10. Whitman, M. Administre con seguridad la medicación en bolo intravenoso. Rev. Nursing. Marzo 1996. Pág. 22-24.
 11. Hildebrand, N. Manual práctico de técnicas de inyección y perfusión. Editorial JIMS S.A. Barcelona. 1993. Pág. 21-29.
 12. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 110,111.
 13. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 155-168.
 14. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 109.
 15. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 129-131.
 16. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130991	ADAPTADOR P/ PERFUSION INTERMITENTE (OBTURADOR)
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
100004	ALGODON HIDROFILO (PAQ.1 K.)
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130273	COMPRESORES DE GOMA PLANOS
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)

131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130449 JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
FARMACIA ANTISÉPTICO
FARMACIA FÁRMACO PRESCRITO

RT - 17

TÉCNICA DE INSERCIÓN DE CATÉTERES PERFÉRICOS

OBJETIVO

Canalización de una vena periférica del paciente con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

Material

- Agujas.
- Aguja con aletas (tipo mariposa)
- Alargadera con llave de tres pasos.
- Algodón
- Apósitos.
- Catéteres IV periféricos de distinto calibre.
- Contenedor para material punzante.
- Esparadrapo.
- Fármacos prescritos.
- Gasas estériles.
- Jeringas.
- Obturador.
- Registros.
- Solución antiséptica.
- Suero salino fisiológico.
- Toallita de celulosa.

Equipo

- Batea.
- Compresor.
- Paño o entremetida.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos.
2. Ver el procedimiento (RT-1).
3. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
4. Informar al paciente de la técnica a realizar.
5. Preservar la intimidad del paciente.
6. Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda según la zona que hayamos elegido.
7. Seleccionar la vena más adecuada atendiendo a (Anexo 1):
 - a) El estado de las venas del paciente.
 - b) Características de la solución a infundir.
 - c) Calibre del catéter.
8. Colocar el paño, entremetida o celulosa debajo de la zona a puncionar (para no manchar la ropa de cama del paciente).
9. Colocar el compresor de 10 a 15 cm. por encima de la zona elegida, para

- interrumpir la circulación venosa pero que permita palpar el pulso radial.
10. Utilizar los dedos índice y medio de la mano no dominante para palpar la vena.
 11. Aplicar la solución antiséptica en la zona y dejar secar.
 12. Colocarse los guantes estériles.
 13. Desenfundar el catéter.
 14. Coger el catéter con la mano dominante.
 15. Fijar la piel con la mano no dominante para evitar que la vena se mueva.
 16. Insertar el catéter con el bisel hacia arriba y con un ángulo entre 15° y 30° (dependiendo de la profundidad de la vena) ligeramente por debajo del punto elegido para la venopunción y en dirección a la vena. Una vez atravesada la piel se disminuirá el ángulo para no atravesar la vena.
 17. Introducir el catéter hasta que se observe el reflujo de sangre. Cuando esto ocurra avanzar un poco el catéter e ir introduciendo la cánula a la vez que se va retirando la aguja o guía.
 18. Retirar el compresor.
 19. Conectar el equipo de infusión al catéter, abrir la llave de goteo y comprobar la permeabilidad, o bien limpiar el catéter con 2 ó 3 cc. de suero fisiológico heparinizado colocando posteriormente el obturador.
 20. Limpiar la zona de punción con una gasa impregnada en antiséptico.
 21. Colocar una gasa estéril debajo de la conexión catéter-equipo o catéter- obturador para evitar decúbitos.
 22. Fijar el catéter con un apósito estéril y fijar el equipo de infusión con esparadrapo a la piel para evitar tracciones.
 23. Desechar la aguja o la guía en el contenedor para material punzante.
 24. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales
 25. Recoger el material.
 26. Retirarse los guantes.
 27. Realizar lavado de manos.
 28. Anotar en registros:
 - Fecha y hora.
 - Calibre del catéter.
 - Nº de intentos de venopunción.

OBSERVACIONES

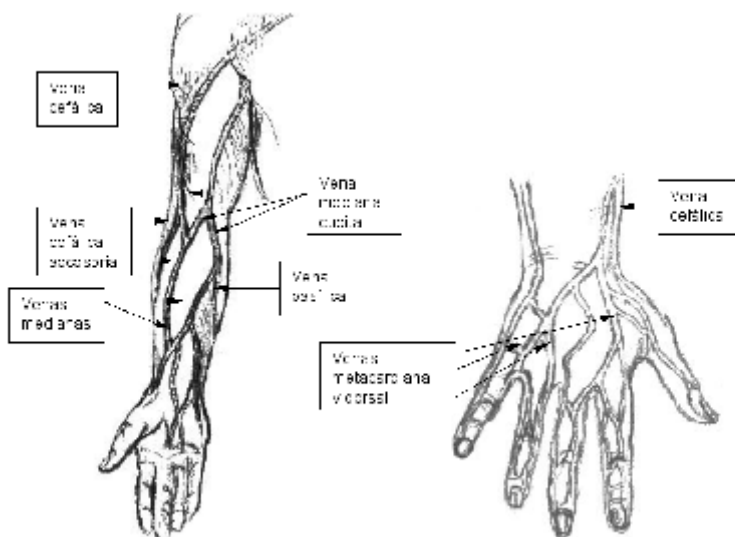
- Venas de acceso periférico que se utilizan más frecuentemente para canalizar una vía (Anexo Nº 1).
- En pacientes pediátricos se utilizarán las venas del cuero cabelludo y pies.
- Evitar las prominencias óseas, las áreas de flexión y las venas de los miembros inferiores siempre que sea posible.
- Utilizar en primer lugar las partes más distales de las venas.
- No colocar una vía en el brazo dominante del paciente, si es posible.
- No pinchar en las venas doloridas, inflamadas, esclerosadas o que estén en un área con extravasación o flebitis.

- No rasurar la zona porque puede causar abrasión, en lugar de esto cortar el vello con unas tijeras si fuera necesario.
- Utilizar un catéter en cada intento de inserción. Una misma enfermera/o no debería realizar más de tres intentos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 317-319.
2. Kirton, C. Medicaciones parenterales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 680-689.
3. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía parenteral. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaída. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 279,280,282,283,285.
4. La Rocca, J. C.; Otto, S. E. Guía clínica de Enfermería. Terapia intravenosa. 2ª Ed. Mosby División de Times Mirror de España S.A. Madrid 1994. Pág. 19-28.
5. Hildebrand, N. Manual práctico de técnicas de inyección y perfusión. Editorial JIMS S.A. Barcelona. 1993. Pág. 33-37.
6. Comparación de las zonas de venopunción periférica. Rev. Nursing. Vol.18. Nº 6. Junio-Julio 2000. Pág. 44.
7. Ellenberger, A. Instauración de una vena periférica. Rev. Nursing. Agosto-Septiembre. 1999. Pág. 36-39.
8. Ángeles, T. Selección del catéter: Elija el tamaño adecuado. Rev. Nursing. Junio- Julio.1997. Pág. 46.
9. Marín Vivó, G; Mateo Marín, E. Catéteres venosos de acceso periférico. Rev. Rol de Enfermería .Nº 229.Septiembre 1997. Pág. 67-70.
10. Thomas-Masoorli, S.; Peterson, R.G. Terapia intravenosa consejos. Rev. Nursing. Vol. 15 Nº 3. Marzo 1997. Pág. 40-43.
11. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 62-66.
12. Esteban, A ;Portero, M.P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid 1988. Pág. 112,113.
13. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 112,113.
14. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 127-132.
15. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 150-153.
16. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO 1



ANEXO DE MATERIALES

Código	Producto
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130991	ADAPTADOR P/ PERFUSION INTERMITENTE (OBTURADOR)
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
131986	ALARGADERA 15 CM.C/LLAVE DE 3 VIAS D.I.3 MM.(GRUESO)
100004	ALGODON HIDROFILO (PAQ.1 K.)
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
130001	CATETER RADIOPACO 14G PERCUTANEO PERIFERICO
130002	CATETER RADIOPACO 16G PERCUTANEO PERIFERICO
130003	CATETER RADIOPACO 18G PERCUTANEO PERIFERICO
130004	CATETER RADIOPACO 20G PERCUTANEO PERIFERICO
130005	CATETER RADIOPACO 22G PERCUTANEO PERIFERICO
130929	CATETER RADIOPACO 24G PERCUTANEO PERIFERICO
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130273	COMPRESORES DE GOMA PLANOS
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L

131101 CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
130194 EQUIPO INFUSION I.V.N.19 C/ALETAS T/BUTTERF
130196 EQUIPO INFUSION I.V.N.21 C/ALETAS T/BUTTERF
130197 EQUIPO INFUSION I.V.N.21 INTERMI. T/BUTTERF
130198 EQUIPO INFUSION I.V.N.23 C/ALETAS T/BUTTERF
130199 EQUIPO INFUSION I.V.N.23 INTERMI. T/BUTTERF
130200 EQUIPO INFUSION I.V.N.25 C/ALETAS T/BUTTERF
130201 EQUIPO INFUSION I.V.N.27 C/ALETAS T/BUTTERF
100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100110 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
131752 PAÑO COBERTOR MESA QUIR.100X150 IMPERMEABLE
190028 TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
FARMACIA ANTISÉPTICO
FARMACIA FÁRMACO PRESCRITO

FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO

RT - 17.1

CUIDADO Y MANTENIMIENTO DE CATÉTERES PERIFÉRICOS

OBJETIVO

Mantener el catéter del paciente permeable y aséptico, evitando complicaciones (Flebitis, decúbitos, obstrucción y extravasación).

Material

- Agujas.
- Alargadera con llave de tres pasos.
- Antiséptico :Povidona Yodada.
- Apósitos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Contenedor de objetos punzantes.
- Equipo Infusión.
- Esparadrapo hipoalergénico.
- Gasas estériles
- Guantes u.s.u. estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jeringas
- Obturador.
- Regulador de flujo.
- Suero fisiológico heparinizado.

Equipo

- Batea.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocarse los guantes para las manipulaciones del sistema y los guantes estériles para los cambios del apósito.
6. Mantener bien fijado el catéter para evitar tracciones, acodamientos y flebitis.
7. Cambiar el apósito cada 48 – 72 horas, o cuando esté húmedo, manchado o despegado.
8. Vigilar el punto de punción, observando que no haya signos de infección: rubor, calor, tumor y/o exudado.
9. Limpiar con antiséptico el punto de punción, con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
10. Colocar una gasa debajo de la conexión catéter–equipo para evitar decúbitos
11. Utilizar llave de tres pasos con alargadera para que la manipulación sea menos traumática.

12. Mantener la llave de tres pasos bien cerrada (con sus tapones).
13. Desinfectar las entradas de la llave con antiséptico siempre que se utilice.
14. Evitar las desconexiones con el sistema intravenoso.
15. Cambiar el sistema cada 48 – 72 horas y la llave de tres pasos o antes si esta contaminado, presenta fugas, etc.
16. Mantener los catéteres heparinizados.
17. Cambiar el catéter siempre que existan flebitis, extravasación, obstrucción o sospecha de infección en el punto de punción.
18. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 320,321.
2. Szekely, S.A. Terapia Intravenosa y vascular. En: Perry, A. G.; Potter, P. A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 710-717.
3. Marín Vivó , G; Mateo Marín, E. Catéteres venosos de acceso periférico. Rev. Rol. Nº 229. Septiembre 1997. Pág. 67-72.
4. Fabra Gensana, M. Terapia intravenosa. Catéteres periféricos. Rev. Rol. Nº 234. Feb. 98.Pág. 75-78
5. Tess, A. Como prevenir la flebitis . Rev. Nursing. Abril 1997. Pág. 53.
6. Díaz Chicano, J. F. y cols. Prevención de las infecciones relacionadas con catéteres venosos en cuidados intensivos. Rev. Intensiva . Vol. 8. Nº 4. Oct-Diciembre. 1997. Pág. 143-150.
7. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 62—66.
8. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 112-113.
9. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 127-132.
10. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 150-153.
11. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
130991	ADAPTADOR P/PERFUSION INTERMITENTE (OBTURADOR)
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
131986	ALARGADERA 15 CM.C/LLAVE DE 3 VIAS D.I.3 MM.(GRUESO)
131103	ALARGADERA 15 CM.MACHO/HEMBRA D.I.2 MM.(FINO)
131109	ALARGADERA 30 CM.MACHO/HEMBRA D.I.3 MM.(GRUESO)
131104	ALARGADERA 50 CM.MACHO/HEMBRA D.I.2 MM.(FINO)
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
130360	EQUIPO INYECTOR CON TOMA AIRE CON FILTRO ANTIBACTER.SIN LATEX
130359	EQUIPO INYECTOR SIN LATEX
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
130459	LLAVE 3 VIAS U.S.U. ESTERIL,ALTA PRESION
130943	REGULADOR DE FLUJO
FARMACIA	ANTISEPTICO (POVIDONA YODADA)

RT - 17.2

TÉCNICA DE RETIRADA DE CATÉTERES PERFÉRICOS

OBJETIVO

Extraer el catéter del paciente después de concluido el tratamiento o cuando exista extravasación, obstrucción o sospecha de infección.

Material

- Apósitos.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u no estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Registros.
- Solución antiséptica.
- Vaso estéril con tapadera.

Equipo

- Batea.
- Tijeras estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en la posición más adecuada y cómoda.
6. Pinzar el equipo de suero si lo hubiera.
7. Colocarse los guantes no estériles.
8. Retirar con suavidad el apósito.
9. Valorar la zona de inserción por si presentara signos de infección (ver observaciones).
10. Retirarse los guantes.
11. Colocarse los guantes estériles.
12. Limpiar con la solución antiséptica el punto de inserción desde dentro hacia fuera, con movimientos circulares.
13. Extraer el catéter lentamente sin rozar la piel.
14. Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos aproximadamente.
15. Limpiar el área y colocar un apósito estéril.
16. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
17. Recoger el material.
18. Retirarse los guantes.

19. Realizar lavado de manos.
20. Anotar en registros de Enfermería el motivo de la retirada.

OBSERVACIONES

- Mandar a cultivar la punta del catéter (Microbiología) si se observan signos de infección (exudado, enrojecimiento...), para ello abrir el frasco de cultivo e introducir, sin tocarlo, la punta del catéter y cortar con las tijeras estériles, tapar el frasco y etiquetar.
- Si existiera exudado purulento se podrá tomar una muestra de éste con un hisopio y mandarlo también al servicio de Microbiología.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág.326.
2. Kirton, C. Medicaciones parenterales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág.728-729..
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 62-66.
4. Esteban, A ;Portero, M.P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid 1988. Pág. 112,113.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 112,113.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 127-132.
7. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 150-153.
8. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130279	CONTENEDOR ESTERIL P/ORINA 100CC
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL

131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA
FARMACIA ANTISÉPTICO

RT - 18

TÉCNICA DE INSERCIÓN DE CVC TIPO TAMBOR (DRUM®) DE ACCESO PERIFÉRICO

OBJETIVO

Acceder a una vía central del paciente a través de una vena periférica con fines terapéuticos y/o diagnósticos.

Material

- Alargadera con llave de tres pasos.
- Apósitos estériles.
- Catéteres central tipo tambor (Drum ®).
- Contenedor para material punzante.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Mascarilla u.s.u.
- Material de Fluidoterapia (RT – 19).
- Registros.
- Solución antiséptica.
- Toallita de celulosa.
- Vendas.

Equipo

- Batea.
- Compresor.
- Equipo de Fluidoterapia.(RT – 19).
- Paños estériles.

PROCEDIMIENTO

Se deberá realizar con la colaboración de otro miembro del equipo.

1. Realizar lavado de manos.(P.M.P.)
2. Preparar la solución a infundir (RT - 19), el resto de material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en decúbito supino (G - 2), con el brazo extendido, formando un ángulo con el cuerpo de 45° a 90°.
6. Elegir la vena a puncionar que será preferentemente la basilíca o cefálica a la altura de la flexura del codo.
7. Colocar un paño, entremetida o celulosa debajo de la zona a puncionar (para no manchar la ropa de cama del paciente).
8. Colocarse la mascarilla y los guantes estériles.
9. Desinfectar la zona con solución antiséptica y dejar actuar durante dos minutos.

10. Colocar paños estériles debajo de la zona a puncionar.
11. Preparar el campo estéril para colocar el material sobre él (catéter, gasas estériles...).
12. Colocar el compresor de 10 a 15 cm. por encima de la zona elegida, para interrumpir la circulación venosa pero que permita palpar el pulso radial (se realizará por la persona que colabora, en caso de que no exista, se cambiarán los guantes estériles).
13. Comprobar la integridad y el buen estado del catéter.
14. Fijar la piel como en los catéteres cortos.
15. Insertar el catéter con el bisel de la aguja hacia arriba, con un ángulo de 15° a 30° para atravesar la piel, en dirección a la vena.
16. Retirar el compresor (por la segunda persona) una vez refluya la sangre en el catéter.
17. Pedir al paciente que gire la cabeza hacia el brazo donde se ha pinchado (para evitar que el catéter ascienda hacia la vena yugular).
18. Girar el tambor (donde están alojados el catéter y la guía) en el sentido de las agujas del reloj, hasta introducir la longitud deseada.
19. No ejercer fuerza; en caso de presentar resistencia, retirar el catéter y volver a comenzar.
20. Retirar la guía una vez introducido el catéter. Con esta guía mediremos la longitud del catéter introducido, colocándola desde el principio del catéter a lo largo del brazo hasta el hombro donde la curvaremos en dirección a la aurícula. Esto nos servirá de orientación hasta la comprobación mediante una radiografía de tórax.
21. Conectar el equipo de infusión comprobando la permeabilidad de la vía (la solución a infundir será de suero salino fisiológico o glucosalino sin medicación hasta la comprobación radiológica).
22. Limpiar la zona de punción con antiséptico.
23. Colocar unas gasas impregnadas en antiséptico y enrollar el catéter sobrante encima de ellas, evitando que se acode.
24. Colocar un apósito estéril y fijar con una venda elástica si es preciso, dejando la conexión libre.
25. Sujetar el sistema de infusión a la piel para evitar tracciones.
26. Desechar la guía en el contenedor para material punzante.
27. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales
28. Recoger el material.
29. Retirarse los guantes.
30. Realizar lavado de manos.
31. Anotar en los registros de Enfermería:
 - Fecha y hora.
 - Tipo de catéter.
 - N° de intentos de venopunción.

OBSERVACIONES

- Tras la comprobación radiológica, si el catéter se encuentra muy introducido, se retirará unos cm. Si su ubicación no fuera correcta (cava superior) se retirará y se volvería a realizar la técnica.
- Este tipo de catéteres permite la medición de la presión venosa central, administración de fármacos irritantes, soluciones hiperosmolares, etc., así como una mayor movilidad del paciente y la administración de tratamientos de larga duración.
- Puede provocar extrasístoles ventriculares si se encuentra muy introducido.
- Utilizar un catéter en cada intento de inserción. Una misma enfermera/o no debería realizar más de tres intentos.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Szekely, S. A. Terapia intravenosa y vascular. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág.692-700.
2. Marín Vivó, G; Mateo Marín, E. Catéteres venosos de acceso periférico. Rev. Rol de Enfermería .Nº 229.Septiembre 1997. Pág. 69-72.
3. Masoorli, S. Dispositivos de acceso a una vía venosa. Rev. Nursing. Diciembre 1997. Pág.18.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131986	ALARGADERA 15 CM.C/LLAVE DE 3 VIAS D.I.3 MM.(GRUESO)
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
100128	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
130341	CATETER CENTRAL SISTEMA TAMBOR T/DRUM
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130273	COMPRESORES DE GOMA PLANOS
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO

131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130469 MASCARILLAS QUIROFANO U.S.U.C/CINTAS
131752 PAÑO COBERTOR MESA QUIR.100X150 IMPERMEABLE
190028 TOALLITA CELULOSA CORTADA 37,5X32,5
100076 VENDAS ELASTICAS CREPE 10 X 10 COMPRES.MEDIA
100077 VENDAS ELASTICAS CREPE 5 X 4 COMPRES.MEDIA
100078 VENDAS ELASTICAS CREPE 7 X 4 COMPRES.MEDIA
ESTERILI PAÑOS VERDES ESTÉRILES
FARMACIA ANTISÉPTICO
FARMACIA FÁRMACO PRESCRITO
FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO
FARMACIA SUERO GLUCOSALINO

RT - 18.1

CUIDADOS Y MANTENIMIENTO DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

Mantener el CVC permeable y aséptico evitando complicaciones (flebitis, decúbitos, obstrucción, extravasación...).

Material

- Agujas.
- Apósitos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Contenedor para material punzante.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jeringas
- Llave de tres pasos.
- Material de Fluidoterapia (RT-19).
- Obturadores.
- Registros.
- Solución antiséptica.
- Suero heparinizado.

Equipo

- Batea.
- Equipo de Fluidoterapia (RT-19).

PROCEDIMIENTO

El procedimiento será el mismo que "Cuidados y mantenimiento del catéter periférico " (RT-17.1), teniendo en cuenta las siguientes consideraciones:

1. Para curar el punto de punción se realizará con técnica estéril.
2. Realizar con técnica estéril todos los cambios de sistemas y accesorios.
3. Evitar las desconexiones del sistema y limitar el uso de llaves de tres pasos y otras conexiones estrictamente a lo necesario.
4. Aplicar antiséptico en la entrada de las llaves cuando se cambien los sistemas o se administre medicación en bolo.
5. Se recomienda envolver las conexiones en gasas impregnadas en povidona yodada.
6. Heparinizar las luces que no se utilicen en los catéteres multilumen y cada vez que se utilicen intermitentemente para administrar medicación y hemoderivados.
7. Restringir las extracciones de sangre a través de estas vías; en caso de que se utilicen se lavaran tras la extracción de la muestra.

OBSERVACIONES

- Ante cualquier duda consultar con la "Guía de cuidados de accesos venosos centrales", editado por la Dirección de Enfermería del H.U. Reina Sofía de Córdoba.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Szekely, S.A. Terapia Intravenosa y vascular. En: Perry, A. G.; Potter, P. A. .Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos.4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 723-724.
2. Marín Vivó , G; Mateo Marín, E. Catéteres venosos de acceso periférico. Rev. Rol. Nº 229. Septiembre 1997. Pág. 67-72.
3. Zafra Solaz, Mª. C. Reservorios Venosos. Rev. Enfermería Integral. Nº 49 Pág. 31-33.
4. Díaz Chicano, J. F. Y cols. Prevención de las infecciones relacionadas con catéteres venosos en Cuidados Intensivos. Rev. Enfermería Intensiva. Vol. 8 Nº 4 Octubre-diciembre 1997 Pág.143-150.
5. División de Enfermería H.U. Reina Sofía. "Guía cuidados accesos venosos centrales". Córdoba 1999.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130991	ADAPTADOR P/PERFUSION INTERMITENTE (OBTURADOR)
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100140	APOSITO QUIR. TRANSP. 6X7 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130449 JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
130459 LLAVE 3 VIAS U.S.U. ESTERIL,ALTA PRESION
ESTERIL PAÑOS VERDES ESTÉRILES
FARMACIA ANTISÉPTICO
FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO HEPARINIZADO

RT - 18.2

TÉCNICA DE RETIRADA DE CATÉTERES VENOSOS CENTRALES

OBJETIVO

Extraer el catéter después de concluido el tratamiento o cuando exista extravasación, obstrucción o sospecha de infección.

Material

- Apósitos.
- Bolsa para residuos.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u no estériles.
- Guantes u.s.u. estériles.
- Hisopo estéril.
- Registros.
- Solución antiséptica.
- Vaso estéril con tapadera.

Equipo

- Batea.
- Pinza de disección sin dientes.
- Tijeras estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad.
5. Colocar al paciente en la posición más cómoda y adecuada.
6. Pinzar el equipo de suero si lo hubiera.
7. Colocarse guantes no estériles.
8. Retirar con suavidad el apósito.
9. Valorar la zona de inserción por si presentara signos de infección (ver observaciones).
10. Retirarse los guantes.
11. Colocarse guantes estériles.
12. Limpiar con solución antiséptica el punto de inserción desde dentro hacia fuera, con movimientos circulares.
13. Retirar puntos de sutura si los hubiera.
14. Coger el catéter cerca de la zona de inserción y retirarlo muy lentamente para prevenir un espasmo venoso.
15. Aplicar presión firme sobre el punto de punción durante tres minutos aproximadamente.

16. Limpiar el área con antiséptico y cubrir con una gasa y un apósito estéril.
17. Inspeccionar el estado del catéter y comprobar que la punta esté íntegra.
18. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
19. Recoger el material.
20. Retirarse los guantes.
21. Realizar lavado de manos.
22. Anotar en registros el motivo de la retirada.

OBSERVACIONES

- Mandar a cultivar la punta del catéter (Microbiología) si se observan signos de infección (exudado, enrojecimiento...); para ello abrir el frasco de cultivo e introducir, sin tocarlo, la punta del catéter y cortar con las tijeras estériles, tapar el frasco y etiquetar.
- Si existiera exudado purulento se podrá tomar una muestra de este con un hisopo y mandarlo también al servicio de Microbiología.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág.326.
2. Kirton, C. Medicaciones parenterales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág.728-729.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130279	CONTENEDOR ESTERIL P/ORINA 100CC
131067	ESCOBILLON SECO POLIEST.CRISTAL.(PLASTICO+ALG
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE

131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
50/00691 PINZA DE DISECCIÓN S/D
50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA
FARMACIA ANTISÉPTICO

RT - 18.3

COLABORACIÓN EN LA INSERCIÓN DE UN CATÉTER VENOSO CENTRAL

OBJETIVO

Ayudar al facultativo en la colocación de un CVC al paciente.

Material

- Agujas.
- Anestésico local.
- Apósitos estériles.
- Catéter central.
- Contenedor para material punzante.
- Esparadrapo.
- Esponja.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u estériles.
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Hoja de bisturí.
- Jabón neutro.
- Jeringas.
- Llave de tres pasos.
- Mascarilla u.s.u.
- Material de Fluidoterapia (RT - 19).
- Obturadores.
- Registros.
- Seda con aguja recta o curva.
- Solución antiséptica.
- Suero heparinizado.

Equipo

- Bata estéril.
- Batea.
- Equipo de Fluidoterapia (RT -19).
- Paños estériles (3 Uds.).
- Set de curas (tijeras, porta y mango de bisturí).

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos (P.M.P.)
2. Preparar la solución a infundir (RT - 19) y el resto del material y trasladarlo al lado del paciente.
3. Informar al paciente de la técnica a realizar.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Colocar al paciente en la posición adecuada según la vía elegida para canalizar.

6. Ayudar al médico a colocarse la ropa estéril.
7. Colaborar con el médico en la preparación del campo estéril y suministrar todo el material con técnica estéril.
8. Realizar la higiene de la zona elegida con agua y jabón si precisa.
9. Colocarse los guantes estériles.
10. Aplicar el antiséptico en la zona a puncionar con movimientos circulares de dentro hacia fuera.
11. Facilitar al facultativo el material que precise en el desarrollo del procedimiento.
12. Colocar el sistema de Fluidoterapia (RT – 19), limpiar con antiséptico la zona de punción y colocar un apósito estéril.
13. Lavar con suero fisiológico heparinizado las vías que no se utilicen (en caso de que haya más de una) y cerrar bien el sistema.
14. Fijar bien el sistema de infusión a la piel para evitar tracciones.
15. Desechar los objetos punzantes en el contenedor.
16. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
17. Recoger el material.
18. Retirarse los guantes.
19. Cursar Rx de Tórax para comprobar la posición del catéter.
20. Realizar lavado de manos.
21. Anotar en registros:
 - Fecha y hora.
 - Tipo de catéter.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Dirección de Enfermería COMPLEJO HOSPITALARIO SAN MILLAN-SAN PEDRO. Manual de Procedimientos Generales de enfermería. Logroño 1999. Pág. 141-143.
2. Krentz, K. Canalización de vena subclavia. Procedimientos de Urgencia en enfermería. Ed. MSD. Barcelona 1991. Pág. 199-201.
3. Krentz, K. Canalización de vena yugular. Procedimientos de Urgencia en enfermería. Ed. MSD. Barcelona 1991. Pág. 195-198.
4. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 136,137.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130991	ADAPTADOR P/PERFUSION INTERMITENTE (OBTURADOR)
130127	AGUJA U.S.U. 16 X 5 C/LUER
130140	AGUJA U.S.U. 40 X 8 C/LUER
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100140	APOSITO QUIR. TRANSP. 6X7 ESTERIL

- 131621 BATA QUIRURGICA ESTERIL REFORZADA
- 131676 CATETER DOBLE LUMEN VIA 4FR 13 CM.
- 131678 CATETER DOBLE LUMEN VIA 4FR 20 CM.
- 131928 CATETER DOBLE LUMEN VIA 4FR 8 CM.
- 131939 CATETER DOBLE LUMEN VIA 5FR 50 CM.
- 131679 CATETER DOBLE LUMEN VIA 5FR 70 CM.
- 131268 CATETER DOBLE LUMEN VIA 7FC 20 CM.
- 130877 CATETER SUBCLAVIA CAVAFIX-458
- 130240 CATETER SUBCLAVIA R-176-20
- 131680 CATETER TRIPLE LUMEN VIA 5FR 13 CM.
- 131682 CATETER TRIPLE LUMEN VIA 5FR 30 CM.
- 131269 CATETER TRIPLE LUMEN VIA 7FR 20 CM.
- 100132 COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
- 131100 CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
- 100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
- 100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
- 100110 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
- 190011 ESPONJA IMPREGNADA 130MM P/ADULTO (E/INDIVIDU
- 190026 ESPONJA IMPREGNADA 75MM INFANTIL (E/INDIVIDUA
- 131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
- 131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
- 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
- 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
- 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
- 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
- 131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
- 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
- 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
- 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
- 130423 HOJAS BISTURI N.12 U.S.U.
- 130424 HOJAS BISTURI N.15 U.S.U.
- 131213 HOJAS BISTURI N.20 U.S.U.
- 130425 HOJAS BISTURI N.21 U.S.U.
- 131214 HOJAS BISTURI N.22 U.S.U.
- 130426 HOJAS BISTURI N.23 U.S.U.
- 131215 HOJAS BISTURI N.24 U.S.U.
- 190019 JABON LIQUIDO DERMATOLOGICO F/1 L.
- 130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
- 131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
- 130459 LLAVE 3 VIAS U.S.U. ESTERIL,ALTA PRESION
- 130469 MASCARILLAS QUIROFANO U.S.U./CINTAS
- 131752 PAÑO COBERTOR MESA QUIR.100X150 IMPERMEABLE
- SEDA CON AGUJA CURVA
- SEDA CON AGUJA RECTA
- SET DE CURAS
- MANGO DE BISTURÍ

	PORTAGUJAS
50/01264	TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA
ESTERILI	BATAS
ESTERILI	PAÑOS VERDES ESTÉRILES
FARMACIA	ANTISÉPTICO
FARMACIA	ANESTESICO LOCAL
FARMACIA	SUERO SALINO FISIOLÓGICO HEPARINIZADO

RT - 19

FLUIDOTERAPIA

OBJETIVO

Preparar y administrar líquidos al paciente por vía intravenosa en dosis y horarios prescritos.

Material

- Agujas.
- Alargadera con llave de tres pasos.
- Contenedor para material punzante.
- Equipo de infusión con o sin aire.
- Equipos de bomba de infusión.
- Esparadrapo.
- Filtro antibacteriano de 22 micras.
- Fluidoterapia prescrita.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u estériles.
- Guantes u.s.u no estériles.
- Jeringas.
- Microgoteros.
- Obturador.
- Registros.
- Reguladores de flujo.
- Solución antiséptica.

Equipo

- Batea.
- Bomba de Perfusión Volumétrica.
- Soporte de suero.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos. (P.M.P.)
2. Ver el procedimiento (RT - 1).
3. Preparar el material:
 - a) Introducir de forma aséptica los medicamentos prescritos en la solución intravenosa.
 - b) Comprobar el color y la claridad de la solución IV una vez preparada.
 - c) Etiquetar la solución con los siguientes datos: nombre del paciente, medicación, hora de comienzo y finalización.
 - d) Abrir el equipo de infusión manteniendo estéril ambos extremos.
 - e) Colocar la pinza de rueda del equipo por debajo de la cámara de goteo, en posición cerrada.
 - f) Quitar la cubierta protectora del equipo infusor e insertar este extremo

- dentro de la bolsa o frasco de infusión (con la toma de aire cerrada).
- g) Comprimir la cámara de goteo permitiendo que se llene de la solución entre un tercio y la mitad de su capacidad (abrir la toma de aire).
 - h) Abrir la pinza lentamente permitiendo que el líquido cebe todo el sistema, eliminando todo el aire.
 - i) Conectar al final del equipo el regulador de flujo y la alargadera con llave de tres pasos (purgarlas).
4. Trasladar el material al lado del paciente.
 5. Informar al paciente de la técnica a realizar.
 6. Preservar la intimidad del paciente.
 7. Canalizar la vía IV según el procedimiento (RT – 17), si no la hubiera.
 8. Conectar el extremo (estéril) del equipo al catéter IV de manera aséptica.
 9. Abrir con la pinza el sistema y permitir que pase la solución comprobando la permeabilidad del catéter.
 10. Ajustar el ritmo de goteo prescrito y comprobar éste con frecuencia.
 11. Fijar el sistema de infusión con esparadrapo para evitar tracciones.
 12. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales
 13. Recoger el material.
 14. Retirarse los guantes.
 15. Realizar lavado de manos.
 16. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Cuando se precise profundir líquidos con mucha precisión (Pacientes pediátricos, drogas vasoactivas, cantidades pequeñas en periodos largos, nutriciones parenterales...), se utilizarán bombas de perfusión volumétricas. En este caso se purgará el sistema de infusión de acuerdo con las instrucciones del fabricante y se insertará en la bomba, prefijando el ritmo deseado.
- Reglas para ajustar el ritmo de perfusión:
 - 1 gota = 0,05 ml. (dependiendo del equipo de infusión).
 - Por tanto 1ml= 20 gotas

.Regla de los 7: para los sistemas calibrados como se indica anteriormente.

Ej.: 500 ml/ 24h = 7 gotas/min.

1000 ml/ 24h= 500 ml/ 24h x 2= 7 gotas / min. x 2= 14 gotas/ min.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 323,324.
2. Kirton, C. Medicaciones parenterales. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 654-658.
3. Szekely, S. A. Terapia intravenosa y vascular. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace

- S.A..Madrid.1999.Pág. 681-683.
4. Nieto Rodríguez, A. Administración por vía parenteral. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaída. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 286,287.
 5. La Rocca, J. C.; Otto, S. E. Guía clínica de Enfermería. Terapia intravenosa. 2ª Ed. Mosby División de Times Mirror de España S.A. Madrid 1994. Pág. 116,117.
 6. Hildebrand, N. Manual práctico de técnicas de inyección y perfusión. Editorial JIMS S.A. Barcelona. 1993. Pág. 39-46.
 7. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 112,113.
 8. Esteban, A ;Portero, M.P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid 1988. Pág. 120.
 9. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 111.
 10. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág. 142-145.
 11. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130991	ADAPTADOR P/ PERFUSION INTERMITENTE (OBTURADOR)
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
131986	ALARGADERA 15 CM.C/LLAVE DE 3 VIAS D.I.3 MM.(GRUESO)
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131909	EQUIPO INYECTOR BAJA ABSORCION P/CITOSTATICOS SIN PVC
130360	EQUIPO INYECTOR CON TOMA AIRE CON FILTRO ANTIBACTER.SIN LATEX
130359	EQUIPO INYECTOR SIN LATEX
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
130374	FILTRO 0,22 MICRA P/ADMINISTRACCION DE NUTRICION
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO

131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131549 JERINGAS 50 CC.IVAC-700-710 (30602)
131743 JERINGAS PERFUSION 50 CC
131745 JERINGAS PERFUSION 50 CC.OPACA
131811 JERINGAS U.S.U. 1 ML.CENTESIMAL S/AGUJA
131984 JERINGAS U.S.U. 1 ML.INSULINA 40 UI S/AGUJA
130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
130449 JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
131744 LINEA PARA JERINGA DE PERFUSION
131746 LINEA PARA JERINGA DE PERFUSION OPACA
130494 MICROGOTEROS C/BURETA DE 150 ML.P/SOLUCION INTRAVENOSA
130943 REGULADOR DE FLUJO
131552 SISTEMA BOMBA INFUS.M-580 (75803)
131550 SISTEMA BOMBA PERFUS.M-565/560 (52713)
131558 SISTEMA D/JERINGA E-30402
131764 SISTEMA DE BAJA ABSORCION P/B.VOLUMETRICA
131769 SISTEMA OPACO P/B.VOLUMETRICA
131740 SISTEMA PARA BOMBAS VOLUMETRICAS
131742 SISTEMA VOLUMETRICOS C/DOSIFICADOR (BURETA)
FARMACIA ANTISÉPTICO
FARMACIA FÁRMACO PRESCRITO
FARMACIA SUEROTERAPIA PRESCRITA

RT - 20

TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA Y DE HEMODERIVADOS

OBJETIVO

Administrar sangre o hemoderivados al paciente en las condiciones de seguridad adecuada evitando complicaciones.

Material

- Agujas.
- Contenedor para material punzante.
- Equipo de inyector especial para trasfusión.
- Equipos de bomba de infusión para hemoderivados.
- Esparadrapo.
- Filtro de leucocitos.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u no estériles.
- Guantes u.s.u estériles.
- Jeringas.
- Presurizador (manguito de presión para paso rápido de líquidos).
- Registros.
- Sangre o hemoderivados.
- Solución antiséptica.
- Suero salino fisiológico.

Equipo

- Batea.
- Bomba de Perfusión Volumétrica.
- Soporte de suero.

PROCEDIMIENTO

1. Ver el procedimiento. (RT - 1)
2. Comprobar que el hemoderivado recibido corresponde con el prescrito por el facultativo.
3. Verificar el nombre y los apellidos del paciente, el nº de historia, el grupo sanguíneo, el Rh y el nº de unidades a perfundir. Estos datos se comprobarán tanto en la historia del paciente, en las bolsas de hemoderivados y en el impreso de Banco de sangre que acompaña al producto.
4. Comprobar la fecha de caducidad del producto a trasfundir y el aspecto (color, grumos, burbujas...)
5. Rechazar el producto y llamar al Banco de sangre si hay alguna anomalía o no coinciden los datos. Si hay que remitirlo de nuevo al Banco de sangre se hará antes de 30 minutos.
6. Realizar lavado de manos. (P.M.P.).
7. Preparar el material.

8. Trasladar el material al lado del paciente.
9. Informar al paciente de la técnica a realizar.
10. Preservar la intimidad del paciente.
11. Volver a comprobar los datos del preparado y la identidad del paciente.
12. Obtener los datos transfusionales del paciente teniendo en cuenta si ha presentado reacciones adversas en las anteriores.
13. Colocar al paciente en posición cómoda.
14. Tomar constantes vitales (Tª, TA, FR, FC).
15. Comprobar que la vía intravenosa canalizada es del calibre adecuado y permeable o canalizar una si no la hubiera (RT-17).
16. No administrar ningún otro líquido o medicación a la vez por la misma vía mientras dure la transfusión excepto suero salino fisiológico. Si resulta inevitable administrar medicación, limpiar la vía con el suero salino fisiológico antes y después.
17. Homogeneizar la bolsa y comprobar que la temperatura del producto a transfundir es similar a la temperatura del cuerpo.
18. Insertar el sistema en la bolsa del hemoderivado y purgarlo.
19. Conectar el extremo (estéril) del sistema al catéter IV de manera aséptica y fijarlo.
20. Cuando se transfunda sangre total o concentrado de hematíes, cambiar el sistema con cada unidad.
21. Iniciar la transfusión muy lentamente y permanecer al lado del paciente los primeros minutos observando las posibles reacciones transfusionales.
22. Ajustar el ritmo de infusión prescrito, teniendo en cuenta que el tiempo de la perfusión del hemoderivado no debe sobrepasar las cuatro horas.
23. Tomar las constantes vitales a los 15 minutos de iniciada la transfusión y al finalizarla.
24. Vigilar a menudo el ritmo de infusión y el estado general del paciente.
25. Suspender la transfusión ante cualquier tipo de reacción como fiebre, escalofríos, urticaria, disnea...(ver observaciones) y avisar al facultativo.
26. Lavar la vía IV con suero salino fisiológico una vez terminada la transfusión.
27. Dejar al paciente en posición cómoda y adecuada permitiendo el fácil acceso al timbre y objetos personales.
28. Recoger el material.
29. Retirarse los guantes.
30. Realizar lavado de manos.
31. Anotar en los registros de Enfermería:
 1. Hora de inicio y de finalización.
 2. Tipo de hemoderivado y nº de unidades.
 3. Signos vitales.
 4. Respuesta del paciente a la transfusión.
32. Adjuntar informe de compatibilidad (pruebas cruzadas) a la historia del paciente.

OBSERVACIONES

- Pautas a seguir ante una reacción transfusional:
 - Interrumpir de inmediato la transfusión.
 - Notificar la reacción al facultativo.

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

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 304-306.
2. Vaughan, S. A. Hemoterapia. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace SA. Madrid. 1999. Pág. 731-747.
3. La Rocca, J. C.; Otto, S. E. Guía clínica de Enfermería. Terapia intravenosa. 2ª Ed. Mosby División de Times Mirror de España S.A. Madrid 1994. Pág. 143-184.
4. Fitzpatrick, L. Fitzpatrick, T. Transfusión. Mantener la seguridad del paciente. Rev. Nursing. Diciembre 1997. Pág. 8 -15.
5. Seguridad en las transfusiones de sangre. Rev. Nursing. Noviembre 1996. Pág. 34-36.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 125-127.
7. Esteban, A ;Portero, M.P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid 1988. Pág. 128-130.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 113,114.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág. 159-164.
10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1336-1392.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
170528	S.H. 12 PETICION TRANSFUSION (T/50 HOJAS)
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131561	EQUIPO TRANSFUSIÓN SANGUÍNEA
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
132004	FILTRO MICROAGREGADO SQ-40SE S/ SET DE INFUSION HORIZONTAL
131429	FILTRO MICROAGREGADO SQ-40SKL CON SET DE INFUSION
132001	FILTRO MICROAGREGADO SQ-40SKL S/ SET DE INFUSION
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
131001	PRESURIZADOR 500 ML.
131741	SISTEMA VOLUMETRICOS PARA HEMODERIVADOS
B.SANGRE	SANGRE O HEMODERIVADO
FARMACIA	ANTISÉPTICO
FARMACIA	SUERO SALINO FISIOLÓGICO

RT - 21

COLOCACIÓN DEL TUBO DE GUEDE

OBJETIVO

Mantener la permeabilidad de las vías respiratorias del paciente, evitar la obstrucción y facilitar la aspiración bucofaríngea.

Material

- Depresor lingual.
- Gasas o compresas.
- Guantes no estériles.
- Mascarilla facial si es necesario.
- Material de aspiración (D-3).
- Registros de Enfermería.
- Tubo de Guedel de tamaño adecuado: adultos y pediátrico.

Equipo

- Batea.
- Equipo de aspiración.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos si la situación del paciente lo permite (situación de urgencia...)
2. Reunir el material lo antes posible y trasladarlo al lado del paciente.
3. Colocarse los guantes y la mascarilla siempre que sea posible.
4. Explicar el procedimiento al paciente aunque parezca que no está alerta.
5. Retirar las prótesis dentales al paciente si las tuviera.
6. Seleccionar el tamaño del tubo de Guedel adecuado:
 - a) Colocar la cánula sobre la mejilla del paciente con la placa plana en los labios.
 - b) El extremo de la cánula debe quedar en el ángulo de la mandíbula del paciente.
7. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3).
8. Mantener la hiperextensión de la cabeza del paciente.
9. Introducir la cánula en la boca con la concavidad en el paladar.
10. Deslizar la cánula por el paladar hasta introducirla aproximadamente hasta la mitad (paladar blando)
11. Girar 180° mientras se avanza suavemente hacia la faringe, hasta hacer tope con la pared posterior o los dientes.
12. Aspirar secreciones si precisa (D – 3)
13. Realizar la higiene de la cara del paciente.
14. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Si el paciente presenta traumatismo facial, la técnica de colocación será:

Introducir el tubo de Guedel con el extremo distal hacia abajo ayudándonos con un depresor para retirar la lengua.

- Un tubo demasiado largo puede provocar irritación o lesión local, facilitando la aparición de laringoespasmos o edema de glotis.
- Un tubo corto puede producir obstrucción de la vía aérea produciendo un efecto contrario al que buscamos.
- Una técnica de colocación incorrecta puede empujar la lengua hacia atrás y provocar obstrucción.
- La colocación en pacientes conscientes puede producir reflejo nauseoso, vómitos y broncoaspiración.
- Si por las condiciones del paciente la cánula va a permanecer durante un plazo prolongado, se procederá a su extracción periódica para llevar a cabo su limpieza y cuidados de la boca (B – 5).
- Retirar la cánula cuando el paciente esté consciente y no la tolere.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 64,65.
2. Souter, Sharon. Inserción de una vía aérea orofaríngea. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 550-553.
3. Díaz Castellano, M.A.; Cantalapiedra Santiago, J. A.; Gutiérrez Rodríguez, J. Soporte Vital Avanzado: Asistencia respiratoria y circulatoria. En: Ruano, M; Perales, N. Manual de soporte vital avanzado. 1ª Ed. Editorial Masson. S.A. Barcelona. 1997. Pág. 47-49.
4. Morra – Martín, L. Inserción de una vía respiratoria oral. En: Manzini, M. E.. Manual de bolsillo de procedimientos de urgencia en Enfermería. Editorial Edika – Med. S.A. Barcelona 1991. Pág. 17-20.

ANEXO DE MATERIALES

Código Producto

171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
100010	COMPRESA BLANCA 50X50
130309	DEPRESOR DE MADERA ESMERILADO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130469	MASCARILLAS QUIROFANO U.S.U.C/CINTAS
130752	TUBO DE GUEDEL N. 0

- 130753 TUBO DE GUEDEL N. 1
- 130754 TUBO DE GUEDEL N. 2
- 130755 TUBO DE GUEDEL N. 3
- 130756 TUBO DE GUEDEL N. 4
- 130757 TUBO DE GUEDEL N. 5
- 130758 TUBO DE GUEDEL N. 6

RT - 22

VENTILACION CON MASCARILLA Y BALON RESUCITADOR (AMBU)

OBJETIVO

Suplir la ventilación y oxigenación espontánea del paciente.

Material

- Conexión de oxígeno (alargadera).
- Guantes no estériles.
- Mascarillas faciales de varios tamaños.
- Material de aspiración(D-3).
- Registros de Enfermería.
- Tubos de Guedel de tamaño adecuado.

Equipo

- Balón resucitador (Ambú).
- Batea.
- Equipo de aspiración.
- Humidificador.

PROCEDIMIENTO

1. Realizar lavado de manos si la situación del paciente lo permite (situación de urgencia...)
2. Reunir el material lo antes posible y trasladarlo al lado del paciente.
3. Colocarse los guantes siempre que sea posible.
4. Explicar el procedimiento al paciente aunque parezca que no está alerta.
5. Retirar las prótesis dentales al paciente si las tuviera.
6. Colocar al paciente en decúbito supino (G – 3).
7. Aspirar secreciones si precisa (D – 3).
8. Colocar tubo de Guedel (RT-21) si precisa.
9. Situarse por detrás de la cabeza del paciente.
10. Conectar la mascarilla al balón resucitador.
11. Conectar el balón a la fuente de oxígeno.
12. Sellar la mascarilla a la cara del paciente englobando la boca y la nariz.
13. Sujetar la posición nasal de la mascarilla con el pulgar y la parte mentoniana con el índice de la mano no dominante.
14. Mantener la hiperextensión de la cabeza, traccionando de la mandíbula hacia arriba y atrás con los dedos de la misma mano.
15. En pacientes pediátricos la hiperextensión del cuello será menor o nula, ya que ésta puede cerrar la vía aérea por las características anatómicas de éstos pacientes.
16. Ventilar con compresiones del balón firmes y suaves.
17. Comprobar la elevación del tórax con cada insuflación, si esto no ocurre verificar el ajuste de la mascarilla o la permeabilidad de la vía aérea.

OBSERVACIONES

- Evitar la hiperextensión del cuello en pacientes con lesiones cervicales.
- Observar a través de la mascarilla (transparente) si hay vómitos; en caso de que los hubiera suspender el procedimiento, levantar la mascarilla limpia y aspirar. Volver a reiniciar las compresiones.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 79.
2. Mulryan, K.. Medidas de precaución en caso de convulsiones. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 86-89
3. O'Brien, K.. Cuidados del paciente con crisis convulsivas. Rev. Nursing 1991. Diciembre Pág. 35-37.
4. Ridgeway, G. Like, M. Desmitificar las crisis tónico-clónicas. Revista Nursing 1992. Agosto – Septiembre. Pág. 45-47.
5. Sorrentino, S.A.. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A.. Madrid. 1994. Pág. 460.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA AMBU (COMPRA DIRECTA)
131774	AQUAPAK HUMIDIFICADOR C/ADAPTADOR
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO MASCARILLA FACIAL VARIOS TAMAÑOS (COMPRA DIRECTA)
130752	TUBO DE GUEDEL N. 0
130753	TUBO DE GUEDEL N. 1
130754	TUBO DE GUEDEL N. 2
130755	TUBO DE GUEDEL N. 3
130756	TUBO DE GUEDEL N. 4
130757	TUBO DE GUEDEL N. 5
130758	TUBO DE GUEDEL N. 6
131222	TUBO OXIGENO 180 CM. C/CONEXION

RT - 23

CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LAS CONVULSIONES

OBJETIVO

Controlar la actividad convulsiva del paciente y prevenir la aparición de lesiones secundarias a esta situación.

Material

- Agujas IV.
- Fármacos específicos.
- Guantes estériles y no estériles.
- Jeringas.
- Material de canalización venosa (RT-17).
- Material de Colocación de Guedel (RT-21).
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Almohada.
- Barandillas.
- Batea.
- Equipo de aspiración.
- Equipo de canalización venosa (RT-17).
- Equipo de Colocación de Guedel (RT-21).
- Soporte de gotero.

PROCEDIMIENTO

1. Solicitar ayuda y avisar al facultativo.
2. Colocar al paciente en el suelo si está de pie o sentado en el momento de la crisis:
 - a. Retirar los muebles y objetos de alrededor.
 - b. Proteger la cabeza con una almohada para evitar lesiones.
3. Si el paciente está en la cama, colocarla en posición horizontal y colocar las barandillas.
4. Colocar el tubo de Guedel según el procedimiento (RT-21), cuando la mandíbula del paciente esté relajada durante la actividad convulsiva.
5. Proporcionar intimidad al paciente si es posible.
6. Aflojar la ropa apretada y no sujetar ni restringir los movimientos corporales durante la crisis.
7. Colocar al paciente en decúbito lateral (G - 3 .2), si es posible, con la cabeza ligeramente flexionada hacia adelante para facilitar el drenado de saliva y vómitos.
8. Aspirar secreciones (D - 3), si precisa, procurando el mínimo de estimulación.
9. Canalizar una vía venosa periférica y preparar 10 mg. diluidos en 10 cc de SSF de diazepam en espera de la orden médica, si no está protocolizado.

10. Permanecer y valorar constantemente al paciente durante la crisis convulsiva.
11. Ofrecer seguridad y proporcionar un entorno tranquilo y silencioso en el periodo postcrítico.
12. Anotar en los registros de Enfermería:
 - a) Cómo y cuándo comenzó la crisis.
 - b) Duración.
 - c) Número de crisis.
 - d) Tipo de movimientos y parte del cuerpo afectada.
 - e) Conducta postcrisis.
 - f) Cambios pupilares y mirada conjugada, si la hubiera.
 - g) Incontinencia urinaria y/o fecal.

OBSERVACIONES

- Cuando el paciente se despierte, reorientarlo y tranquilizarlo.
- Preguntarle sobre el aura o las actividades que precedieron a la convulsión.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 79.
2. Mulryan, K. Medidas de precaución en caso de convulsiones. En: Perry, A. G.; Potter, P.A. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 86-89
3. Sorrentino, S.A.. Enfermería práctica. 3ª Ed. Editorial Mosby S.A.. Madrid. 1994. Pág. 460.
4. O'Brian, K. Cuidados del paciente con crisis convulsivas. Rev. Nursing. Dic. 1991. Pág.: 35 – 37.
5. Ridglway, G.; Like, M. Desmitificar las crisis tónico-clónicas. Rev. Nursing. Agosto- Septiembre. 1992. Pág. 45-47.
6. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 276-277.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 153-154
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 213.
9. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 195-199.
10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1323-1355.
11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1629-1874.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA

170477 RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138 RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
130139 AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
FARMACIA FARMACOS PRESCRITOS

RT - 24

DOLOR PRECORDIAL.ACTUACION DE ENFERMERIA RT- 24

OBJETIVO

Proporcionar atención inmediata al paciente con dolor torácico para facilitar el diagnóstico de las causas del dolor.

Material

- Guantes no estériles.
- Material de oxigenoterapia (D-1)
- Material de sueroterapia (RT – 19).
- Material para canalización venosa (RT-17).
- Material para extracción de sangre (RD-6).
- Medicamentos específicos.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Carro de parada.
- Electrocardiógrafo.
- Equipo de oxigenoterapia (D-1)
- Equipo de sueroterapia (RT – 19).
- Equipo para canalización venosa (RT-17).
- Equipo para extracción de sangre (RD-6).
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Monitor de ECG si lo hubiera.

PROCEDIMIENTO

1. Valorar las características del dolor (H - 5) y los síntomas acompañantes.
2. Colocar al enfermo en posición cómoda en reposo absoluto.
3. Avisar al facultativo.
4. Preservar la intimidad del paciente.
5. Tranquilizar al paciente.
6. Aflojar la ropa ceñida y descubrir el tórax.
7. Tomar constantes vitales, (F.C. , T.A.) (RD-1, RD- 4).
8. Administrar vasodilatadores coronarios sublinguales si está prescrito con anterioridad o protocolizado. (DT - 3)
9. Administrar oxigenoterapia (D-1) a 2 ó 3 l/m.
10. Monitorizar E.C.G. si se dispone de monitor.
11. Canalizar una vía venosa (RT-17) si no la tuviera.
12. Extraer sangre venosa para cursar al laboratorio (RD- 6).
13. Preparar medicación de urgencia en espera de las ordenes médicas.
14. Aliviar la ansiedad del paciente, si su estado lo permite informándole de los procedimientos que se le realicen.

15. Ofrecer apoyo emocional y tranquilidad. Pedirle que nos informe de cualquier cambio en las características del dolor o cualquier síntoma que presente.
16. Si el paciente requiere atención en U.C.I. preparar el traslado según procedimiento (A - 3).
17. Recoger el material.
18. Anotar en los registros de Enfermería:
 - a) Inicio, duración y características del dolor.
 - b) Estado general del paciente.
 - c) Constantes.
 - d) Cuidados proporcionados y medicación administrada.
 - e) Hora e incidencias del traslado si las hubiera.

OBSERVACIONES

- Ante cualquier dolor torácico o epigástrico agudo, hay que considerar la posibilidad de la existencia de I.A.M.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Calloway, C.K. Momento álgido en el dolor torácico. Rev. Nursing. Febrero 1991 Pág. 20-21.
2. Lazzaca ,D; Sellergren, C.. Dolor torácico. Rev. Nursing. Junio - Julio 1997. Pág. 24-33.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 272-274.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 215.
5. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1127-1245.
6. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-874.
7. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 53-58
8. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 111-114.
9. Martín Serrano, F. y col. Guía práctica de cuidados intensivos. Hospital Doce de Octubre. Madrid. 1996. Pág.145-146.
10. Seaman, M.A.. Valoración cardiaca. En: Mancini, M.E. Procedimientos de Urgencia en enfermería. Edt. Edika – Med. S.A. Barcelona 1991. Pág. 254-257.
11. Ruano, M; Perales, N. Manual de soporte vital avanzado. 1ª edición . Edt. Masson. Barcelona 1998. Pág. 161-165.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA

171138 RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
FARMACIA MEDICACION PRESCRITA

RT - 25

REACCIONES ANAFILACTICAS AGUDAS.

OBJETIVO

Prestar al paciente una asistencia inmediata que frene la acción de la hipersensibilidad anafiláctica.

Material

- Guantes no estériles.
- Material de oxigenoterapia (D-1).
- Material de sueroterapia (RT-19).
- Medicamentos específicos.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Carro de parada (RT- 29).
- Equipo de oxigenoterapia(D-1).
- Equipo de sueroterapia (RT-19).
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Monitor de F.C.

PROCEDIMIENTO

1. Solicitar ayuda y avisar al facultativo.
2. Suspender toda la terapia en curso.
3. Tranquilizar al paciente, acostarlo y aflojarle la ropa.
4. Tomar la F.C. del paciente y monitorizarla si se dispone de monitor.
5. Mantener permeables las vías aéreas.
6. Administrar oxígeno para suplir hipoxemia (D-1.1).
7. Canalizar vía venosa si no la tuviera (RT-17) y mantenerla con un suero (RT-19).
8. Preparar fármacos específicos (Adrenalina, corticoides y/o antihistamínicos) y administrarlos por orden facultativa (RT-16).
9. Controlar las constantes vitales (RD-1, RD-2, RD-3, RD-4).
10. Actuar según protocolo de R.C.P. (RT-28), si se produce parada cardio - respiratoria.
11. Investigar las posibles causas desencadenantes de la crisis.
12. Trasladar al paciente a la U.C.I. si fuera necesario (A-3).
13. Anotar en los registros de Enfermería :
 - a) Inicio, duración y características de la reacción.
 - b) Estado general y constantes vitales.
 - c) Pauta seguida y medicación administrada.
 - d) Hora e incidencias del traslado si las hubiera.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Alcalde Palacios, A. Actuaciones de Enfermería ante una situación crítica: Shok anafiláctico. Intoxicaciones. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. III. Sevilla 1998. Pág. 86.
2. Centro de Estudios Adams. Actuaciones de Enfermería ante una situación crítica: Shok anafiláctico. Intoxicaciones. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 59. Pág. 299-300.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 275.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 217.
5. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1356-1339.
6. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1461-1480.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
FARMACIA	MEDICACION PRESCRITA

RT - 26

SHOCK.ACTUACION DE ENFERMERIA

OBJETIVO

Prestar al paciente una asistencia urgente para recuperar las funciones vitales.

Material

- Guantes no estériles.
- Material de oxigenoterapia (D-1)
- Material de sueroterapia (RT-19).
- Material para extracción de sangre (RD-6)
- Material para sondaje vesical (E-2)(E-3).
- Medicamentos específicos.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Carro de parada (RT- 29)
- Equipo de oxigenoterapia.
- Equipo de sueroterapia.
- Fonendoscopio.
- Monitor de ECG.
- Monitor de T.A. no invasiva.

PROCEDIMIENTO

1. Valorar el estado del paciente (ansiedad, agitación, estado de conciencia, FC, T.A., sudoración, palidez...)
2. Solicitar ayuda y avisar al facultativo.
3. Tomar la F.C. (RD-1) y T.A.(RD- 4) del paciente y monitorizarla si se dispone de monitor.
4. Administrar oxígeno para suplir hipoxemia (D-1.1).
5. Canalizar vía una o dos vías venosas con catéteres de calibre grueso (RT-17) y mantenerla con un suero (RT-19).
6. Extraer sangre para análisis aprovechando la misma punción (RD-6):
 - Hematimetría.
 - Bioquímica.
 - Pruebas cruzadas.
 - Estudio de coagulación.Estas muestras se cursarán por orden del facultativo.
7. Perfundir SSF o el indicado por el facultativo.
8. Administrar fármacos prescritos (RT -16).
9. Vigilar las constantes vitales (RD-1, RD-2, RD-3, RD-4) para valorar la situación hemodinámica.
10. Elevar miembros inferiores del paciente si su estado lo permite.
11. Realizar sondaje vesical (E-2) (E-3).

12. Controlar la diuresis y el balance hídrico (E-1)(E-7).
13. Actuar según protocolo de R.C.P. (RT-28), si se produce parada cardio - respiratoria.
14. Trasladar al paciente a la U.C.I. si fuera necesario (A-3).
15. Anotar en registros :
 - a) Inicio, duración y características de la reacción.
 - b) Estado general, constantes vitales Y balance hídrico.
 - c) Pauta seguida y medicación administrada.
 - d) Hora e incidencias del traslado si las hubiera.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 278-280.
2. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 219-220.
3. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1127-1245.
4. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-876.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 53-58
6. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991. Pág 111-114.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
FARMACIA	MEDICACION PRESCRITA

RT - 27

HEMORRAGIA AGUDA. CUIDADOS DE ENFERMERIA

OBJETIVO

Proporcionar de forma urgente los cuidados necesarios para detener o disminuir la hemorragia, así como recuperar la volemia.

Material

- Compresas y gasas estériles.
- Guantes no estériles.
- Material de oxigenoterapia (D-1)
- Material para canalización venosa (RT-17) , sueroterapia (RT-19) y transfusión de hemoderivados (RT- 20).
- Material para extracción de sangre (RD-6).
- Medicamentos específicos (sangre y hemoderivados).
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Carro de parada.
- Equipo de oxigenoterapia.
- Equipo de sueroterapia.
- Esfingomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Presurizador (manguito de presión para infundir líquidos con rapidez)

PROCEDIMIENTO

1. Valorar el estado del enfermo (sudoración, palidez, frialdad)
2. Pedir ayuda y avisar al facultativo.
3. Tranquilizar al paciente y colocarlo en la cama en la posición más cómoda.
4. Comprimir el punto de sangrado si fuera externo, con apósitos o gasas estériles, y si la hemorragia fuera de una extremidad, elevarla.
5. Informar al paciente de los procedimientos que se le realicen.
6. Controlar o monitorizar los ctes. Vitales (T.A.,F.C.,F.R.) (RD-4, RD-1, RD- 2).
7. Administrar oxigenoterapia según el estado del paciente (D – 1).
8. Canalizar una o dos vías periféricas con catéteres intravenosos gruesos.
9. Extraer sangre venosa para cursar al laboratorio (RD-6) aprovechando la misma punción: hemograma, estudio de coagulación y pruebas cruzadas.
10. Perfundir el suero prescrito a ritmo rápido en espera de la transfusión (RT – 19).
11. Preparar los fármacos específicos y administrarlos según prescripción facultativa (RT – 16).
12. Realizar sondaje vesical (E – 2), (E – 3).
13. Preparar y colaborar con el médico en la canalización de CVC si fuese necesario (RT – 18.3).
14. Si fuera necesario intervenir al paciente, se preparará para su traslado al

quirófano (A – 3).

15. Aplicar el procedimiento de RCP si fuera necesario (RT – 28).

16. Anotar en registros:

- Localización, cantidad y aspecto de la hemorragia.
- Constantes vitales y balance hídrico.
- Cuidados proporcionados y medicación administrada.
- Hora e incidencias del traslado si las hubiera.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Alvarez Fernández, J. A. Soporte vital básico. En : Ruano, M; Perales, N. Manual de soporte vital avanzado. 1ª edición . Edt. Masson. Barcelona 1998. Pág. 20-21.
2. Buchda, V.; Tryniszewski, C..Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera.1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 134.
3. Martín Agudo.Actuación de Enfermería ante una situación crítica: politraumatizados. En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditán / Algaida. Vol. III. Sevilla 1998. Pág. 66-68.
4. Bowman Perkins, S; Kennally, K. M. Hemorragia interna: un peligro oculto. Rev. Nursing. Abril. 1990. Pág.: 8-17.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 278-280.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 219-220.
7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1127-1245.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-874.
9. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 53-58
10. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 111-114.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
100131	COMPRESA BLANCA 10X10
100010	COMPRESA BLANCA 50X50
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO

131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
FARMACIA MEDICACION PRESCRITA

RT - 28

REANIMACIÓN CARDIO PULMONAR

OBJETIVO

Revertir el estado de parada cardio – respiratoria (P.C.P.) sustituyendo primero, para intentar instaurar después, la respiración y la circulación espontaneas, encaminadas a recuperar las funciones cerebrales de forma completa.

Material

- Guantes u.s.u. no estériles.
- Material de aspiración (D-3 y D-3.1).
- Material de oxigenoterapia (D-1)
- Material de sueroterapia (RT-19).
- Material para extracción de sangre (RD-6)
- Medicamentos específicos.
- Registros de Enfermería.

Equipo

- Bombas de infusión.
- Carro de parada (RT- 29).
- Desfibrilador.
- Equipo de oxigenoterapia.
- Equipo de sueroterapia.
- Esfigmomanómetro.
- Fonendoscopio.
- Monitor de ECG.
- Monitor de T.A. no invasiva.
- Tabla de parada.

PROCEDIMIENTO

1. Confirmar que el paciente está en parada cardio – respiratoria siguiendo los siguientes criterios:
 - a) Comprobar estado de conciencia: (gritar y sacudir al paciente preguntándole: ¿Se encuentra bien?).
 - b) Comprobar ventilación: Acercar la cara a la boca del paciente con la vía aérea suficiente abierto, observar movimientos respiratorios de la caja torácica, escuchar y notar en la mejilla la posible salida de aire (ver, oír y sentir).
 - c) Comprobar circulación: buscar la presencia del latido de la arteria carótida y femoral (pulso braquial en lactantes).
2. Anotar mentalmente la hora del inicio de la parada.
3. Dar la voz de alarma y avisar al resto del equipo.
4. Aislar con un biombo al paciente que comparte habitación.
5. Trasladar el carro de parada junto al paciente.

6. Colocar al paciente en decúbito supino sobre la tabla de parada.
7. Puño – percusión (dar dos o tres golpes con el puño cerrado sobre el esternón).
8. Monitorizar al paciente si se dispone de monitor.
9. Permeabilizar la vía aérea:
 - Retirar prótesis y aspirar secreciones (D-3).
 - Elevar manualmente la mandíbula e inclinar la frente ligeramente hacia atrás (maniobra frente – mentón).

1ª persona.

10. Ventilar al paciente:
 - Conectar ambú a fuente de O₂.
 - Ventilar con mascarilla y ambú (RT – 22) si el paciente no respira comenzando con dos insuflaciones y dejando salir el aire de forma pasiva.
 - Si el paciente conserva el pulso, continuar con dos insuflaciones/ minuto.

2ª persona.

10. Iniciar masaje cardiaco externo si no existe pulso:
 - El lugar de la compresión torácica en adultos será de dos traveses de dedo por encima de la apófisis xifoides.
 - Colocar sobre el punto indicado el talón de una mano y sobre el dorso de ésta la otra, con los dedos entrelazados sin que estén en contacto con el tórax.
 - Colocar los brazos perpendiculares al punto elegido y cargar el peso sobre ellos sin flexionar los codos.
 - La compresión deprimirá el esternón unos 4-5 cm. ;y el ritmo de compresión será de 80-100/ min.(nunca < 80).

11. Coordinar el masaje cardiaco con la ventilación de modo que por cada 5 compresiones se realice una insuflación.
12. Si se dispone de desfibrilador y el médico lo indica, aplicar pasta conductora a las palas para realizar la desfibrilación e indicar a todo el personal que se aparte de la cama del paciente mientras se desfibrila.
13. Canalizar una vía venosa (RT-17) si el paciente no la tuviera y administrar los fluidos (RT-19) y medicamentos prescritos por el facultativo (RT-16).
14. Comprobar la efectividad del masaje con la palpación del pulso cada 2 ó 3 minutos.
15. Preparar el material y ayudar al facultativo a la intubación endotraqueal si fuera necesario.
16. Realizar gasometría arterial si nos lo solicita el facultativo (RD-9).
17. Interrumpir la RCP cuando el facultativo lo decida.
18. Preparar el traslado del paciente a la UCI si procede (A-3).
19. Recoger el material utilizado y proceder a su limpieza.
20. Reponer el material utilizado del carro de parada, dejándolo completamente

dotado para su posterior uso.

21. Anotar en los registros de Enfermería:

- Hora de inicio y duración .
- Medicación administrada y respuesta a la misma.
- Cuidados de Enfermería realizados.
- Hora del traslado a la UCI e incidencias del mismo si las hubiera.

CONSIDERACIONES EN PEDIATRÍA.

En pacientes pediátricos, debemos tener en cuenta una serie de consideraciones especiales en la aplicación del procedimiento:

1. Punto de compresión:

Lactantes: 1 dedo por debajo de la línea intermamaria. Se utilizarán los dedos medio y anular de una mano.

Niños: Similar al adulto; pero con el talón de una sola mano (niños pequeños).

2. Frecuencia de compresión:

Lactantes: > 100/ minuto.

Niños: 80 -100/ minuto.

3. Profundidad de la compresión:

Lactantes: 2 cm.

Niños: 3 cm

4. Volumen de ventilación:

Los volúmenes de ventilación dependerán de la edad y se evitarán que sean excesivos por el riesgo de barotrauma. Se insuflará hasta ver elevarse el tórax.

5. Frecuencia de ventilación:

Lactantes: 20 -25/ minuto.

Niños: 15 -20/ minuto.

DIFERENCIAS EN LA RCP ENTRE ADULTOS, LACTANTES Y NIÑOS					
	ADULTOS		NIÑOS		LACTANTES
ADULTOS	>8		De 1 a 8 años		<1
INSUFLACIONES/MINUTO	12		15		20
COMPRESIONES/MINUTO	80/100		80/100		>100
COLOCACIÓN MANOS	Talón ambas manos		Talón una mano		Dedos medio y anular
PROFUNDIDAD COMPRES.	3 a 5 cm.		2,5 a 3,75 cm.		1,5 a 2,5 cm.
REANIMADORES	1	2	1	2	1
RELACIÓN COMPRES. / VENTILACIÓN	15/2	5/1	5/1		5/1

Adaptado de Alcalde Palacios, A. Actuaciones de Enfermería ante una situación crítica. Reanimación cardiopulmonar básica. En: Beltrán Chacón. Vol.IV. Ceditán-Algaída. Sevilla. 1998. Pág:30

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 238.
2. Cerda Vila, M.. Generalidades. En : Ruano, M; Perales, N. Manual de soporte vital avanzado. 1ª edición . Edt. Masson. Barcelona 1998. Pág. 1-11.
3. Alvarez Fernández, J. A. Soporte vital básico. En : Ruano, M; Perales, N. Manual de soporte vital avanzado. 1ª edición . Edt. Masson. Barcelona 1998. Pág. 13-29.
4. Tormo Calandín y cols. Soporte vital en Pediatría. En : Ruano, M; Perales, N. Manual de soporte vital avanzado. 1ª edición . Edt. Masson. Barcelona 1998. Pág. 11-134.
5. Mancini, M. E. Reanimación cardiopulmonar. En: Mancini, M. E.. Procedimientos de Urgencia en Enfermería. 1ª Ed. Editorial Edika – Med. S.A. Barcelona. 1991.Pág.: 228-231.
6. Alcalde Palacios, A. Actuaciones de Enfermería ante una situación crítica. Reanimación cardiopulmonar básica. En: Beltrán Chacón. Vol.IV. Ceditán-Algaida.Sevilla.1998.Pág: 21-34.
7. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 272-274.
8. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 221-225.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1127-1245.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 653-876.
11. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería.2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 53-58
12. Sastre, H. Manual de Procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid. 1991.Pág 111-114.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
FARMACIA	MEDICACION PRESCRITA

RT - 29

PREPARACION DEL CARRO DE PARADA

OBJETIVO

Mantener el carro con la medicación y el material adecuado para proporcionar una actuación rápida y segura.

- **Material para apertura de vía aérea y ventilación:**
 - Tubos orofaríngeos (Guedel) nº 1,2,3,4,5 (adultos) y nº 00,0,1,2,3,4 (niños).
 - Ventilador manual de tipo balón (adultos y niños) con válvula unidireccional desechable, provista de entrada de O₂.
 - Juego de 3 mascarillas transparentes para la ventilación artificial, provistas de borde almohadillado para facilitar el sellado hermético: tamaño adulto, niños y lactantes.
 - Laringoscopio con juego de palas curvas del nº 2,3,4 y juego de palas rectas del nº 0,1,2.
 - Tubos endotraqueales sin balón nº 2.5,3,3.5,4,4.5
 - Tubos endotraqueales con balón de baja presión nº 3,3.5,4,4.5,5,5.5,6,6.5,7,7.5,8,8.5,9,9.5.
 - Fiadores para tubos endotraqueales (guías).
 - Conexión en T para tubos endotraqueales.
 - Pinza de Maguill para adultos y niños.
 - Pinza de Kocher.
 - Jeringas desechables de 10 c.c.
 - Pilas de recambio para laringoscopio (mínimo 2).
 - Bombilla de recambio para laringoscopio.
 - Cinta o venda de gasa para fijación de T.E.T.
 - Lubricante anestésico hidrosoluble.
 - Sonda de aspiración nº 4,6,10,12,14.
 - Conexiones en Y para sondas de aspiración.
 - Mascarilla de O₂ con FiO₂ regulable (tipo Ventimask®).
 - Alargadera de O₂ de 180 cm.
 - Humidificador higroscópico.
 - Esparadrapo para fijar T.E.T. en niños.
- **Material para soporte circulatorio y complementario.**
 - Tabla para RCP.
 - Fonendoscopio.
 - Esfingomanómetro.
 - Cánulas intravenosas con catéter externo a la aguja nº 24,22,20,18,16,14.
 - Agujas tipo mariposa nº 23,21,19,16.
 - Aguja intramuscular u.s.u.

- Agujas intravenosas u.s.u.
- Jeringas de 1,2,5,10,20 c.c. u.s.u.
- Catéter de 71 cm. de longitud (14 G) para punción percutánea de vena-antecubital de tambor (tipo Drum[®])
- Catéteres para punción percutánea de vena central.
- Sistemas de goteo normal y microgoteo.
- Llaves de tres pasos.
- Compresor venoso elástico.
- Guantes de goma estériles nº 6.5,7,7.5 y 8.
- Paños verdes estériles.
- Gasas estériles, compresas.
- Esparadrapo de tela.
- Set de curas.
- Seda con aguja atraumática nº 0 y 1.

• **Medicación:**

- Adenosina: viales de 10 mg de ATP/ml.(Atepodin[®]).
- Adrenalina: ampollas de 1 mg/ml.
- Amiodarona: ampollas de 150 mg.(Trangorex[®]).
- Atracurio besilato: ampollas de 25 mg/2,5ml.
- Anestésico local: mepivacaína o lidocaína al 1%.(Scandibsa[®]).
- Atropina: ampollas de 1 mg/ml.
- Bicarbonato 1 M: ampollas de 10 ml.
- Cloruro cálcico al 10: ampollas de 10 ml.
- Diazepam: ampollas de 10 mg. (Valium[®]).
- Dopamina: ampollas de 200 mg.
- Dobutamina: viales de 250 mg. (Dobutrex[®]).
- Glucosa al 50: ampollas de 20 mg.
- Isoproterenol: ampollas de 0,2 mg. (Aleudrina[®]).
- Lidocaína al 1% y 5%: ampollas de 10 ml.(Lincaina[®])
- Naloxona: ampollas de 0,4 mg.
- Nitroglicerina: ampollas de 5 mg.(Solinitrina[®]).
- Pancuronio bromuro: ampollas de 4 mg/ 2 ml.(Pavulon[®]).
- Solución antiséptica: povidona yodada.
- Succinilcolina: ampollas de 100 mg/ ml.(Anectina[®]).
- Sulfato magnesico: ampollas de 1500 mg al 15%/ 10 ml.
- Verapamilo: ampollas de 5 mg/ 2 ml.

• **Sueros:**

- Suero fisiológico isotónico, 500 ml.
- Glucosado al 5%, 500ml.
- Bicarbonato 1 M 250 ml.
- Solución hidroxietil – almidón (Hemocé[®]) o solución coloidal de polipeptidos al 3.5%, 500 ml.

PROCEDIMIENTO

1. El carro de parada debe estar dotado de todo el material de urgencia necesario para atender a los pacientes de cada unidad, atendiendo a su edad y patología (adultos, pediatría...)
2. La distribución del material en el carro se hará de forma que todo esté visible o bien etiquetado para un uso rápido de todos sus componentes.
3. El carro se situará en cada unidad en un lugar visible y de fácil acceso por parte del personal de la unidad.
4. Se revisará periódicamente el buen estado y funcionamiento de los componentes del carro, así como la caducidad de la medicación y se deberán establecer turnos o protocolos de revisión en cada unidad.
5. Reponer toda la medicación y material fungible utilizado tras cada uso, a ser posible en el mismo turno de trabajo en que se utilizó.
6. Comunicar a la supervisión de la unidad la existencia de deterioro o carencia de material, cuando se produzca alguna de estas situaciones.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Soto Ibáñez, J. M.; Perales Rodríguez de Viguri, N.; Ruano Marco, M. En : Ruano, M; Perales, N. Manual de soporte vital avanzado. 1ª edición . Edt. Masson. Barcelona 1998. Pág. 208-210.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
130894	AGUJA U.S.U. 25 X 11 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
130128	AGUJA U.S.U. 30 X 7 C/LUER
130140	AGUJA U.S.U. 40 X 8 C/LUER
260013	BOMBILLA P/LARINGO (19-3095-01 MN0,4)
260006	BOMBILLA P/LARINGO R-2008
130341	CATETER CENTRAL SISTEMA TAMBOR T/DRUM
130341	CATETER CENTRAL SISTEMA TAMBOR T/DRUM
131676	CATETER DOBLE LUMEN VIA 4FR 13 CM.
131678	CATETER DOBLE LUMEN VIA 4FR 20 CM.
131928	CATETER DOBLE LUMEN VIA 4FR 8 CM.
131939	CATETER DOBLE LUMEN VIA 5FR 50 CM.
131679	CATETER DOBLE LUMEN VIA 5FR 70 CM.
131268	CATETER DOBLE LUMEN VIA 7FC 20 CM.
130001	CATETER RADIOPACO 14G PERCUTANEO PERIFERICO
130002	CATETER RADIOPACO 16G PERCUTANEO PERIFERICO
130003	CATETER RADIOPACO 18G PERCUTANEO PERIFERICO
130004	CATETER RADIOPACO 20G PERCUTANEO PERIFERICO
130005	CATETER RADIOPACO 22G PERCUTANEO PERIFERICO
130929	CATETER RADIOPACO 24G PERCUTANEO PERIFERICO
130877	CATETER SUBCLAVIA CAVAFIX-458

- 130240 CATETER SUBCLAVIA R-176-20
- 131680 CATETER TRIPLE LUMEN VIA 5FR 13 CM.
- 131682 CATETER TRIPLE LUMEN VIA 5FR 30 CM.
- 100132 COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
- 100010 COMPRESA BLANCA 50X50
- 130273 COMPRESORES DE GOMA PLANOS
- 131646 CONEXION EN Y 4X4X4 MM.(Y-11) P/TUBOS Y SONDAS
- 131647 CONEXION EN Y 7X7X7 MM.(Y-22) P/TUBOS Y SONDAS
- 130194 EQUIPO INFUSION I.V.N.19 C/ALETAS T/BUTTERF
- 130196 EQUIPO INFUSION I.V.N.21 C/ALETAS T/BUTTERF
- 130197 EQUIPO INFUSION I.V.N.21 INTERMI. T/BUTTERF
- 130198 EQUIPO INFUSION I.V.N.23 C/ALETAS T/BUTTERF
- 130199 EQUIPO INFUSION I.V.N.23 INTERMI. T/BUTTERF
- 130200 EQUIPO INFUSION I.V.N.25 C/ALETAS T/BUTTERF
- 130201 EQUIPO INFUSION I.V.N.27 C/ALETAS T/BUTTERF
- 130360 EQUIPO INYECTOR CON TOMA AIRE CON FILTRO ANTIBACTER.SIN LATEX
- 100017 ESPARADRAPO TELA 10 X 10
- 100020 ESPARADRAPO TELA 5 X 5
- 100020 ESPARADRAPO TELA 5 X 5
- P.EXTERNOOR FIADORES DE TET (GUIAS)
- 131842 FILTRO HUMIDIFICADOR MINI NEONATAL
- 131090 FILTRO HUMIDIFICADOR PEDIATRICO
- 131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
- 131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
- 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
- 130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
- 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
- 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
- 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
- 131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
- 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
- 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
- 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
- 131811 JERINGAS U.S.U. 1 ML.CENTESIMAL S/AGUJA
- 130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
- 131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
- 130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
- 130449 JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
- 131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
- 130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
- 130459 LLAVE 3 VIAS U.S.U. ESTERIL,ALTA PRESION
- 130464 MASCARILLAS OXIGENO CONCENTRAC.VARIABLE ADULT
- 131814 MASCARILLAS OXIGENO CONCENTRAC.VARIABLE PEDIA
- 130494 MICROGOTEROS C/BURETA DE 150 ML.P/SOLUCION INTRAVENOSA
- 260040 PILA ALCALINA 1,5V LR14

- 260042 PILA ALCALINA 1,5V LR6
 ? SEDA CON AGUJA ATRAUMÁTICA P/PUNTO SUTURA
 131550 SISTEMA BOMBA PERFUS.M-565/560 (52713)
 131740 SISTEMA PARA BOMBAS VOLUMÉTRICAS
 130588 Sonda aspiración N.10 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130587 Sonda aspiración N.12 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130589 Sonda aspiración N.14 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130590 Sonda aspiración N.16 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130591 Sonda aspiración N.18 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130592 Sonda aspiración N.20 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130596 Sonda aspiración N.6 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130594 Sonda aspiración N.8 ENDOT.ÉSTERIL USU
 130752 TUBO DE GUEDEL N. 0
 130753 TUBO DE GUEDEL N. 1
 130754 TUBO DE GUEDEL N. 2
 130755 TUBO DE GUEDEL N. 3
 130756 TUBO DE GUEDEL N. 4
 130757 TUBO DE GUEDEL N. 5
 130758 TUBO DE GUEDEL N. 6
 130870 TUBO ENDOT.N.7 ORAL/NASAL S/BALON
 131055 TUBO ENDOT.N.7,5 ESPIRAL REFORZADO C/BALON
 130946 TUBO ENDOT.N.7,5 ORAL/NASAL C/BALON
 131056 TUBO ENDOT.N.8 ESPIRAL REFORZADO C/BALON
 130947 TUBO ENDOT.N.8 ORAL/NASAL C/BALON
 131976 TUBO ENDOT.N.8 ORAL/NASAL C/BALON BAJA PRESION
 131057 TUBO ENDOT.N.8,5 ESPIRAL REFORZADO C/BALON
 130948 TUBO ENDOT.N.8,5 ORAL/NASAL C/BALON
 131977 TUBO ENDOT.N.8,5 ORAL/NASAL C/BALON BAJA PRESION
 130995 TUBO ENDOT.N.9 ORAL/NASAL C/BALON
 131978 TUBO ENDOT.N.9 ORAL/NASAL C/BALON BAJA PRESION
 131222 TUBO OXIGENO 180 CM. C/CONEXION
 130846 TUBOENDOT. N 2.5 ORAL/NASAL S/BALON
 131118 TUBOENDOT. N 3 ORAL/NASAL C/BALON
 130665 TUBOENDOT. N 3 ORAL/NASAL S/BALON
 131116 TUBOENDOT. N 3.5 ORAL/NASAL C/BALON
 131115 TUBOENDOT. N 4 ORAL/NASAL C/BALON
 130867 TUBOENDOT. N 4 ORAL/NASAL S/BALON
 131123 TUBOENDOT. N 4.5 ORAL/NASAL C/BALON
 130868 TUBOENDOT. N 4.5 ORAL/NASAL S/BALON
 131124 TUBOENDOT. N 5 ORAL/NASAL C/BALON
 130869 TUBOENDOT. N 5 ORAL/NASAL S/BALON
 131006 TUBOENDOT. N 5.5 ORAL/NASAL C/BALON
 131005 TUBOENDOT. N 5.5 ORAL/NASAL S/BALON
 130944 TUBOENDOT. N 6 ORAL/NASAL C/BALON
 131459 TUBOENDOT. N 6 ORAL/NASAL S/BALON

130945 TUBOENDOT. N 6.5 ORAL/NASAL C/BALON

131460 TUBOENDOT. N 6.5 ORAL/NASAL S/BALON

100084 VENDAS GASA 5 X 10 ORILLADA

100085 VENDAS GASA 5 X 5 ORILLADA

ESTERL SET DE CURAS

ESTERIL PAÑO VERDE

FARMACIA LUBRICANTE HIODROSOLUBLE

FARMACIA MEDICACION PRESCRITA

RT - 30

CUIDADOS DE ENFERMERÍA ANTIÁLGICOS

OBJETIVO

Reducir el dolor y / o mejorar el bienestar del paciente.

Material

- Registros de Enfermería.
- Medicación antiálgica prescrita.

Equipo

- Almohada, almohadillas, protectores...
- Bolsas de hielo.
- Bolsas de agua caliente.
- Foco de calor.

PROCEDIMIENTO

1. Valorar el dolor del paciente(H – 5).
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Eliminar los factores que puedan aumentar el dolor:
 - a) Prendas que opriman.
 - b) Vendajes compresivos.
 - c) Férulas.
 - d) Posiciones inadecuadas o prolongadas.
 - e) Decúbitos.
 - f) Dispositivos o drenajes mal colocados.
4. Aplicar medidas psicológicas:
 - a) Dar información veraz y honesta sobre los cuidados de Enfermería para evitar temor y ansiedad.
 - b) Ofrecer conversación, distracción, lectura, actividades...
 - c) Promover la visita de familiares y amigos cuando sea posible.
 - d) Hacer que confíe en el personal de Enfermería que la atiende, haciéndole entender que nos preocupa su dolor y que se va a hacer todo lo posible por aliviarlo.
 - e) Proporcionar un entorno limpio y agradable, sin ruidos excesivos, con buena ventilación y atmósfera adecuada.
 - f) Orientar en tiempo y en espacio, sobre todo en UCI, unidades cerradas, y en pacientes ancianos.
 - g) Fomentar la autoestima e independencia.
 - h) Favorecer la relajación: enseñar al paciente a respirar lenta y profundamente. Utilizar voz suave y tranquila.
5. Aplicar medidas físicas:
 - a) Utilizar calor para aliviar los dolores musculares.
 - b) Utilizar frío para tratar las inflamaciones.

- c) Masajear las zonas dolorosas para evitar contracturas y favorecer la circulación sanguínea.
 - d) Favorecer posturas antiálgicas (cambios posturales).
 - e) Utilizar almohadillas para acomodar las zonas dolorosas.
6. Aplicar analgésicos:
- a) Administrar la analgesia prescrita sin omitir ninguna dosis, aunque el paciente no tenga dolor o esté dormido.
 - b) Observar el efecto analgésico y duración del mismo.
 - c) Observar y anotar los efectos adversos.
7. Anotar en registros de Enfermería la eficacia de las medidas tomadas. En caso negativo, comunicarlo al facultativo.

CONSIDERACIONES EN PACIENTES PEDIÁTRICOS.

- En pacientes pediátricos permitir la estancia continua de los padres.
- Explicar que no se le está castigando (no utilizar expresiones que puedan interpretarse como amenazas)
- Acariciarlo, y evitar que se sienta abandonado y desprotegido.
- Permitir que el niño se desahogue y llore libremente.
- Usar técnicas de reforzamiento positivo.

OBSERVACIONES

- El dolor no representa un fenómeno natural asociado con el envejecimiento o las enfermedades crónicas. Con frecuencia este concepto conlleva una infravaloración del dolor.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C.. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 92.
2. Brown, V. M. Supresión de estímulos dolorosos En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A. Madrid. 1999. Pág. 101-111.
3. Centro de Estudios Adams. Cuidados de Enfermería al paciente con dolor. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Pág. 464-467.
4. Gómez Martín, M.. Cuidados de Enfermería al paciente con dolor En: Beltrán Chacón, A; Ponce Blandón, J. A. Servicio Andaluz de Salud. Diplomados de Enfermería. Contestaciones al programa oficial. Materia específica. 1ª Ed. Editorial Ceditan / Algaída. Vol. IV. Sevilla 1998. Pág. 325.
5. Solana Zunzuñeui, E. Actitud de la Enfermería ante el paciente con dolor. Rev. Enfermería Clínica. Vol.3. Nº 2. Pág. 73-75.
6. Martínez Ibañez, M. A. Dolor en el niño ¡Se precisan tratamientos más eficaces!. Rev. ROL de Enfermería. Nº 226. Junio 1997. Pág. 13-19.
7. Rodríguez Ruiz, J ; Uribe Moreno, J. C.; González Carrión, P. Dolor en el niño. Rev. ROL de Enfermería. Nº 220. Diciembre 1996. Pág. 57-59.
8. Martínez Barellas, Mª R. ¿ Qué sabe sobre el dolor en el recién nacido ?. Rev. ROL de enfermería. Nº 226. Junio 1997. Pág. 79-85.
9. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedi-

mientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 53-70.

10. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1033-1076.

11. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 263-286.

ANEXO DE MATERIALES

Código *Producto*

171153 RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA

171141 RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA

170477 RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA

171138 RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO

131793 BOLSA DE GOMA P/AGUA 1/2 LITRO

130169 BOLSA DE GOMA P/AGUA 2 LITROS

130170 BOLSA DE GOMA P/HIELO

FARMACIA MEDICACION PRESCRITA

RT - 31

COLABORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN LA REALIZACIÓN DE UNA PARACENTESIS

OBJETIVO

Extraer líquido de la cavidad abdominal del paciente con fines diagnósticos y/o terapéuticos, colaborando con el facultativo.

Material

- Agujas.
- Anestésico local.
- Antiséptico.
- Apósitos.
- Catéteres cortos.
- Equipo inyector de suero.
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Jeringas.
- Material de sueroterapia (RT-19) si precisa.
- Registros.
- Tubos de analítica.

Equipo

- Batea.
- Contenedor para objetos punzantes.
- Copa graduada.
- Equipo de sueroterapia (RT-19) si precisa.
- Paños estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Comprobar que el paciente ha recibido información médica del procedimiento a realizar.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Pedir al paciente que vacíe la vejiga antes de comenzar el procedimiento (realizar sondaje vesical en caso necesario).
4. Realizar lavado de manos.
5. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
6. Canalizar una vía venosa si el facultativo lo indica.
7. Medir el perímetro abdominal.
8. Situar al paciente en posición semi Fowler.
9. Medir T.A.
10. Preparar el campo estéril con el material necesario.
11. Descubrir el abdomen y aplicar antiséptico en la zona a puncionar.

12. Proporcionar al facultativo el material que necesite en el desarrollo del procedimiento.
13. Preparar los tubos estériles para la recogida de muestras si fuera necesario.
14. Controlar que el drenado de líquido sea lento y continuo, si la paracentesis es evacuadora.
15. Controlar la T.A. durante la evacuación y al finalizar el procedimiento.
16. Colocar apósito sobre la zona de punción al terminar la evacuación.
17. Controlar el manchado del apósito periódicamente, valorando la cantidad y color del líquido drenado. Cambiar el apósito cuantas veces sea necesario.
18. Mantener al paciente en cama e iniciar la deambulación de forma progresiva dependiendo de su estado general.
19. Medir el líquido drenado.
20. Medir el perímetro abdominal.
21. Retirar el material.
22. Realizar lavado de manos.
23. Identificar y cursar los tubos con las muestras a los distintos laboratorios y Servicios.
24. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Vigilar la aparición de signos y síntomas de hemorragia, valorando la coloración de piel y mucosas tras el procedimiento.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. López Naranjo, L. y cols. Atención de Enfermería en una paracentesis abdominal. Enf. Clínica. Vol. 5. Nº 1. Pág. 45 – 47.
2. Jones, L. A. Paracentesis. En: Mancini, M. E. Procedimientos de urgencias en Enfermería. 1ª Ed. Editorial Edika-Med S. A. Barcelona. 1991. Pág. 109-111.
3. Kuhrik, M.; Kuhrik, N. S. Procedimientos diagnósticos. En: Perry A. G.; Potter, P. A. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt-Brace. Madrid 1999. Pág. 1239-1333.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171149	RG-448 HOJA-SOPORTE DE ANALÍTICA
170162	P.114/17 ANALISIS URGENTES(T/50 X 2 JGOS) ANATOMÍA PATOLÓGICA
170359	RG-100 MICROBIOLOGIA
171095	TARJETA GRAFITADA CORD.ESPEC.9775-33
130127	AGUJA U.S.U. 16 X 5 C/LUER
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL

100127 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
130001 CATETER RADIOPACO 14G PERCUTANEO PERIFERICO
130002 CATETER RADIOPACO 16G PERCUTANEO PERIFERICO
130003 CATETER RADIOPACO 18G PERCUTANEO PERIFERICO
100132 COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950 CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100 CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
130288 COPA GRADUADA PIE Y PICO 100 CC
130285 COPA GRADUADA PIE Y PICO 1000 CC
131212 COPA GRADUADA PIE Y PICO 2000CC
130286 COPA GRADUADA PIE Y PICO 250 CC.
130287 COPA GRADUADA PIE Y PICO 500 CC.
130360 EQUIPO INYECTOR CON TOMA AIRE CON FILTRO ANTIBACTER.SIN LATEX
130359 EQUIPO INYECTOR SIN LATEX
131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
CÓDIGO PRODUCTO
131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
130449 JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
130451 JERINGAS U.S.U. C/LUER 50 CC.
130459 LLAVE 3 VIAS U.S.U. ESTERIL,ALTA PRESION
131379 TUBO 11X70 C/TAPON ESTERIL
131732 TUBO 13 ML CONICO C/TAPON ROSCA,ESTERIL
130921 TUBO 13X75 C/TAPON ESTERIL
131378 TUBO 16X100 C/TAPON F/REDONDO ESTERIL
131871 TUBO HEPARINA-LITIO 10 ML.TAPON HEMOGARD 6484
ESTERIL PAÑOS VERDES
FARMACIA ANTISEPTICO
FARMACIA ANESTESICO LOCAL

RT - 32

COLABORACIÓN Y CUIDADOS DE ENFERMERIA EN LA REALIZACIÓN DE UNA TORACOCENTESIS

OBJETIVO

Extraer líquido de la cavidad pleural, mediante una punción a través de la pared torácica, del paciente con fines diagnósticos y/o terapéuticos, colaborando con el facultativo.

Material

- Agujas.
- Alargadera.
- Anestésico local.
- Antiséptico.
- Apósitos.
- Catéteres.
- Equipo inyector de suero.
- Frasco estéril (de vacío).
- Gasas estériles.
- Guantes u.s.u. estériles
- Guantes u.s.u. no estériles.
- Impresos de petición de pruebas.
- Jeringas.
- Llave de tres pasos.
- Material de sueroterapia (RT-19) si precisa.
- Medicación prescrita.
- Registros.
- Tubos de analítica.

Equipo

- Batea.
- Contenedor para objetos punzantes.
- Copa graduada.
- Paños estériles.
- Equipo de sueroterapia (RT-19) si precisa.

PROCEDIMIENTO

1. Comprobar que el paciente ha recibido información médica del procedimiento a realizar.
2. Preservar la intimidad del paciente.
3. Realizar lavado de manos.
4. Administrar medicación si está prescrita (analgesia, sedación, antitusígeno...).
5. Valorar los signos vitales.
6. Preparar el material y trasladarlo al lado del paciente.
7. Colocar al paciente sentado en el borde de la cama, recostado sobre una

- mesilla auxiliar y apoyando los brazos en una almohada.
8. Pedir al paciente que durante el proceso evite toser, estornudar, moverse o respirar profundamente, para no puncionar la pleura visceral o el pulmón.
 9. Preparar el campo estéril con el material necesario.
 10. Descubrir el tórax y aplicar antiséptico en la zona a puncionar.
 11. Proporcionar al facultativo el material que necesite en el desarrollo del procedimiento.
 12. Preparar los tubos estériles para la recogida de muestras si fuera necesario.
 13. Observar si presenta algunos de estos signos: disnea, ansiedad, taquinea, taquicardia, hipotensión que indicarían alguna complicación de la toracocentesis.
 14. Colocar apósito sobre la zona de punción al terminar la evacuación.
 15. Controlar el manchado del apósito periódicamente, valorando la cantidad y color del líquido drenado. Cambiar el apósito cuantas veces sea necesario.
 16. Mantener al paciente en cama e iniciar la deambulación de forma progresiva dependiendo de su estado general.
 17. Registrar cantidad total, color y carácter del líquido extraído.
 18. Valorar signos vitales.
 19. Recoger el material.
 20. Realizar lavado de manos.
 21. Cursar los tubos con las muestras a los distintos laboratorios y Servicios.
 22. Cursar petición de placa de tórax si procede.
 23. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Vigilar la función respiratoria.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Jones, L. A. Toracocentesis. En: Mancini, M. E. Procedimientos de urgencias en Enfermería. 1ª Ed. Editorial Edika-Med S. A. Barcelona. 1991. Pág. 21-24.
2. Kuhrik, M.; Kuhrik, N. S. Procedimientos diagnósticos. En: Perry A. G.; Potter, P. A. Enfermería Clínica: Técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt-Brace. Madrid 1999. Pág. 1365-1369.
3. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 299.

ANEXO DE MATERIALES

Código	Producto
171152	RG-451 GRÁFICA DE CINCO DIAS GRAFICAS ESPECIFICAS DE CIERTAS UNIDADES
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171149	RG-448 HOJA-SOPORTE DE ANALÍTICA ANATOMÍA PATOLÓGICA
170162	P.114/17 ANALISIS URGENTES(T/50 X 2 JGOS)

170359	RG-100 MICROBIOLOGIA
171095	TARJETA GRAFITADA CORD.ESPEC.9775-33
130127	AGUJA U.S.U. 16 X 5 C/LUER
130077	AGUJA PUNCION LUMBAR 18GX3 1/2
130078	AGUJA PUNCION LUMBAR 19GX3 1/2
131151	AGUJA PUNCION LUMBAR 20GX1 1/2
131043	AGUJA PUNCION LUMBAR 20GX2 1/2 C/CONECT.MET.+PUNTA T/DIAMANTE
131185	AGUJA PUNCION LUMBAR 20GX3 1/2
131181	AGUJA PUNCION LUMBAR 22GX1 1/2
131759	AGUJA PUNCION LUMBAR 22GX2 1/2
131084	AGUJA PUNCION LUMBAR 22GX3
130080	AGUJA PUNCION LUMBAR 22GX3 1/2
131152	AGUJA PUNCION LUMBAR 25GX3 1/2
131900	ALARGADERA 100 CM.MACHO/HEMBRA D.I.2 MM.(FINO)
131105	ALARGADERA 100 CM.MACHO/HEMBRA D.I.3 MM.(GRUESO)
131099	ALARGADERA 130 CM.MACHO/HEMBRA D.I.2 MM.(FINO)
131109	ALARGADERA 30 CM.MACHO/HEMBRA D.I.3 MM.(GRUESO)
131104	ALARGADERA 50 CM.MACHO/HEMBRA D.I.2 MM.(FINO)
131760	ALARGADERA 75 CM. MACHO/HEMBRA
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
130001	CATETER RADIOPACO 14G PERCUTANEO PERIFERICO
130002	CATETER RADIOPACO 16G PERCUTANEO PERIFERICO
130003	CATETER RADIOPACO 18G PERCUTANEO PERIFERICO
100132	COMPRESA BLANCA 10X10 ESTERIL
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
130288	COPA GRADUADA PIE Y PICO 100 CC
130285	COPA GRADUADA PIE Y PICO 1000 CC
131212	COPA GRADUADA PIE Y PICO 2000CC
130286	COPA GRADUADA PIE Y PICO 250 CC.
130287	COPA GRADUADA PIE Y PICO 500 CC.
130360	EQUIPO INYECTOR CON TOMA AIRE CON FILTRO ANTIBACTER.SIN LATEX
130359	EQUIPO INYECTOR SIN LATEX
131007	FRASCO VIDRIO C/VACIO 100 CC.ESTERIL
130392	FRASCO VIDRIO C/VACIO 250 CC.ESTERIL
130393	FRASCO VIDRIO C/VACIO 500 CC.ESTERIL
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 1/2 ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 1/2 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

130447 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988 JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448 JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
130449 JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
131989 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130451 JERINGAS U.S.U. C/LUER 50 CC.
130459 LLAVE 3 VIAS U.S.U. ESTERIL,ALTA PRESION
130450 JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
131379 TUBO 11X70 C/TAPON ESTERIL
131732 TUBO 13 ML CONICO C/TAPON ROSCA,ESTERIL
130921 TUBO 13X75 C/TAPON ESTERIL
131378 TUBO 16X100 C/TAPON F/REDONDO ESTERIL
131871 TUBO HEPARINA-LITIO 10 ML.TAPON HEMOGARD 6484
ESTERIL PAÑOS VERDES
FARMACIA ANTISEPTICO
FARMACIA ANESTESICO LOCAL
FARMACIA MEDICACIÓN PRESCRITA

RT - 33

CURA DE HERIDAS.TECNICA SECA

OBJETIVO

Facilitar al paciente la cicatrización de la herida, evitando la infección.

Material

- Antiséptico (povidona yodada)
- Apósitos quirúrgicos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Empapador cubrecamas u.s.u.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles u.s.u.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Registros
- Suero salino fisiológico.

Equipo

- Carro de curas.
- Entremetida (si no se dispone de empapadores).
- Riñonera.
- Set de curas.
- Paños estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Preparar el carro de curas con todo el material necesario.
2. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
3. Trasladar el carro de curas al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Preservar intimidad.
6. Colocarse guantes no estériles.
7. Colocar al paciente en la posición más cómoda posible, dejando accesible la zona a curar.
8. Colocar empapador-cubrecamas o entremetida debajo de la zona a curar.
9. Retirar apósitos en la dirección del vello, usando SSF si estuvieran muy adheridos a la piel.
10. Observar la herida y el apósito: cantidad, tipo, color y olor del exudado.
11. Retirar los restos de adhesivo.
12. Retirarse guantes.
13. Preparar campo estéril con el material necesario para la cura.
14. Colocarse guantes estériles.
15. Limpiar la herida con SSF desde el centro de la herida hacia el exterior.
16. Secar la herida con gasa estéril seca.

17. Aplicar antiséptico siguiendo la misma pauta anterior.
18. Colocar apósito estéril del tamaño adecuado sobre la herida.
19. Retirarse guantes.
20. Dejar al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
21. Retirar el material.
22. Anotar en registros de Enfermería las características de la herida.

OBSERVACIONES

- Si el exudado es abundante se valorará la aplicación de gasas bajo el apósito.
- Se cambiará el apósito siempre que esté húmedo.
- Se avisará al facultativo si se observan signos de infección.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 140-141.
2. Ayello, A. E. Apósitos. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid. 1999. Pág. 1118-1122.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 147,148.
4. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 58. Pág. 601,602.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 182-184.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 142,143.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 197-206.
8. Sastre H. Manual de procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid 1991. Pág. 53.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1397-1443.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 429-510.

ANEXO DE MATERIALES

Código	Producto
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100197	APOSITO ESTERIAL 10 X20 ABSORBENTE P/CURAS
100122	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL

- 100127 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
 100108 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
 100128 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
 100123 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
 100129 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
 160006 BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
 100132 COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
 100219 EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
 100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
 100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
 100250 ESPARADRAPO HIPOALERG.MICROPERFOR.9,2X2,5
 100110 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
 100213 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
 100143 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
 131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
 131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
 130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
 131917 GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
 131934 GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
 131919 GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
 131918 GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
 131920 GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
 131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
 SET DE CURAS Nº 1
 50/00690 PINZA DISECCION C/D 16 CM
 50/00691 PINZA DISECCION S/D
 50/00689 PINZA HEMOST. CRILE RECTA 16 CM
 ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
 FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO
 FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA

RT - 34

CURA DE HERIDAS.TECNICA HÚMEDA

OBJETIVO

Facilitar al paciente la cicatrización de la herida, evitando la infección.

Material

- Antiséptico (povidona yodada)
- Apósitos quirúrgicos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Empapador cubrecamas u.s.u.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles u.s.u.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Registros
- Suero salino fisiológico.

Equipo

- Carro de curas.
- Entremetida (si no se dispone de empapadores).
- Paños estériles.
- Riñonera.
- Set de curas.

PROCEDIMIENTO

1. Preparar el carro de curas con todo el material necesario.
2. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
3. Trasladar el carro de curas al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Preservar intimidad.
6. Colocarse guantes no estériles.
7. Colocar al paciente en la posición más cómoda posible, dejando accesible la zona a curar.
8. Colocar empapador-cubrecamas o entremetida debajo de la zona a curar.
9. Retirar apósitos en la dirección del vello, usando SSF si estuvieran muy adheridos a la piel.
10. Observar la herida y el apósito: cantidad, tipo, color y olor del exudado.
11. Retirar los restos de adhesivo.
12. Retirarse guantes.
13. Preparar campo estéril con el material necesario para la cura.
14. Colocarse guantes estériles.
15. Limpiar la herida con SSF desde el centro de la herida hacia el exterior.
16. Secar la herida con gasa estéril seca.

17. Aplicar pomada, gel, apósitos de gasa impregnados y otras aplicaciones terapéuticas según el tipo de herida.
18. Colocar apósito estéril del tamaño adecuado sobre la herida.
19. Retirarse guantes.
20. Dejar al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
21. Retirar el material.
22. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Si el exudado es abundante se valorará la aplicación de gasas bajo el apósito.
- Se cambiará el apósito siempre que esté húmedo.
- Se avisará al facultativo si se observan signos de infección.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Tryniszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 140-141.
2. Ayello, A. E. Apósitos. En: Perry, A. G.; Potter, P.A.. Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A.. Madrid. 1999. Pág. 1123-1128.
3. Netzel, C. y cols. Protocolos de Enfermería. Ediciones Doyma S.A. Barcelona. 1988. Pág. 147,148.
4. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 58. Pág. 601,602.
5. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 182-184.
6. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 142,143.
7. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 197-206.
8. Sastre H. Manual de procedimientos de Enfermería Pediátrica. Hospital Infantil Niño Jesús. Madrid 1991. Pág. 53.
9. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1397-1443.
10. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 429-510.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100197	APOSITO ESTERIAL 10 X20 ABSORBENTE P/CURAS
100122	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL

100138 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
100128 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
100123 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
100129 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
160006 BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
100132 COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
100219 EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100250 ESPARADRAPO HIPOALERG.MICROPERFOR.9,2X2,5
100110 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
100213 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
100143 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131917 GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
131934 GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
131919 GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
131918 GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
131920 GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
SET DE CURAS Nº 1
50/00690 PINZA DISECCION C/D 16 CM
50/00691 PINZA DISECCION S/D
50/00689 PINZA HEMOST. CRILE RECTA 16 CM
ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
FARMACIA MEDICACIÓN PRESCRITA
FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO
FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA

RT - 35

CONTROL Y CUIDADO DE DRENAJES QUIRÚRGICOS

OBJETIVO

Vigilar la permeabilidad del sistema de drenaje implantado y evitar posibles complicaciones: como infecciones, arrancamientos involuntarios, dehiscencias de la sutura.

Material

- Antiséptico (povidona yodada)
- Apósitos quirúrgicos estériles.
- Bolsa de orina.
- Bolsa para residuos.
- Empapador cubrecamas u.s.u.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles u.s.u.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Registros
- Sistema de drenaje estéril.
- Soporte de drenaje.
- Suero salino fisiológico.

Equipo

- Carro de curas.
- Entremetida (si no se dispone de empapadores).
- Paños estériles.
- Riñonera.
- Set de curas.
- Soporte para bolsa de orina.

PROCEDIMIENTO

1. Preparar el carro de curas con todo el material necesario.
2. Realizar lavado de manos (P.M.P.).
3. Trasladar el carro de curas al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Preservar intimidad.
6. Colocarse guantes no estériles.
7. Colocar al paciente en la posición más cómoda posible, dejando accesible la zona a curar.
8. Colocar empapador-cubrecamas o entremetida debajo de la zona a curar.
9. Retirar apósitos en la dirección del vello, usando SSF si estuvieran muy adheridos a la piel.
10. Valorar en el drenaje :
 1. Permeabilidad.

2. Color y olor.
3. Estado de los bordes de inserción.
4. Puntos de fijación del drenaje.
11. En los dispositivos de drenaje cerrado (tipo Redón) se pinzará el tubo, se desconectará el recipiente y se medirá su contenido en una copa graduada. Colocar un nuevo recipiente de recogida, al que se haya hecho el vacío y despinzar el tubo.
12. Observar la herida y el apósito: cantidad, tipo, color y olor del exudado.
13. Retirarse guantes.
14. Preparar el campo estéril con el material necesario para la cura.
15. Colocación de guantes estériles.
16. Limpiar la herida con SSF desde el centro de la herida hacia el exterior.
17. Secar la herida con gasa estéril seca.
18. Aplicar antiséptico siguiendo la misma pauta anterior.
19. Retirar los restos de adhesivo.
20. Cortar con tijeras estériles unas gasas desde la mitad de uno de sus bordes hasta el centro, y colocarla alrededor de la salida del tubo de drenaje, fijándola a la piel (Drenaje cerrado).
21. Para drenajes por capilaridad se tapaná la herida con el número de gasas suficientes para absorber el exudado, y se fijará a la piel. Cuando el exudado sea excesivo se podrán utilizar bolsas colectoras.
22. Retirarse guantes.
23. Dejar al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
24. Retirar el material.
25. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Se cambiará el apósito siempre que esté húmedo.
- Se avisará al facultativo si se observan signos de infección.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 141.
2. Ayello, A. E. Cuidado de la herida e irrigaciones. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999.Pág. 1118-1122.
3. Centro de Estudios Adams. ATS-DUE. SAS. Ediciones Valbuena S.A. Madrid 1997. Tema 58. Pág. 603,604.
4. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 186-195.
5. Esteban, A; Portero, M. P. Técnicas de Enfermería. 2ª Ed. Ediciones Rol. Madrid. 1988. Pág. 166-168.
6. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 171-178.

7. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1397-1443.
8. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 429-510.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100197	APOSITO ESTERIL 10 X20 ABSORBENTE P/CURAS
100122	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
100128	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
100123	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
100129	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
130171	BOLSA DE ORINA 2 L.C/VALVULA S/DESAGUE
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
130334	DRENAJE 500 CC ASPIRACION CONTINUA C/FUELLE
131653	DRENAJE TORACICO 4 CAMARAS P/PNEUMONECTOMIA
130528	DRENAJE TORACICO ADULTO 4 CAMARAS
131872	DRENAJE TORACICO ADULTO CAMARA PLEURAL BICAME
130899	DRENAJE TORACICO INFANTIL 4 CAMARAS
100219	EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
100015	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
100016	ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
100250	ESPARADRAPO HIPOALERG.MICROPERFOR.9,2X2,5
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
100213	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
100143	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131917	GUANTES HIPOALERG.N.6 1/2 ESTERIL
131934	GUANTES HIPOALERG.N.6 ESTERIL
131919	GUANTES HIPOALERG.N.7 1/2 ESTERIL
131918	GUANTES HIPOALERG.N.7 ESTERIL
131920	GUANTES HIPOALERG.N.8 ESTERIL
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL

131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
130704 SOPORTE P/ BOLSA DE ORINA METALICO
SET DE CURAS Nº 1
50/00690 PINZA DISECCION C/D 16 CM
50/00691 PINZA DISECCION S/D
50/00689 PINZA HEMOST. CRILE RECTA 16 CM
50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA
ESTERIL. PAÑOS ESTÉRILES 90X90
FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO
FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA

RT - 36

RETIRADA SE SUTURAS QUIRÚRGICAS

OBJETIVO

Retirar los puntos de sutura no reabsorbibles para ayudar a completar el proceso de cicatrización de la herida.

Material

- Antiséptico (povidona yodada)
- Apósitos quirúrgicos estériles.
- Bolsa para residuos.
- Empapador cubrecamas u.s.u.
- Esparadrapo.
- Gasas estériles.
- Guantes estériles u.s.u.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Registros
- Suero salino fisiológico.

Equipo

- Carro de curas.
- Entremetida (si no se dispone de empapadores).
- Riñonera.
- Set de curas (incluyendo Tijeras quita-agrafe).
- Paños estériles.

PROCEDIMIENTO

1. Preparar el carro de curas con todo el material necesario.
2. Realizar lavado de manos (P.M.D.).
3. Trasladar el carro de curas al lado del paciente.
4. Informar al paciente.
5. Preservar intimidad.
6. Colocarse guantes no estériles.
7. Colocar al paciente en la posición más cómoda posible, dejando accesible la zona a curar.
8. Colocar empapador-cubrecamas o entremetida debajo de la zona a curar.
9. Retirar apósitos en la dirección del vello, usando SSF si estuvieran muy adheridos a la piel.
10. Retirarse guantes.
11. Preparar el campo estéril con el material necesario para la cura.
12. Colocase guantes estériles.
13. Limpiar la herida con SSF desde el centro hacia el exterior.
14. Secar la herida con una gasa estéril.
15. Aplicar antiséptico siguiendo la misma pauta anterior.

16. Observar y valorar la herida: si ésta presenta buen aspecto (sin enrojecimiento, supuración, inflamación...) comenzar a retirar los puntos de sutura entre el 7º y 10º día. Si no existe contraindicación se retirarán de forma alterna la mitad de los puntos y a las 24 horas el resto.
17. Valorar la retirada de puntos y su cierre por segunda intención, si la herida presenta signos de maceración, tensión, exudado....
18. Sujetar el punto de sutura por uno de los extremos con la pinza de disección y cortar la sutura cerca de la superficie de la piel.
19. Tirar con cuidado del punto hasta retirarlo. Si la sutura es metálica, colocar la punta inferior del quita agrafes bajo la grapa, cerrando la tijera de forma que la parte superior de la misma extraiga la grapa.
20. Aplicar antiséptico sobre la herida y secar.
21. Colocar apósito estéril del tamaño adecuado sobre la herida.
22. Retirarse guantes.
23. Dejar al paciente en posición cómoda y con acceso al timbre y objetos personales.
24. Retirar el material.
25. Anotar en registros de Enfermería.

OBSERVACIONES

- Se avisará al facultativo si se observan signos de infección.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Buchda, V.; Trynieszewski, C. Procedimientos de Enfermería. Guía rápida de la enfermera. 1ª Ed. Editorial Interamericana. México D.F. 1995. Pág. 128,246.
2. Ayello, A. E. Cuidados de la herida e irrigaciones. En: Perry, A. G.; Potter, P.A..Enfermería Clínica: técnicas y procedimientos. 4ª Ed. Editorial Harcourt Brace S.A..Madrid.1999. Pág. 1192-1198.
3. Fundación Jiménez Díaz. Manual de Técnicas y Procedimientos básicos de Enfermería. Madrid 1990. Pág. 182-184.
4. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 201.
5. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 1397-1443.
6. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 429-510.

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
171153	RG-452 HOJA DE EVOLUCIÓN DE ENFERMERÍA
171141	RG-440 HOJA DE MEDICACIÓN ADMINISTRADA
170477	RG-50 HOJA DE TRATAMIENTO DE ENFERMERA
171138	RG-437 ORDEN DE TRATAMIENTO
100197	APOSITO ESTERIL 10 X20 ABSORBENTE P/CURAS
100122	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL

- 100138 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
- 100127 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
- 100108 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
- 100128 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
- 100123 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
- 100129 APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
- 160006 BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
- 100132 COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
- 100219 EMPAPADORES-CUBRECAMAS 60X90 U.S.U.
- 100015 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 25 X 10
- 100016 ESPARADRAPO ANTIALERGICO 50 X 10
- 100250 ESPARADRAPO HIPOALERG.MICROPERFOR.9,2X2,5
- 100110 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
- 100213 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15
- 100143 ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
- 131357 GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
- 131356 GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
- 131354 GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
- 130419 GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
- 131009 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
- 131008 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
- 131456 GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
- 131922 GUANTES NO-LATEX ESTERIL
- 131805 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
- 131806 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
- 131807 GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
- SET DE CURAS Nº 1
- 50/00690 PINZA DISECCION C/D 16 CM
- 50/00691 PINZA DISECCION S/D
- 50/00689 PINZA HEMOST. CRILE RECTA 16 CM
- 180066 QUITAGRAPAS
- 50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA
- ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
- FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO
- FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA

RT - 37

PREPARACIÓN DEL CARRO DE CURAS

OBJETIVO

Preparar y organizar el carro de curas para su utilización.

Material

- Antisépticos.
- Apósitos, gasas estériles, gasa de borde, algodón, compresas, paños estériles.
- Bolsas para drenajes.
- Contenedor y bolsa para residuos.
- Depresores de madera.
- Guantes u.s.u. estériles y no estériles.
- Hojas de bisturí.
- Jeringas, agujas.
- Material para toma de cultivos.
- Pomadas, cremas, geles, pastas, A. hidrocoloideos...
- Suero Fisiológico.
- Vendas, esparadrapo.

Equipo

- Batea, riñonera, cazoleta...
- Carro.
- Instrumental.

PROCEDIMIENTO

1. Colocar todo el material esterilizado y de un solo uso en la batea inferior: guantes, compresas, gasas y paños verdes ,así como los sets de curas y bolsas para drenajes.
2. La batea superior tiene que estar dividida en dos partes:
 1. Colocar el recipiente para el instrumental usado y el contenedor para objetos punzantes en la parte próxima a la bolsa para residuos.
 2. Colocar los antisépticos, pomadas, cremas, apósitos, esparadrapos varios... en la parte distal.

OBSERVACIONES

Es imprescindible respetar escrupulosamente las normas de asepsia y esterilidad.

BIBLIOGRAFIA DE REFERENCIA

1. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 193-206.
2. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 503-538.

3. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
130127	AGUJA U.S.U. 16 X 5 C/LUER
130140	AGUJA U.S.U. 40 X 8 C/LUER
130139	AGUJA U.S.U. 25 X 9 C/LUER
100235	APOSITO 10,5X10,5 DE CARBON ACTIV.C/PLATA
100245	APOSITO HIDROCOL.10X10 EXTRAFINO P/PREV.UPP
100225	APOSITO HIDROCOL.10X10 OCLUSIVO C/REBORDE
100226	APOSITO HIDROCOL.14X14 OCLUSIVO C/REBORDE
100247	APOSITO HIDROCOL.20X20 EXTRAFINO P/PREV.UPP
100227	APOSITO HIDROCOL.20X20 OCLUSIVO S/REBORDE
100246	APOSITO HIDROFIB.10X10 LES.INFECT.+EXVOLUTIVA
100004	ALGODÓN HIDROFILO (PAQ. 1 K.)
100197	APOSITO ESTERIL 10 X20 ABSORBENTE P/CURAS
100122	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 35X10 ESTERIL
100138	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 6X7 ESTERIL
100127	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X10 ESTERIL
100108	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X15 ESTERIL
100128	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X20 ESTERIL
100123	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X25 ESTERIL
100129	APOSITO QUIR. N/TRANSP. 9X30 ESTERIL
160006	BOLSA BASURA NEGRA 52X60 GALGA-80
130164	BOLSA COLOSTOMIA 1 PIEZA CERRADA
130162	BOLSA COLOSTOMIA 1 PIEZA CERRADA RECORTABLE
130166	BOLSA ILEOSTOMIA 1 PIEZA ABIERTA RECORTABLE
132000	BOLSA ILEOSTOMIA PEDIATRICA 1 PIEZA ABIERTA RECORT.10-35MM
130180	BOLSA UROSTOMIA 1 PIEZA RECORTABLE
131671	BOLSA UROSTOMIA 2 PIEZAS 57 MM.DIAMETRO ARO
131362	BOLSA UROSTOMIA 60 MM.DIAMETRO ARO
100150	COMPRESA BLANCA 50 X 50 ESTERIL
100132	COMPRESA BLANCA ESTERIL 10X10
130950	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 1 L.
131100	CONTENEDOR AGUJA/JERING. 7 L
131101	CONTENEDOR AGUJAS 100 ML.
130279	CONTENEDOR ESTERIL P/ORINA 100CC.
130309	DEPRESORES DE MADERA ESMERILADOS
130325	DRENAJE 150 CC ASPIRACION CONTINUA
130334	DRENAJE 500 CC ASPIRACION CONTINUA C/FUELLE
131781	ESCOBILLON C/MEDIO TRANSPORTE
131067	ESCOBILLON SECO POLIEST.CRISTAL.(PLASTICO+ALG)
100250	ESPARADRAPO HIPOALERG.MICROPERFOR.9,2X2,5
100110	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X10
100213	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X15

100143	ESPARADRAPO TELA ELAST.10X20
130421	HOJAS BISTURI N.10 U.S.U.
130422	HOJAS BISTURI N.11 U.S.U.
130423	HOJAS BISTURI N.12 U.S.U.
130424	HOJAS BISTURI N.15 U.S.U.
131213	HOJAS BISTURI N.20 U.S.U.
130425	HOJAS BISTURI N.21 U.S.U.
131214	HOJAS BISTURI N.22 U.S.U.
130426	HOJAS BISTURI N.23 U.S.U.
131215	HOJAS BISTURI N.24 U.S.U.
131508	JERINGAS U.S.U. 50 ML.LUER-LORK
130447	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. (3 CUERPOS)
131988	JERINGAS U.S.U. C/LUER 10 CC. SIN LATEX
130448	JERINGAS U.S.U. C/LUER 2 CC.(2 CUERPOS)
130449	JERINGAS U.S.U. C/LUER 20 CC.(3 CUERPOS)
131989	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC. SIN LATEX
130450	JERINGAS U.S.U. C/LUER 5 CC.(2 CUERPOS)
130451	JERINGAS U.S.U. C/LUER 50 CC.
131202	GRANULOS GEL ANTIESCARAS
131357	GUANTES DE CURA GRANDE N.8 ESTERIL
131356	GUANTES DE CURA MEDIANO N. 7 _ ESTERIL
131354	GUANTES DE CURA PEQUEÑO N.6 _ ESTERIL
130419	GUANTES ESTERIL U.S.U.PLASTICO
131009	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.GRANDE LARGO
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131922	GUANTES NO-LATEX ESTERIL
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO
131563	PASTA HIDROACTIVA ESTÉRIL
100022	TIRA DE GASA CON BORDE 10 X 1 ESTERIL
100023	TIRA DE GASA CON BORDE 5 X 1
100024	TIRA DE GASA CON BORDE 5 X 2
100154	VENDAS ALGODON PRENSADO 10X2,70
100155	VENDAS ALGODON PRENSADO 15X2,70
100156	VENDAS ALGODON PRENSADO 5X2,70
100153	VENDAS ALGODON PRENSADO 7,5X2,7
100068	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X10
100069	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X15
100067	VENDAS ALMOHADILLADO 2,70X5
100076	VENDAS ELASTICAS CREPE 10 X 10 COMPRES.MEDIA
100077	VENDAS ELASTICAS CREPE 5 X 4 COMPRES.MEDIA
100078	VENDAS ELASTICAS CREPE 7 X 4 COMPRES.MEDIA
100081	VENDAS GASA 10 X 10 ORILLADA
100082	VENDAS GASA 10 X 20 ORILLADA

- 100083 VENDAS GASA 20 X 20 ORILLADA
- 100084 VENDAS GASA 5 X 10 ORILLADA
- 100085 VENDAS GASA 5 X 5 ORILLADA
- 100086 VENDAS GASA 5 X 7 ORILLADA
- 100026 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.1 ELASTICO
- 100028 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.2 ELASTICO
- 100029 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.3 ELASTICO
- 100030 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.4 ELASTICO
- 100031 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.5 ELASTICO
- 100032 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.6 ELASTICO
- 100033 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.7 ELASTICO
- 100034 VENDAJE CERRADO DE MALLA N.8 ELASTICO
SET DE CURAS N° 2
- 50/00460 ESTILETE DOBLE ABOTONADO 1,5 MM
- 50/00207 MANGO DE BISTURÍ N° 3
- 50/00690 PINZA DISECCION C/D 16 CM
- 50/00691 PINZA DISECCION S/D
- 50/00689 PINZA HEMOST. CRILE RECTA 16 CM
- 50/01040 SONDA ACANALADA 16 CM
- 180066 QUITAGRAPAS
- 50/01264 TIJERA RECTA 14 CM. PUNTA AGUDA
- ESTERILIZ PAÑOS ESTÉRILES 90X90
- FARMACIA SUERO SALINO FISIOLÓGICO
- FARMACIA SOLUCION ANTISEPTICA
- FARMACIA POMADAS, CREMAS...

RT - 37.1

LIMPIEZA DEL CARRO DE CURAS

OBJETIVO

Mantener el carro de cura en condiciones de limpieza y desinfección para su uso.

Material

- Detergente jabonoso.
- Desinfectante de superficies.
- Guantes no estériles u.s.u.

Equipo

- Bayeta
- Paño para secado.

PROCEDIMIENTO

1. Trasladar el carro al lugar destinado para su limpieza.
2. Retirar todos los materiales que haya en el carro.
3. Limpiar toda la superficie del carro con una solución jabonosa para eliminar todos los restos de suciedad, teniendo especial cuidado en las juntas, esquinas, ruedas...
4. Enjuagar.
5. Secar bien con un paño limpio.
6. Pulverizar todo el carro con un desinfectante de superficies.
7. Dejar secar al aire.
8. Esta limpieza se efectuará cada 24h. o cuantas veces sea necesario (si se ha realizado una cura contaminada).
9. Colocar todo el material de curas perfectamente tapado y limpio sobre el carro.
10. Se recomienda cubrirlo con una entremetida limpia hasta su próximo uso.
11. Se vigilará que todos los frascos de antisépticos(pomadas, cremas), así como porrones estén perfectamente tapados y limpios.

OBSERVACIONES

- Cuando se realicen curas de heridas infectadas, los residuos se depositaran en bolsas marrones según el Plan de Gestión de Residuos del Hospital y se cerraran antes de salir de la habitación.
- Es recomendable usar guantes para la limpieza del carro.

BIBLIOGRAFIA

1. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 193-206.
2. Kozier,Erb,Olivieri.Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica.

- 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 503-538.
3. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.
 4. "Protocolo de limpieza de superficies fijas y móviles". Servicio de medicina preventiva Hospital Reina Sofía

ANEXO DE MATERIALES

<i>Código</i>	<i>Producto</i>
160029	DETERGENTE BIODEGRADABLE CONCENTRADO (mistol)
160020	GAMUZA AMARILLA
160082	GERMICIDA PARA SUPERFICIE E/1 L.. EN SPRAY
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

RT - 37.2

LIMPIEZA Y DESCONTAMINACIÓN DEL INSTRUMENTAL

OBJETIVO

Eliminar los restos de materia orgánica y contaminación del material.

Material

- Desinfectante enzimático.
- Guantes no estériles u.s.u.
- Sobres de papel mixto.

Equipo

- Estropajo verde.
- Cepillo.
- Batea o recipiente.
- Paño para secado.

PROCEDIMIENTO

1. Disolver el desinfectante enzimático en agua caliente (según las instrucciones del producto) en un recipiente o batea.
2. Sumergir en esta solución el material desmontado por piezas.
3. Dejar el material sumergido durante diez minutos.
4. Colocarse guantes.
5. Ir sacando las piezas y frotarlas con el cepillo bajo el chorro de agua del grifo.
6. Secar las piezas con un paño limpio.
7. Envasar por conjuntos, en set, o por piezas sueltas en sobres de papel mixto (según normativa o necesidades del servicio).
8. Identificar los sobres.
9. Enviarlos al servicio de esterilización.

BIBLIOGRAFIA

1. Dirección de Enfermería Hospital Universitario San Carlos. Manual de Procedimientos básicos de Enfermería. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid. 1991. Pág. 193-206.
2. Kozier, Erb, Olivieri. Enfermería Fundamental: Conceptos, procesos y práctica. 4ª Ed. Interamericana McGraw-Hill. Madrid. 1993. Pág. 503-538.
3. De Brunner, Suddart. Enfermería Médico- Quirúrgica. 7ª Ed. México. 1992. Pág. 1875-1996.
4. "Protocolo de limpieza de superficies fijas y móviles". Servicio de medicina preventiva Hospital Reina Sofía.

ANEXO DE MATERIALES

Código	Producto
160094	DETERGENTE ENZIMATICO LIQUIDO

160016	ESCOBONES CEPILLOS
160019	ESTROPOJOS DE FIBRA VERDE
131008	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.MEDIANO LARGO
131456	GUANTES LATEX N/EST.AMBID.PEQUEÑO LARGO
131805	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.GRANDE
131806	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.MEDIANO
131807	GUANTES VINILO N/EST.AMBID.PEQUEÑO

ABREVIATURAS

PMP	–	Protocolo de Medicina Preventiva
USU	–	Un solo uso
SSF	–	Suero Salino Fisiológico
ATB	–	Antibiótico
TA	–	Tensión Arterial
FR	–	Frecuencia Respiratoria
IV	–	Intravenoso
PVC	–	Presión Venosa Central
Tira reac.	–	Tira Reactiva
SNG	–	Sonda Nasogástrica
CAE	–	Conducto Auditivo Externo
CVC	–	Catéter Venoso Central
UCI	–	Unidad de Cuidados Intensivos
IAM	–	Infarto Agudo de Miocardio
RCP	–	Reanimación Cardiopulmonar
PCR	–	Parada Cardiorrespiratoria
ECG	–	Electrocardiograma
TET	–	Tubo endotraqueal

